

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2011

LUCIE BRICHTOVÁ

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**ARTETERAPIE U
INSTITUCIONALIZOVANÝCH SENIORŮ A
JEJÍHO VLIVU NA JEJICH ZDRAVOTNÍ STAV**

**ARTTHERAPY APPLIED ON
INSTITUTIONALIZED SENIORS AND ITS
EFFECT ON THEIR HEALTH STATE**

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2011

LUCIE BRICHTOVÁ

Prohlášení

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své *bakalářské* práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných...fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 12. května 2011.

Podpis

Poděkování

Velmi děkuji panu PhDr. R. Nesnídalovi, vedoucímu mé bakalářské práce též paní Mgr. Janě Kouřilové za pomoc ve formě poskytnutých informací a důležitých poznatků při zpracovávání zadaného tématu, bez nichž by tato práce vznikla jen stěží.

Také děkuji paní Evě Crhové, ředitelce Domova U Spasitele, jeho obyvatelům a personálu za pomoc a trpělivost při vytváření artefaktů a výtvarné činnosti, jež jsou součástí této práce.

Anotace

Tato práce seznamuje čtenáře komparativní formou s arteterapeutickými metodami aplikovanými na skupinu seniorů. Cílem bylo posoudit, zda arteterapie se svými metodami ovlivňuje zdravotní stav seniorů.

Annotation

This bachelor's work presents the reader in comparative form with arttherapeutic methods applied on a group of seniors. Its aim is to judge whether arttherapy with its methods influences the health condition of the seniors or not.

Klíčová slova

arteterapie	- artetherapy
stáří	- elder, old age
péče o seniory	- care of seniors
skupina institucionalizovaných seniorů	- a group of institutionalised seniors
klient	- client
zdravotní stav	- health condition
gerontologie	- gerontology

Obsah

Seznam symbolů a použitých zkratk	8
Úvod	10

A) TEORETICKÁ ČÁST

1. Stáří	11
1.1 Proces stárnutí (senescence).....	11
1.1.1 Pohled na závěr života člověka z hlediska historie.....	15
1.1.2 Postoj dnešního člověka ke smrti.....	16
1.2 Rozdělení věku ve stáří.....	17
1.3 Starý člověk, senior.....	19
1.3.1 Sociální role, osobnost a modely adjustace seniora.....	20
1.4 Vznik závislosti seniora na svém okolí.....	23
1.5 Násilí páchané vůči seniorům.....	24
1.6 Typické nemoci ve stáří.....	27
2. Péče o seniory	33
2.1 Historie péče o staré a nemocné lidi.....	33
2.2 Současná péče o seniory.....	38
2.2.1 Péče o seniora v kruhu rodiny.....	38
2.2.2 Zdravotní péče o seniora.....	40
2.2.3 Sociální služby poskytované seniorům.....	43
3. Arteterapie s institucionalizovanými seniory - klienty.....	45
3.1 Potenciál pro vznik nového využití arteterapie.....	45
3.2 Předpoklady pro práci se skupinou seniorů.....	46
3.3 Činnost gerontoarteterapeuta.....	50
3.3.1 Metody a arteterapeutické postupy v práci gerontoarteterapeuta.....	50

3.3.2 Pravidla při vytváření skupiny seniorů.....	55
---	----

B) PRAKTICKÁ ČÁST

4. Komparace práce skupiny seniorů zařízení DUS.....	58
4.1 Cíle práce u institucionalizovaných seniorů	59
4.1.1 Cíle arteterapeutické práce se skupinou institucionalizovaných seniorů	59
4.1.2 Cíle mé arteterapeutické práce se skupinou seniorů.....	61
4.2 Samotná činnost se seniory zařízení DUS.....	63
4.2.1 Charakteristika skupiny.....	63
4.2.2 Práce skupiny seniorů zařízení DUS.....	65
Shrnutí.....	93
Závěr	94
Seznam použité literatury	96

Seznam použitých symbolů a zkratek

př. n. l.	před naším letopočtem
n. l.	našeho letopočtu
stol.	století
apod.	a podobně
str.	strana
č.	číslo
Obr. / obr.	obrázek
viz	vidět (symbol odkazuje čtenáře na další informace)
příp.	případně
tj.	to jest
např.	například
AN	Alzheimerova nemoc
FAN	familiární forma Alzheimerovy nemoci
CNS	centrální nervová soustava
SZO	Světová zdravotnická organizace
tzv.	takzvané
OSN	Organizace spojených národů
Tab.	tabulka
resp.	respektive, vlastně
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity
SSSR	Svaz Sovětských socialistických republik
USA	United States of America, Spojené státy americké
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
NNP	Následná nemocniční péče
DD	Domovy důchodců
DPD	Domovy - penziony
DPS	Domovy s pečovatelskou službou
PS	Pečovatelská služba
ÚSP	Ústavy sociální péče

DM	Diakonie a misie
CČSH	Církev československá husitská
DUS	Domov U Spasitele
GTA	Gerontoarteterapie
GTAP	Gerontoarteterapeut
KTC	Kvinternocolor, barvová zkouška
JCU	Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
tzv.	takzvané

Úvod

V bakalářské práci s názvem „Arteterapie u institucionalizovaných seniorů a jejího vlivu na jejich zdravotní stav“, je stanoveno několik cílů, které jsou strukturovány do několika celků.

V části první jsou charakterizovány pojmy stárnutí, stáří, senior (z hlediska antropologického, zdravotního a sociálního) a několik stěžejních témat: senior - klient (kdy se jedinec stává seniorem, klientem a za jakých podmínek), osobnost seniora, násilí páchané na seniorech.

V části druhé je uvedena typologie současných institucí pečujících o seniory v České republice a jejich poskytovaných služeb. Dále je formou historického exkurzu demonstrován vývoj péče o seniory v historických etapách, od časů biblických přes antiku až po současnost. V části třetí jsou uvedeny metody a arteterapeutické postupy práce s gerontologickým klientem, seniorem.

Praktická část je věnována arteterapii se seniory, tvorbě programů, osobnosti arteterapeuta, jeho předpokladům a zásadám práce s touto klientelou.

Tato práce má komparativní charakter, klasifikuje jednotlivé fenomény doplněné vlastními zkušenostmi a praxí, popsané a zhodnocené, též i celou problematiku arteterapie se seniory. Vzhledem k faktu, že je arteterapie jako taková i její metody, využívána častěji ve skupinách jiných klientů než jsou senioři (drogově závislí, poruchy osobnosti, aj.), je předpokladem, že by tato práce mohla být významným přínosem pro terapeutickou komunitu.

A) TEORETICKÁ ČÁST

1. Stáří

1.1 Proces stárnutí (senescence)

Stárnutím je myšlen **nevratný biologický proces**, který je některými vědci vnímán od okamžiku početí, jinými od okamžiku narození, přes všechny etapy vývoje člověka a končí smrtí. Je univerzální pro celou přírodu a **nazýváme jej životem**. Stárnutí se vyznačuje **změnami** ve všech rovinách: tělesné, duševní, psychologické a sociální. Na procesu stárnutí se podílí mnoho faktorů – stárnutí buněk tělesné schránky, geneticky řízené procesy, vnější vlivy jako jsou nemoci (dědičné, fyzické a duševní, stařecká onemocnění), stres, či nezdravý životní styl. Základním kamenem pro **dobré stárnutí** je **teorie selektivní optimalizace s kompenzací**. (dle teorie Max-Planckova institutu)

Délka života je pro každý živočišný druh zcela odlišná (několik hodin až desítky let - „*Hlístice C. elegant* žije průměrně pouze několik dní, myši žijí asi dva roky, ptáci dekády, sloni se dožívají 60-70let a želvy obrovské více než 150let.“ [1, 9]) a je podmíněna geneticky.

Odhadovaná **maximální délka lidského života** je přibližně 120-130 let. Dosud nejdelší popsána délka života, které se dožil jedinec (Francouzka Jeanne Louis Calmentová), byla 122 let, 5 měsíců a 14dní. Této maximální délky života jedince není dosahováno z těchto důvodů:

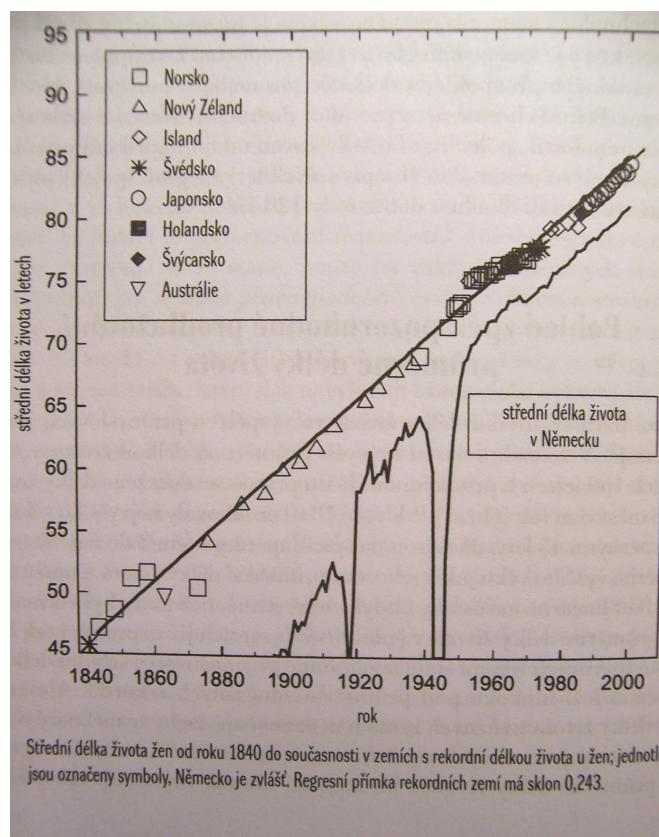
1. „**Geny zodpovědné za genetický program a realizaci délky života**, určující nástup stárnutí, jeho rychlost a projevy a nakonec i smrt, nefungují samostatně.“ [2, 17] V současné době je stále více diagnostikována řada geneticky podmíněných nemocí vedoucích k předčasnému nástupu procesu stárnutí a nakonec i smrti jedince. Věda v uplynulých pěti letech dokázala, že změnou jednotlivých genů je možno délku života až zdvojnásobit - Adam Antebi, *Modelové organismy stárnutí*. Nahlíženo teoreticky neexistuje absolutní hranice stárnutí organismu.
2. „Maximální délka života může být dosažena pouze v ideálním prostředí. Takové podmínky, které by splňovaly nároky pro každou individuální a jedinečnou genovou kombinaci, není možno vytvořit.“ [3, 17] **Vnějšími faktory**, nepříznivě působící na vznik některých chorob, ovlivňujících délku života, se též podílí

sociálně - psychologické vlivy. Biologické příčiny stárnutí (stárnutí buňky, obnova tkání) jsou dosud velmi málo ověřené.

Střední délka života - tímto termínem nazýváme údaj o věku, jehož se jedinec pravděpodobně dožije při narození. Dále jde o údaj vystihující zdravotní stav příslušné populace.

V ČR se za posledních 30 let střední délka života ustálila u žen na 78,5 let, u mužů 72,5 let. „V Německu je dnes očekávaná střední délka života 81,5 roku pro ženy a 76 let pro muže.“ [4, 41]

Při pohledu do **historie** lidstva byl tento **údaj velmi nízký** (20-40 let). V této době ovlivňovala střední délku života **nízká životní úroveň**, vysoká kojenecká i dětská úmrtnost, časté epidemie, přírodní katastrofy, špatná hygiena a kanalizace, jakož i nedostatek potravin - z toho plynoucí nedostatečná výživa. Dle výzkumu v Německu byla výše 40 let překročena až v roce 1800 a až do roku 1900 se pohybovala pod hranicí 50 let. Teprve během 20 století byl zaznamenán, ve většině průmyslově vyspělých zemích rapidní nárůst a to více než o 30 let. (viz obr. 1 Graf střední délky života)



Obr. 1 Graf střední délky života dle [5, 44]

Mezi **faktory zvyšující střední délku života**, patří především zlepšení hygienických podmínek jak ve městech (zavedení kanalizace), tak například v nemocnicích (při péči o pacienty, vyvážení nástrojů, mytí rukou) - mnoho žen zemřelo na tzv. horečku omladnic jen z důvodu nemytí rukou lékaře a přenášení infekce z jedné osoby na druhou. S rozvojem **výzkumu chorob v medicíně**, díky osvětě a očkování se podařilo některé nemoci jako např. záškrt zcela vymýtit. Dalším důležitým faktorem byl **narůstající blahobyť**, dostupnost potravin a lepší výživa. V dnešní době jsou nejčastější příčinou úmrtí jedince nenakažlivá a degenerativní onemocnění, nastupující v mnohem pozdějším věku (*viz kapitola č. 1.3, Typické nemoci ve stáří, str. 32*).

Střední délka života se nezvyšuje ve všech zemích stejně rychle. V některých zemích spíše stagnuje či se dokonce snižuje. Například v afrických zemích jsou příčinou úmrtí především epidemie AIDS, malárie, tuberkulóza, ebola, též hladomor, nízká životní úroveň, nevzdělanost, atd. V Rusku se po rozpadu SSSR vlivem ekonomicko-sociálních problémů umírá ve věku 20-65 lety. Paradoxní situace je v USA, které vynakládají nejvíce prostředků na výzkum procesu stárnutí, a přesto se hranice nikterak nezvyšuje. Na vině jsou, dle výzkumů, pravděpodobně velké sociální rozdíly mezi společenskými vrstvami obyvatelstva.

„Perspektiva dlouhého a aktivního života je pro jedince samozřejmě velmi příznivá, celkové stárnutí společnosti však může být zároveň důvodem k obavám.“

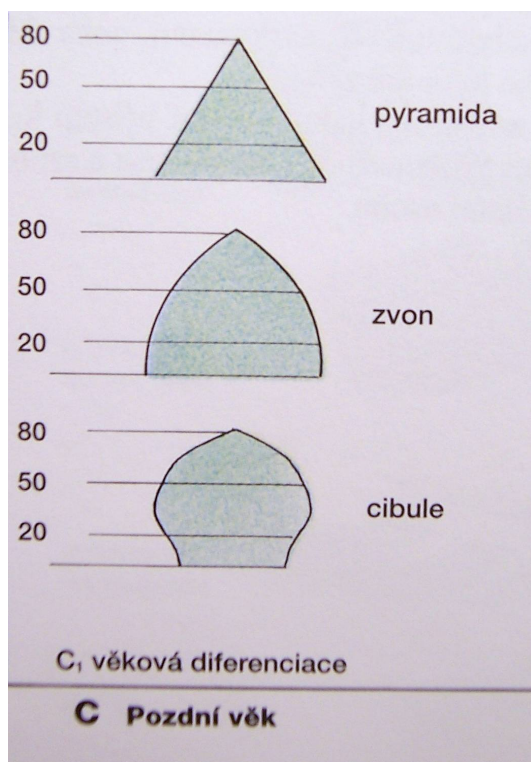
[6, 41]

Soustavné prodlužování střední délky života vytváří jeden zásadní problém a to skutečnost, že **stále méně mladých lidí se bude muset v budoucnu postarat o stále více starých lidí.**

V současné době u nás počet osob starších 65 let činí 13,8 %. Zahrneme-li mezi „staré“ všechny občany, kteří dovršili 60. rok svého kalendářního věku (a nezřídka právě odcházejí do penze), pak se podíl „staré populace“ **zvýší dokonce na 18,1 %.** „Podle kritérií SZO se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7% osob starších 65 let. V České republice se do důchodu (penze) odchází velmi pozdě - ženy v 62- 65 (limitováno počtem narozených dětí) a muži v 65 letech. Zatímco v roce 1950 žilo v tehdejší Československu 7,8 % osob starších 65 let, v roce 1970 přesáhl jejich počet 11%. Podle oficiálních odhadů OSN se může stát, že **Česká republika bude v polovině 21. století nejstarší populací na světě**, a to s 40 % podílem obyvatel starších 60 let.“ [7, 14]

Jak již bylo výše popsáno, tato věková skupina velice rychle roste - ve vyspělých zemích se věková pyramida (klasický strom života) blíží ke struktuře cibule

(viz obr. 2 Věková diferenciacie)



Obr. 2 Věková diferenciacie [8, 292]

Hrouť se sociální a zdravotní systémy, přičemž konečné vyřešení této situace je zatím v nedohlednu. Tato skutečnost nutně vyvolává četné obavy budoucích seniorů - jaká bude kvalita jejich života ve stáří.

Ukončení celého procesu stárnutí

Ukončením celého biologického procesu stárnutí je smrt. **Smrt je biologický fakt, že organismus, člověk umírá, ukončují se všechny životní projevy, stává se mrtvým tělem.** „Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt.“[9, 372]

Vědní obor představující interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti, se nazývá **Thanatologie**.

Nelze přesně určit, jak a kdy daný jedinec zemře. Tento okamžik určují výše zmíněné faktory, onemocnění a patologie věku (*viz kapitola č. 1.3, Typické nemoci ve stáří, str. 26*), či náhodným úrazem neslučitelným se životem.

Dle Max-Planckova institutu pro vzdělávací výzkum, závisí **dobré stárnutí a přiměřený konec života** nejen na struktuře společnosti, ale především na aktivním jednání individua.

1.1.1 Pohled na závěr života člověka z hlediska historie

Při pohledu do minulosti je smrt velkým lidským tématem.

Umírání, smrt a věci s ní spojené jsou v dnešní době něčím nepatřičným, jako by ta neúprosná, kostnatá dáma s kosou neexistovala, přičemž je stejně stará jako lidstvo samo. Příkladů smrti a nakládání se smrtí nalezneme v minulosti celou řadu.

Smrt najdeme ve všech náboženstvích a odvětvích lidské tvořivosti. V hudbě (W.A.Mozart – Rekviem), v básních, mýtech a pohádkách (Např. „Dobře tak, že je smrt na světě“), filozofii a výtvarném umění (Clusone – Triumf smrti, 1485, Oratorio dei Disciplini v Elusone).

V pravěku a starověku byl zemřelý vypraven na „Onen svět“ s pohřebním rituálem a plnou parádou, aby mu nic nechybělo či nestrašil živé. Důkazem jsou nám mnohé archeologické nálezy pohřebišť a vykopávek, např. civilizace starého Egypta dovedla pohřební rítus v péči o mrtvé tělo k dokonalosti.

Středověkem se triumf smrti – vize posledního soudu, táhne jako strašák hříšníků. Měla nahánět strach z pekelných útrap, jen svatí a čistí mohli vyhlížet smrt s radostí, neb kráčeli přímo vzhůru do nebes. Smrt byla stále přítomná v nemocích a pak hlavně při řádění morové rány, která byla vnímána jako Boží trest a měla na svědomí vymření dvou třetin obyvatelstva celé tehdejší Evropy. (Obraz Mor, Arnolda Böcklina, 1898, Basilej).

Pravý triumf smrti nastal ovšem až v průběhu první světové války, nejničivější světový konflikt, ve kterém zahynulo do té doby nevídaných několik miliónů lidí, znamenal obrovský obrat v myšlení a nahlížení na život a smrt. Zdokonalené zbraně a užití bojových plynů, gigantické bitvy zákopové války (Somma, Verdun), ovlivnily uvažování o smyslu a konci lidské existence v celé Evropě. (P. Tillich). Tento konflikt znamenal odklon od tradiční křesťanské morálky a předznamenal nahrazení teismu materialismem. Příslovečnou poslední

kapkou byla druhá světová válka, vyhlazovací tábory, užití jaderných zbraní. Lidská existence byla redukována pouze na statistickou položku atd.

Spolu s chápáním faktu smrti, jako konečného bodu života, se **vyvíjel i rituál umírání a pohřbívání těla zesnulého**, což z minulosti odhalují opět archeologické nálezy a četná umělecká díla. Stejně tak, jako byla samozřejmostí péče o starého člověka v kruhu rodiny, tak **i zemřít bylo rodinnou událostí**, kdy se všichni shromáždili u lůžka umírajícího, byl povolán kněz pro vykonání poslední svaté zpovědi a pomazání. Člověk umíral většinou pokojně smířen s osudem. S pohledem na své blízké, kteří se s ním rozžehnali a zůstali až do posledního vydechnutí. **Smrt byla chápána jako věc zcela přirozená, zrovna tak jako příchod dítěte na svět.** Bylo zvykem a rituálem důstojně zaopatřit tělo zesnulého, umytí, převléknutí, zapálení svíček a společná modlitba za duši zemřelého člověka.

1.1.2 Postoj dnešního člověka ke smrti

V pojetí moderního člověka, **smrt je něco o čem se nemluví**, chybí respekt k této události jako takové. Přestože i já jednou odejdu, zemřu, můj život skončí, člověk se tomuto tématu vyhýbá a odmítá jej.

Mylně se předpokládá, že smrt je výsadou stáří, to je přece závěr života, starý člověk nic jiného už očekávat ani nemůže, má čas, aby o ní uvažoval a smrtí se zabýval. Je samozřejmě „šťastí“ zemřít v kruhu svých blízkých, ale málokdo si vezme umírajícího domů, z nejrůznějších příčin se o něho nedokážou či nemohou postarat.

Situace je dána vnitřním strachem, představou spojenou s ošklivostí, nemocí a bolestí, umírající člověk je chápán jako obtížný a nežádoucí. Nelze nikoho odsuzovat. Přesto by se nemělo zapomínat, že smrt je jediná jistota, kterou jedinec v životě má a že se za čas stane také jedním z obtížných a nežádoucích, pokud nezemře náhle. **Téma smrti je velice těžké a složité pochopit**, neboť je spojena se ztrátou milované bytosti, jedinec prožívá zármutek, osamocení, strach co bude dál. Každý se s odchodem vyrovnává jinak. Smrt může být chápána jako vykoupení pro nemocného umírajícího, ale jsou i taková úmrtí, s nimiž se smířit nelze (smrt dítěte, člověk, který se stane obětí zločinu). Poté se musí naučit jak dál žít i s trvalou bolestí. Pokud někdo zemře náhle, je tato situace pro pozůstalé horší, zůstávají otazníky a bílá místa. Proč se to stalo, co jsme si neřekli a už nikdy neřekneme, že se to již nikdy nedá napravit.

Vzhledem k procesům stárnutí každý jedinec dříve či později zestárne a bude umístěn do příslušného zařízení, kde je běžnou záležitostí úmrtí klienta. V návaznosti na tuto okolnost se v současné době také stále **více institucí starajících o staré a nemocné lidi, musí otázkou smrti zabývat**. Rozvíjí se paliativní a hospicová péče, domovy pro seniory pravidelně navštěvují duchovní z různých křesťanských denominací, též vznikají dobrovolnická místa, kdy dobrovolník navštěvuje například léčebny dlouhodobě nemocných. Většinou se tak děje, **aby klient nebyl ve smrtelném zápase sám, aby alespoň někdo byl přítomen**. (viz kapitola č. 2.2.2 Zdravotní péče o seniora, str. 42)

V návaznosti na fakt, že ze společnosti mizí staleté tradice, je i rituál smrti a pohřbu vyřizován neosobní cestou přes pohřební ústavy atd. Dnešnímu člověku nezáleží na rozloučení se zesnulým ani na tom, co se stane s jeho tělem, aby bylo důstojně zaopatřeno. **Pohřeb je redukován** na akt bez obřadu -chybí jakékoli rozloučení. Běžně se stává, že urnu si nikdo nevyzvedne a pozůstalí se nedozvědí ani číslo hrobového místa svého zemřelého předka, ani adresu pohřebiště.

1.2 Rozdělení věku ve stáří

Konečná etapa vývoje jedince se nazývá stáří. Přesně **definovat stáří** je stále **obtížné** a po staletí se jej snaží popsat umělci, filozofové i přírodovědci. V současné době je dle **Světové zdravotnické organizace** (dále jen SZO) od roku 1974 přijata **15letá periodizace** lidského věku.

Stáří členíme dle SZO na tato období:

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

Jiná členění lidského věku:

- 65-74 let - mladí staří (young old)
- 75-84 let - staří (old-old)

- 85 a více let - vysoké stáří (very old)

Pro výzkum a vědecké účely je používána klasifikace:

- 60-80 let - třetí věk, rané stáří
- 80-100let - čtvrtý věk, kmetství

Populární označení stáří:

- dětství a dospívání - první věk
- dospělost - druhý věk
- stáří - třetí věk

Z ekonomického hlediska je věk dělen:

- produktivní
- poproduktivní

Dle potřeb užívána klasifikace:

- důchodový věk - odchod do důchodu
- sociální věk - podmíněn měnícím se životním stylem jedince
- střední délka života - délka dožití
- průměrný věk - vyplývající ze statistického sledování obyvatelstva
- kalendářní věk - „matriční“ věk, počínající dnem narození jedince

Funkční věk - termín užívaný v geriatrické medicíně, kde není hodnocen pouze biologický věk jedince, ale je na něj nahlíženo v širších souvislostech a to především z hlediska psychosociálního, kdy je formou nejrůznějších testů hodnocen celkový funkční stav, schopnosti a charakteristika jako jeden celek.

V dosažení **75 roku života začíná stáří** v pravém slova smyslu, ale ze společenského hlediska je člověk označován *starým* tehdy, když je za starého pokládán ostatními členy společnosti.

1.3 Starý člověk, senior

Senior je člen skupiny starších lidí, opakem jsou mladí lidé - junioři. Užívá se také názvu geront. „Pojem **geront** (z řeckého gerón = starý muž) je obecně známý. *Gerontologie* je věda o stáří; lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá *geriatrie*.

Česky bychom správně říkali „stařec“ a „stařena“, tato slova však mají silný a složitý citový náboj. Latinsky se geront řekne **senex**, od toho je odvozen lékařský pojem senilita a senilní. Tato slova však mají v laické řeči hanlivý význam, spojují se stářím chorobným, zuboženým. Termín *senium* (stáří) zní přijatelněji.“ [10, 332]

K výše popsanému stárnutí a stáří, vyvstává problém, podle jakého kritéria, či klasifikace dělení věku, máme jedince zařadit, koho máme na mysli. Jelikož stáří není přesně definováno, vezme-li se v úvahu odhadovaná maximální délka života a též neustálý vývoj vpřed.

Kdy tedy jedince označit za seniora?

Dle empirických výzkumů a statistik se nejčastěji **považuje společností jedinec za seniora, při ukončení aktivního pracovního procesu** tedy produktivní činnosti, odchodem do důchodu, tedy ve věku 65 let muži i ženy. **Sami jedinci**, kteří tvoří skupinu seniorů, **hledají svou vlastní identitu**, většina nechce naplnit vžitě představy společnosti, že **seniorský věk je pouze nositelem nemohoucnosti**, závislosti, rigidity, chorob, osamělosti a neangažovanosti.

Na straně druhé se **média** snaží formou reklamních kampaní propagovat nové produkty a vymoženosti prodlužující mládí, **vzbuzují v jedinci pocit**, že vlastně **senior nemá žádná omezení**. Chce žít jako mladší a pojem senior je posouván v uvažování laické společnosti do věkové kategorie daleko před penzí, aniž by byly respektovány jakékoli rodinné či společenské vazby a závazky. Dochází k nepřijetí sociální role prarodiče, (nejsem přece tak starý(á), abych se podílel (a) na výchově vnoučat), **jedinec uniká před označením senior, prarodič**. Snaží se, takříkajíc „dohonit ztracené mládí“, přestože role prarodiče je obohacující pro obě strany.

Není tedy jednoduché nepodlehnout této iluzi, že mohu díky farmaceutickým, kosmetickým produktům či dokonce plastické chirurgii, v době pěstování kultu krásy a mládí, být stále ve formě a duševně svěží.

Zároveň se objevuje nepříjemná situace - kdy **stárnoucí jedinec** je přes všechny kvality, vzdělání, spolehlivost a zkušenosti **těžko uplatnitelný na trhu práce**. V této zrychlené době se stále častěji vyžaduje rychlá efektivita, intenzivní nasazení, také často originální nápady,

jazykové a další dovednosti, které daný jedinec není schopen s věkem ubývajícími silami poskytnout.

Záleží tedy na jedinci jak je schopen se na projevy stárnutí adaptovat, vyrovnávat se všemi úskalími, **přijmout své stáří, roli seniora** a postupovat k životní moudrosti.

Příprava na stáří

Stárnoucí člověk by se měl sám aktivně připravit na stáří, aby co nejdéle zůstal soběstačným. Již během produktivního věku zauvažovat o změnách – upravit si bydlení, vyhovující potřebám seniora - preferovat bezpečnost a bezbariérovost (umístit madla, pořídit si sprchový kout, vymalovat, pořídit si nové spotřebiče, zajistit si případnou donášku jídla z jídelny pokud nechce sám vařit atd.), naspořit si peníze do rezervy.

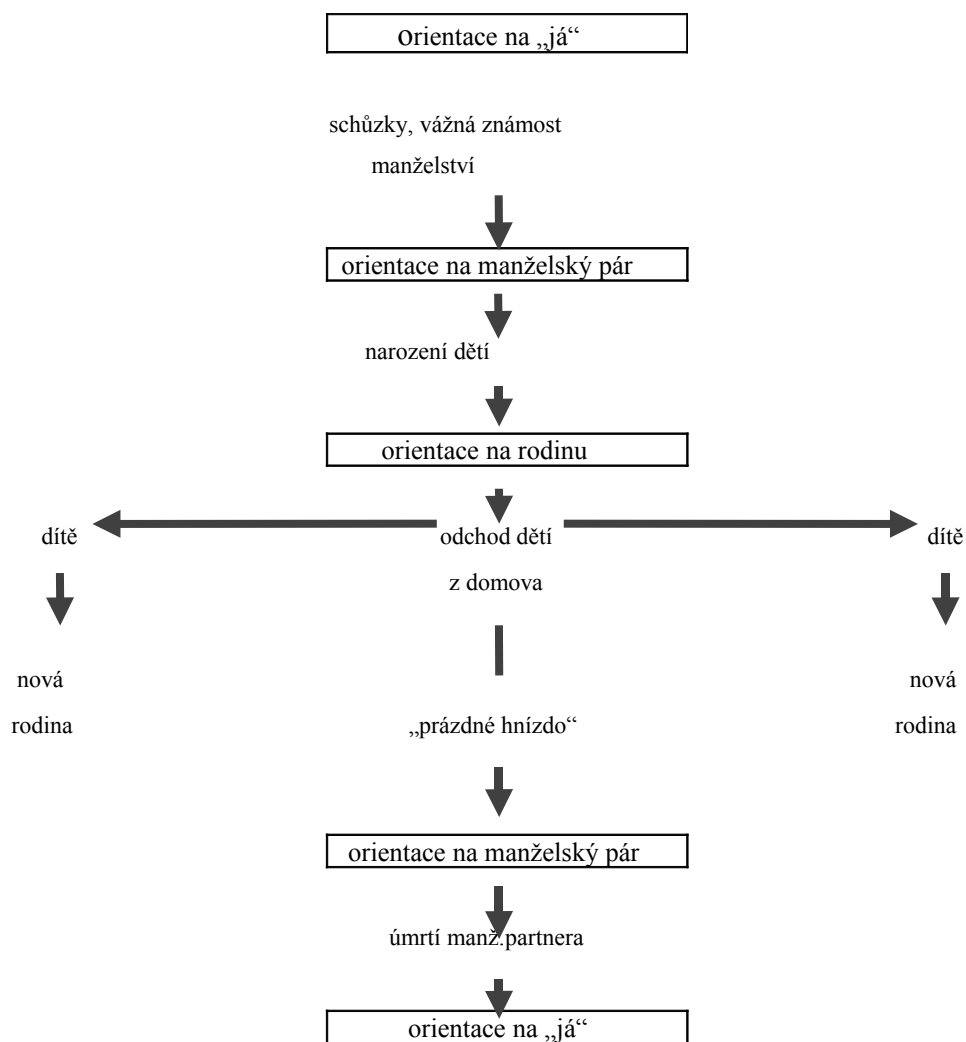
Dlouhodobá příprava na stáří - by měla obnášet úvahy budoucího seniora, jakých aktivit se chce zúčastňovat, až nastoupí do penze. Senior by si měl vyselektovat několik činností, kterým se bude v penzi intenzivně věnovat.

Krátkodobá příprava - by měla být asi 2 až 3 roky před nástupem do penze a naplní by měly být praktické úpravy, pokud je jedinec neprovedl již dříve.

1.3.1 Sociální role, osobnost a modely adjustace seniora

Každý **jedinec je individualita** a je třeba k němu takto přistupovat, důležitá je duševní hygiena, snaha o udržení duševní, tělesné a sociální jednoty. **Na počátku období stáří bývá silná potřeba jedince seberealizace**, aktivně se podílet na okolním dění. Podporovat seniora v zájmové činnosti, uplatnit a rozvíjet tvořivost. Být sám k sobě pravdivý - zbavovat se iluzí. Nechat seniora se **podílet na běžných činnostech**, též jej nechat podat pomocnou ruku při reorganizaci života a potřeb. Prožívat **role- prarodiče**, která je pro vnoučata výuková, učí dítě vnímat starého člověka s jeho specifickými potřebami, vzájemně se seniorem obohacují. Nasměrovat jej k uvažování o celistvosti života - integritě a životní moudrosti.

Teprve **později nastupuje egocentrismus** a zájem o okolní svět upadá, což se projevuje v emočním prožívání, zvláště pak, když odejde jeden z partnerů a jedinec se orientuje na *já*, tedy **změnu v orientaci sociální role ve stáří**. (viz obr. č.3 *Změny v orientaci sociálních rolí*)



Obr. 3 Změny v orientaci sociálních rolí se zřetelem na přípravu a realizaci manželství a rodičovství a na změny ve stáří. (upraveno podle modelu S. Clavana).[11, 193]

Změna struktury osobnosti

Stárnoucí či **starý člověk** se stává více či méně závislým na svém okolí a promítá své negativní reakce na involuční změny do jednání a chování. Často se znásobují negativní emoce (anxieta, vágní i difúzní, strach a pocity viny, velmi časté pocity bolesti, plynoucí z chorob, též časté projevy agrese) - **karikuje svou původní povahu**. Např. celý život spořivý jedinec se stává lakotným Harpagonem a empatický, citlivý jedinec snadno propadá depresím.

Deprese u seniorů často pramení z **pocitu osamělosti**, byť již z odchodu partnera, špatného přijímání nemoci, imobility, nebo disharmonickými či nefunkčními vztahy v rodině. Depresi u seniorů nelze podceňovat, protože může vést až k suicidálnímu chování.

K **depresivnímu ladění** přispívá především **umístění** již nesoběstačného **seniora do příslušné instituce**. Některý jedinec může být izolován i v centru vlastní rodiny, přestože je obklopen blízkými lidmi, může být deprivovaný. Další je izolován v instituci a naopak se může vlivem navázání nových interpersonálních vztahů, emočně stabilizovat.

Je nezbytně nutné, pro udržení dobré psychické kondice, aby **senior nepropadal pocitům zoufalství, posilovat v něm upřímnost a integritu**. Je důležité **negativní emoce korigovat**, posilovat více kladné emoce psychoterapeutickým a empatickým přístupem, rozvíjet uvědomění si svých nedostatků i kladů, vyrovnávat se s úskalími stáří, podporovat a prožívat pocity radosti, naděje, víry a lásky, především radosti z toho, co mi život přinesl, z podzimu života, přítomnosti blízkých a pečujících osob.

Senior při vyrovnávání se s úskalím stáří používá určité modely adjustace.

Modely adjustace v chování seniora:

- Model konstruktivity – vyrovnání se stářím a prožitým životem, pozitivně hledí do budoucnosti, je stále aktivní, v anamnéze zjistíme zpravidla šťastný dosavadní život.
- Model závislosti - více než na vlastní síly se spoléhají na pomoc druhých, přenechávají povinnosti i odpovědnost, staví se do role dítěte opečovávaného matkou.
- Model obrany – odmítá většinou pomoc, v mládí byl často úspěšný, nepřiměřeně se emočně kontroluje, je často pedantický.
- Model hostility - věčný stěžovatel, dává vinu za své nezdary druhým, je často agresivní, nenávistný k mladým lidem.
- Model sebenávisi – je přehnaně sebekritický, nespokojený s prožitým životem, je pesimistický, v anamnéze najdeme ambivalentní vztahy k rodičům, smrt považuje za vysvobození.

Tabuizovaným tématem v životě seniorů je **sexualita**, společností i rodinou je často zavrhována, též je opomíjena i v gerontologické literatuře. Kromě publikace *Říčana, P.: Cesta životem 1989*, který jí věnuje značnou pozornost. Sexuální apetence s přibývajícím věkem klesá, přesto se udrží až do vysokého stáří. Sexuální energie se přesouvá na erotickou aktivitu jako

je dotyk, polibek, úsměv, a pocit vzájemné důvěrnosti, než na samotný akt. Starý člověk pokud žije v manželství tak se stává na svém partnerovi citově závislým. Manželství jsou pak pevnější, též vztahy se prožívají na vzájemné důvěrnosti, něžnosti a lásce. Po úmrtí partnera často brzy zemře i druhý, zvláště když je kladně citově zainteresován (tzv. zemře žalem a steskem).

Zde je na místě též zmínit dopad **úmrtí blízké osoby na emoční prožívání seniora**. Senior se, se smrtí začíná potkávat stále častěji, nejen v odchodu životního partnera, ale nejprve ve svém okolí. Umírají přátelé a známí, tyto události zvyšují pocit bezradnosti, osamocení a v senioru vyvolávají též obavy z vlastní smrti. V tomto ohledu je nezbytná terapie, zvláště po odchodu životního partnera. Také rodina by měla seniora více aktivizovat, aby nepropadal beznaději a zoufalství. Pomoci mu vyrovnat se s tragickou událostí. Je důležité prožít se seniorem období smutku a truchlení, pohovořit si o zemřelém, společně vzpomínat, ale též seniora nasměrovat k pozitivnímu přístupu k budoucnosti.

1.4 Vznik závislosti seniora na svém okolí

Starý člověk se vzrůstající nemohoucností, již není schopen se o sebe sám dobře postarat a je stále více odkázán na pomoc druhých. Vzniká tak závislost na okolí seniora, není to jen v kruhu rodiny, ale i institucí pečující o staré lidi. Většina seniorů si tuto situaci nechce připustit, nebo není schopna posoudit, že již potřebují pomoc, či péči. **Nejčastějšími pozorovateli změn není tedy senior sám, ale jeho bezprostřední okolí.**

Projevy jsou různé – zanedbává osobní hygienu, neudrzuje pořádek, je dezorientovaný. Záleží většinou na rodině, zda je schopna a ochotna se o seniora starat či je vhodné jej předat do péče příslušné instituce. Pokud jedinec žádnou rodinu ani příbuzné nemá, stává se tzv. **rizikovým seniorem, gerontem. Je tedy na celé společnosti všimnout si osaměle žijících starých lidí, aktivně je vyhledávat a zapojit do sociálních komunit.**

Skupinu **rizikových gerontů**

- tvoří jedinci od 80 let -dlouhověcí
- starší jedinci žijící v jednočlenné domácnosti
- staré osaměle žijící ženy a ovdovělé
- jedinci, kteří jsou hospitalizováni, či

dlouhodobě žijí v ústavní péči

V minulosti, po celé generace, bylo povinností rodiny nechat starého člověka dožít doma - odchod na „vejminek“. Otec se cítil starý a předal hospodářství nejstaršímu z dětí a přestěhoval se do samostatné místnosti ve stavení - výminku, náležel mu ze společné úrody určitý díl potravin a mladá hospodyně vařila pro stárnoucí rodiče jídlo. V chudších rodinách se žilo stále pohromadě a starý člověk se stále v rámci možností podílel na aktivním dění v rodině. Ve velmi bohatých rodinách či rodinách šlechticů přebíral člen-dědic majetek až po úmrtí nejstaršího člena, na základě testamentu. Směrodatné v této situaci bylo, že se lidé nikam nestěhovali, celé generace rodin žily na stejném místě, kde měly vlastní polnosti, které je živily. Teprve s **nástupem průmyslové revoluce a tím stěhování lidí** za prací do měst, se začal rozvíjet **penzijní systém**, neboť stárnoucí jedinec nebyl schopen postačit rychlému tempu tovární výroby a byl dříve nebo později propuštěn. **Penzijní systém je tedy výdobytkem až 20. století.** (viz kapitola č. 2.1, *Historie péče o staré a nemocné lidi*, str. 38)

1.5 Násilí páchané vůči seniorům

V návaznosti na závislost seniora, je třeba zmínit násilí páchané na seniorech. Čím více je **senior odkázán na své okolí**, vzhledem ke své bezmocnosti, tím více je vystaven riziku, že se stane **objektem násilí** páchaného na starých lidech, **vlivem přetížení pečujících osob** (rodina, instituce). Na vzniku násilí se podílí mnoho faktorů působících najednou. (viz Kapitola č. 2.2.1, *Péče o seniora v kruhu rodiny*, str. 38)

Rozlišujeme násilí a zanedbávání.

Násilí má více podob, děje se jak v domácím prostředí, kruhu rodiny, ale častěji v nemocnicích, či v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde pramení z velké přetížení pečovateli. „Dle statistiky se obětmi násilí a zanedbávání stává až 20 % lidí starších 60 let.

Fyzické násilí - bití, vystavování chladu, netlumení bolesti, samoúčelné, nepřiměřené a trýznivé používání prostředků k omezování pohybu (Např. kurtování), odpírání jídla.

Psychické a citové týrání - nadávky, urážky, vyhrožování, ponižování,

omezování běžných aktivit a sociálních kontaktů - přátel a vnuků, zdůrazňování nepotřebnosti seniora.

Finanční a majetkové zneužívání seniorů - присвоjování si důchodu seniora,

nevýhodné nebo nedobrovolné převody majetku, nátlak na změny v závěti nebo ovlivňování jejího obsahu, omezování vlastnických práv, apod.

Sexuální zneužívání - např. ze strany jiných klientů ústavní péče nebo členů rodiny.

Zanedbávání - opomíjení potřeb seniora, neposkytování přiměřené pomoci, odpírání péče, na jakou má občan nárok: odvratitelný rozvoj imobility, proleženin, ztráty soběstačnosti během pobytu, nedostatečná strava, apod.“ [12, 4]

Pro seniora je velmi těžké připustit si, že jej vlastní rodina okrádá, bije, slovně napadá, či jej zbavuje svéprávnosti, nebo si vynucuje za pomoc nehorázné finanční částky a podobně.

Za ubližování se většinou stydí a často se nedokáže bránit. Senior ani neví, kam se a na koho obrátit, kde vyhledat pomoc. Často je stav týraného takový, že ani nelze očekávat, že by si sám pomoc dokázal přivolat. Je na společnosti okolních lidí, aby si všímali a sledovali, že jejich sousedku- paní ze třetího patra, či pána co chodil s pejskem, nebylo již dlouho vidět. Vypytávat se, do které nemocnice byl umístěn, kdy se vrátí? Též se nenechat odbýt, při vyplácení důchodu odpovědí, že babička spí a důchod ji předají „ochotní“ příbuzní, až se vzbudí.

Otřesných příkladů týraných osob popisuje útlá knížečka „*Stop násilí na seniorech-Hlasy, které neslyšíme*“. Bohužel je toto pouze špička ledovce, o spoustě týraných osob se nikdy nedozvíme, neboť starý člověk nikomu nechybí a nikoho nezajímá.

Ještě horší situace, ze které je člověku úzko na srdci, **je týrání osob v nemocnicích a LDN**, kde člověk s důvěrou očekává, že v tomto zařízení mu bude především věnována péče a pomoc. (viz Kapitola č. 2.2.2, *Zdravotní péče o seniora*, str. 26)

Nelze to omlouvat nedostatkem personálu a jeho přetížeností, je na svědomí každého člověka a účtě k životu a lidství, jak se vyrovnat se stresem při práci s lidskou bytostí ať je to kdokoliv a byť by ta práce byla sebevíc náročná. Pokud na danou činnost nestačím, nebo jsem vyhořelý, mohu jít přece vykonávat jinou činnost či změnit úplně zaměstnání.

K tomuto tématu se úzce vztahuje **vysoká sebevražednost ve stáří**, senioři, kteří jsou proti své vůli umístěni do zařízení, kde se jim nelíbí, jsou různě omezováni, nebo právě týráni psychicky i fyzicky rodinou či pečujícími osobami. **Propadají depresím**, zvláště pokud je stárnoucímu člověku soustavně připomínána nadbytečnost a neproduktivita, dnešní převážně konzumní společnosti. Tento nezáměr a **vynucená osamělost** je demotivující a stárnoucí či starý člověk dochází k přesvědčení, že jinak nemůže volit než, že spáchá suicidium. „Z celkového počtu všech dokonaných sebevražd je více než jedna třetina v seniorském věku. Kandidáty suicidií jsou především muži trpící chronickou chorobou a často i osamělostí. Příčinou sebevražedného chování seniorů je ve více než 80% nerozpoznaná velká deprese. Více než polovina kandidátů sebevraždy navštěvuje v jednom měsíci před smrtí svého praktického lékaře, který obvykle příznaky deprese bagatelizuje a neléčí.“ [13, 34]

1.3 Typické nemoci ve stáří

Celý proces stárnutí provází nejrozličnější choroby, které mohou pocházet již z dětství, či se staly v průběhu života chronické. Pokud se budeme zabývat zdravotním stavem seniorů, u kterých dochází k involučním změnám organismu, což zahrnuje především somatické a biologické změny, je důležité zmínit pojem *zdraví* - kdo je vlastně zdravý jedinec:

„Zdravý je takový člověk, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen se svým stavem, je sociálně adaptabilní a má neporušenou sociální homeostázu.“[14, 25]

Hlavní pozorované změny u stárnoucího jedince:

- **zhoršuje se smyslové vnímání** - po 60 roce života se zpravidla objeví zhoršení zrakové percepce a sluchu, což způsobuje pokles pracovní výkonnosti, zhoršuje se komunikace s ostatními lidmi, dochází často k pádům a úrazům. V současné době je možnost využití řady kompenzačních pomůcek (brýle, čtecí lupy, sluchadla atd.)

- **zhoršuje se paměť** - především paměť krátkodobá (člověk si nepamatuje, co měl dnes k obědu), dlouhodobá paměť – je většinou funkční (vybavuje si události z dětství, dospívání). Vhodnou kompenzací je *cvičení paměti seniorů*, kdy za pomoci mnemotechnických pomůcek a řady cvičení si lze paměť zlepšovat a dále rozvíjet.

- **klesá také míra intelligence**, zvláště pak ve vysokém věku. Např. dle studie (Schaie, 1970) krystalická intelligence má vzestupný charakter od 25 let až do stáří, fluidní intelligence naopak klesá po 30 roce a vizuomotorická flexibilita zůstává na stejné úrovni po celý život.

- **afektivní prožívání** - snižuje se intenzita emocí, jedinec věci hodnotí klidněji, pomaleji, dochází často k přehodnocování životních postojů k vyzrálosti a moudrosti.

- **tvořivost** dle četných výzkumů klesá po 40 roce věku avšak s využitím selekce, optimalizace a kompenzace je možné udržet si schopnost aktivně tvořit až do vysokého stáří.

- **sociální zařazení seniorů** se stává závažným problémem. Vzhledem k faktu vyplývajících z demografických změn, kdy se úspěšně daří prodlužovat lidský život, se stále snižuje porodnost. Vysoce vzrostl a stále narůstá, počet seniorů v populaci. Dochází k migracím, mění se zásadně struktura obyvatelstva.

Gerontologie, též geriatrie (z řečtiny, gerón-starý člověk, stařec, logos-věda, nauka), vědecká disciplína zabývající se problematikou *stárnutí* a *stáří*. Za zakladatele geriatrie je považován Ignác Leo Nasher (1863 – 1944).

„Téměř každý orgán lidského těla ztrácí během procesu stárnutí svoji funkční rezervu. Snížení kompenzačních mechanismů tak činí starého člověka méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí. Jeho organismus se stává méně odolným a náchylnějším k nemocem. Interakcí procesu stárnutí s chorobným stavem se vytvářejí různé patologické stavy, které potom charakterizují **zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny.**“ [15, 18]

Rozlišujeme gerontologii.

- teoretickou (experimentální) - základy teorie pro praxi
- klinickou - choroby stáří a jejich léčení
- sociální - vzájemné vztahy ve společnosti

Výrazným rysem chorob přibývajícího věku jedince jsou:

Polymorbidita (multimorbidita) – spojení více chorob dohromady bez kauzální souvislosti u daného jedince, nebo dochází k řetězení chorob: kdy jedna vyvolává druhou.

„**Klinický obraz** - klinicky fyziologické změny:

- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů a snížení adaptačních schopností
- atrofie tkání s úbytkem funkcí a zmnožením vaziva a tuku
- snížená odpověď na hormonální situaci
- poruchy metabolismu uhlohydrátů s výskytem porušené glukosy tolerance
- úbytek aktivní svalové hmoty-snížení výkonnosti, úbytek celkové tělesné vody
- úbytek kostní hmoty-vznik osteoporózy se všemi důsledky (riziko zlomenin)
- stárnutí chrupavek-osteoartróza, páteřní syndromy
- snížení krevního průtoku orgány-ledviny, mozek
- zhoršení vnímání všemi smysly
- snížení elasticity tepen
- snížení respiračních schopností, pokles vitální kapacity plic
- snížení ledvinových funkcí pro úbytek glomerulů
- snížení žaludeční acidity, snížení absorpční schopnosti střeva
- snížení imunitní zdatnosti
- snížení bazálního metabolismu
- pokles pružnosti kůže a atrofické změny-vypadávání vlasů
- snížení vitality tkání, špatné hojení ran, kazivost a ztráta chrupu
- dominují negativní reakce člověka na tyto změny, které si uvědomuje, ale
- dochází i ke změnám psychiky s typickými projevy

Nemoci ve vyšším věku se rozdělují do tří skupin:

1. Nemoci s přímým vztahem ke stáří- např. senilní demence
2. Nemoci s částečným vztahem ke stáří- ateroskleróza
3. Nemoci bez přímého vztahu ke stáří-nemoci přecházející ze středního věku do věku vyššího

Nejčastější onemocnění:

- kornatění tepen (ateroskleróza) a z ní vyplývající následky:

ischemická choroba srdeční-infarkt myokardu

cévní mozkové příhody

ischemické choroby dolních končetin

- diabetes
- hypertenze
- nádorová onemocnění, často zhoubná
(nádorová onemocnění u žen prsu,
- tlustého střeva
- osteoartróza, nemoci páteře
a velkých kloubů
nemoci dýchacích orgánů
- ledvin
- poruchy zraku a sluchu
- zvětšení prostaty“ [16, 15]

Změna psychiky ve stáří - další nejčastější skupinou nemocí ve vyšším věku jsou duševní poruchy, jež dala vzniknout samostatnému vědnímu oboru *gerontopsychiatrie*, která se vyčlenila s původní psychiatrie v roce 1967 a v roce 1986 je v novelizaci koncepce práce v **gerontopsychiatrii** plně rozvedena. Jedná se o **obor interdisciplinární**, čerpající z poznatků dalších odvětví medicíny jako jsou geriatrie, interní a všeobecné lékařství, neurologie, vývojová psychologie, sociologie, demografie atd.

Poruchy psychiky:

- dementní stavy - alzheimerovská demence (degenerativní změny CNS)
- multiinfarktová demence (cévní etiologie)
- ostatní poúrazové, po intoxikacích, farmakologické, postinfekční, metabolické, zánětlivé, alkoholické, atd.
- poruchy vývoje osobnosti - *oligofrenie*
- anomální psychóza – *schizofrenie*, involuční melancholie
involuční paranoidní psychózy
- neurózy – depresivní, fobické, anxiousní, neurastenické,
- hypochondrické, orgánové, mánie, fobie, hysterie

- involuční somatopsychický syndrom – pseudoneurastenie
- delirantní stavy
- amence (zmatenost)

Největší zastoupení v populaci z daného výčtu chorob ve stáří je **demence**, k níž dochází k patologicko-anatomickým změnám v mozku, počínajíc involučními změnami ve stáří (vznik presenilní a senilní demence).

„Epidemiologické studie zkoumající **incidenci a prevalenci syndromu demence** jsou dosud z valné části metodicky zatížené. Incidence syndromu demence v různých prospektivně sledovaných souborech lidí starých 65 a více let kolísá kolem 10 případů na 1000 lidí za rok. V souborech lidí starých 75 a více let je u žen přibližně 20 případů na 1000 žen za rok, u mužů přibližně 12 případů na 1000 mužů za rok. V souboru lidí starých 85 a více let se pohybuje incidence syndromu demence kolem 90 případů na 1000 lidí za rok (muži asi 60/1000rok, ženy asi 100/1000rok).

Prevalenci demencí, jak dokázala metaanalýza velkého počtu studií provedených v letech 1945 - 1985, se počínaje 62,5. rokem věku, kdy je 0,7 % každých pět let zdvojuje – o pět let později 5,6 % a ve věku kolem 82,5 let přibližně 11% populace, ve věku kolem 88 let asi 20 %, po devadesátém roce věku více než 40% populace.“

[17, 31]

Alzheimerova nemoc

Senilní demence byla zaznamenána již v první polovině dvacátého století. Konkrétně ji poprvé popsal v roce 1907 mnichovský **neuropatolog Alois Alzheimer** z histologického nálezu na mozku své pacientky paní August D., která zemřela ve věku 51 let s diagnózou těžké demence. Nález byl zcela odlišný od tzv. běžné senilní demence, **objev neuronálních klubek - Alzheimerova změna neurofibril** byl tedy **prosazen název Alzheimerova nemoc**. Ze současných molekulárně genetických výzkumů vyplývá, že je z části AN neurofyziologickým a neuropatologickým vyústěním několika druhů genových poruch. AN lze klasifikovat jako presenilní demenci a FAN familiární forma Alzheimerovy nemoci.

Klinický obraz průběhu nemoci se vyvíjí plíživě, jedinec si nevybavuje co pojedl k obědu, zapomíná co chtěl nakoupit, později se přidá porucha jazyka, kdy si těžko vybavuje slova, řeč je někdy obsahově prázdná, jinak je chování sociálně únosné, později se celkový stav zhoršuje, kdy jedinec nepoznává své blízké, není orientován časem ani prostorem, nepoznává ani svou vlastní tvář, přidávají se další obtíže v závislosti na tom jak progresivně postupuje atrofie mozku, průběh nemoci je přibližně 3 až 8 let a častější výskyt byl zjištěn u ženského pohlaví, nástup nemoci je zpravidla kolem 65 let, ale může se objevit již od 40 do 90 let.

Dalšími nemocemi u seniorů jsou:

Pickova nemoc- nemoc se od AN odlišuje časným nástupem demence a příbuzných jedinců, postihuje více muže.

Multiinfarktová demence – vyznačuje se přítomností mnohočetných korových a podkorových infarktů mozkové tkáně.

Parkinsonova idiopatická nemoc – demence je při této nemoci méně hluboká než u AN, jedinec vykazuje příznaky deprese a hyperkineze, demence u tohoto onemocnění má s věkem vzestupný charakter.

Schizofrenie – v dnešní době se většina jedinců s touto chorobou dožívá středního věku avšak s globální atrofií mozku.

U všech nemocí, s nimiž se v praxi při práci se seniory lze setkat, je důležitá spolupráce všech zúčastněných. V první řadě ošetřujícího lékaře, samotného seniora, rodiny, instituce-pokud je umístěn, terapeuta a dalších. Pro práci terapeuta je důležitá informovanost a znalost problematiky nemoci daného jedince.

2. Péče o seniory

2.1 Historie péče o staré a nemocné lidi

Podobenství o milosrdném Samařanu

*Ježíš mu odpověděl. „Jeden člověk šel z Jeruzaléma do Jericha
A padl do rukou lupičů; ti jej obrali, zbili a nechali tam ležet
Polomrtvého. Náhodou šel tou cestou jeden kněz, ale když ho uviděl,
Vyhnul se mu. A stejně se mu vyhnul levita, když přišel k tomu místu
A uviděl ho, byl pohnut soucitem; přistoupil k němu, ošetřil jeho rány
Olejem a vínem a obvázal mu je, posadil jej na svého mezka, zavezl do
Hostince a tam se o něj staral. Druhého dne dal hostinskému dva denáry
A řekl: „Postarej se o něj, a bude-li tě to stát víc, já ti to zaplatím, až se
Budu vracet.“ Kdo z těch tří, myslíš, byl bližní tomu, který upadl mezi
Lupiče?“ Zákoník odpověděl: „Ten, který mu prokázal milosrdenství.“
Ježíš mu řekl: „Jdi a jednej také tak.“*

L 10, 30-37 [18,73]

Společnost je posuzována za vyspělou podle mravního, ekonomického a kulturního kritéria. „Nepochybně však jedním z vysoce validních kritérií je, jak se daná společenská formace nebo později jednotlivé státy staraly a starají o své staré nemocné a duševně choré jedince.“ [19,158]

Jak již bylo několikrát zmíněno, při ohlédnutí do minulosti, byla **péče o staré a nemocné jedince, jak určovala tradice**, výhradně **v kruhu rodiny**. Pokud rodina z nejrůznějších příčin tuto péči nevykonávala, ocitli se rázem tyto jedinci na okraji zájmu lidské společnosti. Tak jako v dnešní době se stali něčím obtížným, nežádoucím a přežívali pouze díky žebrání a milosrdenství druhých. Většinou žili ve špíně a chudobě, nikam nepatřili, toulali se z místa na místo a často bídnému živoření podlehli. Vzbuzovali v ostatních odpor či hnus, ale zároveň soucit s ubožákem. „Ubožáci vytvářeli vlastně neformální nátlakovou skupinu a mravnějším té doby bylo jasné, že je třeba pomoci.“ [20,159]

Některé **původní národy**, v dnešní době též primitivní kmeny, žijící v souladu s přírodou, se **v době nemoci obracejí na kmenové šamany**, kteří pomocí rituálů zahánějí zlé duchy. Jelikož **v chápání primitivního člověka je příčina nemoci nepochopitelná** a neznámá, považují tedy nemoc za zásah vyšší moci, v tomto případě zlých duchů. Kmenový šaman tyto nemoci vezme na sebe, a zařikáváním a mnohdy za použití omamných látek z bylin, dokáže zahnat.

Vpřed Hippokratovské době existovalo pouze léčení s magickými prvky a náboženskými rituály. Někteří nemocní putovali do chrámu zasvěcenému bohu Asklepiovi, bůh lékařství v Epidauru, aby byly nemoci zbaveni a vykoupeni od bolesti. Prvním průkopníkem byl **filozof Alkmaion z Krotonu**, který žil v 6 stol. př. n.l. zajímal se o **přirozené příčiny nemocí** a nikoliv, že nemoc je trestem bohů.

Ve starém Řecku byl uctíván bůh Asklepios - bůh lékařství, léčil a uzdravoval nemocné a dle legendy z jeho rodu pocházel i **řecký lékař a filozof Hippokrates z Kóu** (*460 př. n.l. na ostrově Kósuv, Egejské moře - †377 př.n.l., Larissa nedaleko Soluně), který je nazýván „otcem medicíny“. Ve svém díle Corpus Hippocraticum popisuje vysledované určité rozdíly mezi nemocnými starými a mladými lidmi, v tomto díle je i idea lékařského tajemství a byla součástí Hippokratovy přísahy. Knihy: Aforismy, Prognostion, Peri aeron, hydatod, topon - toto poslední zmíněné dílo pojednává o vlivu prostředí na zdraví člověka a další. Mezi významné spisy také patří klasické pojetí nemoci o nerovnováze čtyř základních tělesných šťáv (černá žluč - melos, žlutá žluč - chole, krev - sanguis, sliz, hlen - flegma).

Založil Asklepieion, což bylo místo určené k léčení i studiu lékařství, samo okolí místa mělo léčivý vliv, budova byla postavena v klasickém stylu, bylo tu popsáno a roztríděno na 6000 léčivých bylin.

Jako prevenci stáří spatřoval ve střídmosti jídla a pití, též zdůrazňoval individuální přístup k nemocnému.

„Ve staré Římě byl pěstován zvyk tzv. hostinného přátelství (z lat. Hospitium). Toto společensky dané a obecně přijímané pravidlo prakticky znamenalo, že si přátelé vzájemně poskytovali ubytování a zaopatření. Určitá privilegia, která však poskytovala a garantovala obec, měli také cizinci. „Hospicem“ byl pak nazýván útulek, dům pro poutníky, a „hospitálem“ útulek pro staré nemocné osoby. Oba názvy se používají na celém světě dodnes.“ [21,165]

V úvodu je napsáno podobenství o milosrdném Samařanu z **Lukášova Evangelia** - kdy Pán Ježíš odpovídá na dotaz „**Kdo je můj bližní?**“, převedeno i do dnešní doby to

znamená poskytnout pomoc každému, byť by to byl člověk špinavý, zavržený a opuštěný ostatními, nemocný, ošklivý i nepřítel, každý kdo leží bezmocně u cesty, v tom je **shrnutá novozákonní etika**, která se v mnoha imperativech vymyká běžnému materialistickému chápání. Ještě je třeba zmínit, že **milosrdenství je dar** a je nezávislé na našem chtění a rozumu.

Ve starém Římě se **osobní lékař císaře Marka Aurelia-Galenos Claudius z Pergamu** (*129 př. n.l. v Pergamu - †201 n.l. na Sicílii) též zabýval v díle De sanitae tuenda procesem stárnutí, považoval jej za samostatný úsek lékařství a nazval jej „gerakómií“. Zanechal po sobě rozsáhlé dílo, které se bohužel většinou nedochovalo, některé spisy shořely při požáru chrámu míru v Římě, kde byly uloženy. Dílo obsahovalo na 150 titulů a ovlivnilo po celých 14. století lékařství po celém světě, obsahovalo **veškeré antické lékařské poznání**. Galenos čerpal své vědomosti z lékařské praxe lékaře gladiátorů, kdy často ošetřoval těžká zranění ze zápasů. Také získával poznatky z pitev, nikoliv člověka, ale afrických opic magot, protože pro tehdejší svět bylo mrtvé lidské tělo nedotknutelné. Ve svém díle navázal na lékaře Hippokrata a snažil se o soulad čtyř hlavních filozofických škol, neboť nebyl pouze lékařem, ale i vynikajícím filozofem. **Jako prevenci stárání propagoval též střídmost v potravě, ale také pobyt na čerstvém vzduchu, masáže a koupele.**

Filozof a lékař Galenos se stal také inspirací pro drama Karla Čapka „Bílá nemoc“ - ve kterém hlavní postavu pojmenoval doktor Galén, který stejně jako Galenos byl nositelem humanismu.

S rozrůstajícím křesťanstvím a věroukou lásky a službou bližnímu, začaly od 4 st. n.l. vznikat první řády a kláštery, v nichž se řada urozených žen angažovala v péči o nemocné a staré lidi. Při klášterech **vznikaly první špitály u nás** v 10 st. n.l. byl založen knížetem Boleslavem špitál v Týně, lazarety (chorobince, starobince), které plnily funkci azylu pro všechny potřebné, kde jim byla poskytnuta nejen strava, hygiena, ale i útěcha. **Kláštery vznikaly po celou dobu středověku a některé službu lásky bližnímu vykonávají dodnes**, byly a jsou řády ženské (jeptišky, řeholnice, řádové sestry-odtud odvozeno pojmenování zdravotní sestra) i mužské (mniši, řeholní bratři).

S rozvojem špitální péče se rozvíjelo lékařské a ošetřovatelské poznání, řada mnichů se vyznala v léčivých bylinách, dokázala z nich extrahovat léčivé látky, připrav, připravovali masti a zábaly. Církev katolická směřovala péči o nemocné a potřebné do

klášterů (v roce 1238 byl založen v Brně první špitál U sv.Ducha měšťanem Rudherem se ženou) a následovaly další.

Arabové převzali medicínské poznatky Galenose i Hippokrata a dále je rozvíjeli, především příznaky nemocí. Jedním z nich byl **arabský lékař a novoplatónský filozof Ibn Sína Abú Alí al-Husajn ibn Abdalláh-Avicenna** (*980, Afšana u Buchary - †1037, Hamadan), jeho hlavní systematické dílo: **Canon medicinae** bylo vrcholem arabské medicíny a v Evropě ovlivňovalo medicínu až do 17. Století. Jelikož vycházel ze starořecké medicíny i u něho najdeme jako prevenci stáří již zmíněné postupy.

Ve 13. století anglický lékař a **filozof sir Francis Bacon** napsal pojednání O prostředcích předcházejících nemocem stáří, v němž **ustanovil cíle geriatrie**.

Nejvýznamnější ženami v péči o nemocné byly dvě české světice a to **Svatá Anežka Česká a Svatá Zdislava z Lemberka**.

Svatá **Anežka Česká** (*1211 - †6.3.1282), narodila se jako nejmladší dcera krále Přemysla Otakara I. a Konstancie Uherské, byla tedy českou princeznou, od tří let pobývala v cisterciáckém klášteře, kde se jí dostalo mnohostranného vzdělání, rozhodla se vzdát trůnu a v roce 1234 vstoupila do řádu Svaté Kláry, v němž byla abatyší. Zakládala kláštery i mužské, v roce 1232 se svým bratrem Václavem I. založila špitál Svatého Františka. Svatořečení se jí dostalo až 12. 11. 1989 z rukou papeže Jana Pavla II. Byla proslulá dobročinností a v našich zemích **péčí o chudé a nemocné**.

Druhou významnou světicí je Svatá **Zdislava z Lemberka**, která je bohužel v současnosti stále málo známá laické veřejnosti. Je patronkou rodiny, především manželství a manželské lásky a jak samo její jméno napovídá, pocházela ze severních Čech. S manželem založila v nedalekém Jablonném v Podještědí a později i v Turnově řád, klášter i chrám Svatého Dominika, sama pak **v řádu působila jako laická pracovnice, kde pečovala o nemocné a chudé**. V Dalimilově kronice je nazývána Paní, což v tehdejšímu chápání slova smyslu znamenalo, že byla svobodná vládnout svěřeným statkem. Dle legendy měla moc uzdravovat nemocné a křísit mrtvé. Svatořečena byla též papežem Janem Pavlem II. V květnu 1995, kdy podruhé navštívil Čechy.

Velmi významným všestranným počinem, pak bylo **založení Karlovy univerzity** se čtyřmi fakultami, (z čehož jedna byla **lékařská**), českým králem a císařem římským, Karlem IV. roku 1348 v Praze.

Koncem 15. Století vydává osobní lékař tehdejšího papeže Gabriel Zerbi knihu Gerocomika- péče o starce a jejich výživa.

V Čechách příslušnice **protestantských řádů**, oproti katolickému směru péče o nemocné ve špitálech, preferovaly ošetrovatelskou **péči v domácnostech**, v centru rodiny (Diakonie).

V cizině např. v Jugoslávii začaly vznikat „**domovy pro staré osoby**“, v Nizozemí obdoba tzv. „hofjes“.

V roce 1504 byl **v Anglii vydán zákon na ochranu starých**, nemocných a nemajetných osob, jenž platil téměř další dvě století. Na finanční podporu výše uvedených osob byl v každé farnosti za tímto účelem vybírán poplatek, teprve v roce 1782 byly v Anglii **budovány první starobince**. Jelikož chudoba byla považována za nečestnou, tak se v Anglii ustanovila komise pro šetření této skutečnosti, neboť chudoba byla trestána. Teprve až na počátku 20. století, bylo vydáno ustanovení, že každému nemajetnému, či starému člověku více jak 70 let byla vyplácena pravidelná týdenní penze ve výši 5 šilinků.

V Českých zemích probíhal vývoj obdobně. „Brněnský architekt J. Sedláček píše, že v průběhu dějin lidstva se důchodci jako sociální vrstva stávali rostoucím společenským problémem, který se nutně promítal i do sféry výstavby.“ [22,161]

Za vlády Josefa II. Je rozvíjena péče o staré a nemocné lidi, dle farní chudinské ústavy. V roce 1863 bylo vydáno domovské právo, později novelizováno, povinností obce, k níž chudý, nemocný a starý člověk náležel, bylo se o tuto nezpůsobilou skupinu, postarat. Zastupovalo dnešní i sociální péči, snažilo se eliminovat žebrotu a almužnictví pomocí stravenek. **Postupně se systém péče stával někým garantovaným, což přispělo ke vzniku institucí starobinců, chorobinců a chudobinců, budovaných státem, městem atd.**

Toto, chudinské právo bylo alespoň částečnou jistotou pro staré lidi, že jim bude poskytnuta, alespoň nějaká péče. Paradoxně k rozvoji ošetrovatelství a medicíny výrazně přispěly obě světové války. (frontová chirurgie, psychologie). Vznikaly první ošetrovatelské školy, **v Praze byla otevřena v roce 1916 Česká státní dvouletá ošetrovatelská škola. Zdravotní i sociální péče o staré lidi se stále vyvíjela a vyvíjí i v současnosti.**

2.2 Současná péče o seniory

- Péče o seniora v kruhu rodiny
- Zdravotní péče o seniory
- Sociální služby poskytované seniorům
- Diakonie

2.2.1 Péče o seniora v kruhu rodiny

Nezastupitelné místo v péči o seniora má jeho **vlastní rodina**. Nelze se ze strany rodiny jednoznačně spoléhat na stát, mylně se domnívat, že se stát postará o jejich stárnoucího člena, a též se stát nemůže zbavit povinnosti o seniory postarat a veškerou péči směřovat do rodiny. Ideálním stavem je tedy dělení odpovědnosti. Kdy senior, přestože již potřebuje péči, může i nadále zůstat ve svém domácím prostředí. V místě, kde celá léta žil nebo si jej rodina vezme k sobě domů. V každém případě je vždy třeba vyjít vstříc potřebám starého člověka. Usnadnit, zvýhodnit a hlavně učinit bezpečným, jeho bydlení.

Takováto **péče v rodině má i svá rizika**, zejména pokud je dlouhodobá a vyčerpávající. Dojde k závislosti seniora na pečující osobě, u níž se dříve nebo později vlivem vyčerpanosti **objeví syndrom vyhoření**. Tím vznikají konflikty a může dojít k celkovému rozkladu rodiny. Rodina pečující o seniora čtyřicet hodin denně, se dostává do izolace a je pod neustálým tlakem. Důsledkem může být násilí páchané na opečovávané osobě. Je tedy na společnosti, aby podala pomocnou ruku rodinám pečujícím o seniora a na rodině, aby tuto pomoc aktivně vyhledávala a využívala jí v oboustranný prospěch jak rodiny i seniora. V současnosti by **tento model péče o seniora měl být chválným a podporovaným**. Postavit jej do čela péče o seniora, aby v povědomí laické veřejnosti vytvářel kladný vztah ke starým spoluobčanům. Starý člověk je součástí společnosti, ne její přítěží. Aby vznikl společenský standard, že je mou povinností poskytnout tu samou péči mým stárnoucím rodičům a prarodičům, které se mi od nich dostalo, když jsem byl malý, od narození až po dospělost.

V souvislosti s péčí seniora v rodině, je třeba zmínit **nedostatečnou solidaritu mezi mladou a starou generací**, vedoucí k vystupňované nenávisti a nesnášenlivosti. Jedná se tzv. **generační paradox**, kdy mladí mají pocit, že to dobré s nimi přichází a staří, že to dobré

s nimi naopak odchází. Mladí lidé dle průzkumů vnímají stárnutí populace, ale většina si nepřipouští a ani nechce vzít na svá bedra péči o staré a nemocné spoluobčany. Navíc v době, která je nakloněna pouze konzumnímu způsobu života, bez jakékoli duchovní stránky, kdy se vyznává: „pouze krásným mladým patří svět“, nelze očekávat, že by pokřivená generace byla ochotna se měnit a něco ze sebe obětovat. Co nastane, až se i tito zařadí mezi skupinu seniorů a budou po dalších vyžadovat péči, které se jim též nejspíš nedostane, to si nikdo nepřipouští. Pohled starých lidí bývá též jednostranný, hází všechny mladé do jednoho pytle, že stejně rostou pro kriminál. Urputně lpí na „svém“ místě v dopravním prostředku, přestože je všude volno a tady na tom „jeho“ sedadle si zrovna hoví holomek a prevít od pohledu. **Myšlenka přiblížit obě skupiny jednu druhé v lepším světle, mě přivedla na budoucí výtvarný projekt „Staří, mladí spolu tvoří“, o jehož realizaci uvažuji do budoucna.**

2.2.2 Zdravotní péče o seniora

Stane se, že se stav seniora v domácí péči zhorší a rodina již není schopna v péči o seniora pokračovat, je tedy umístěn do **nemocnice**.

Příjem seniora na specializované oddělení je určováno podle povahy jeho onemocnění, zde se tedy nejedná o klienta, ale o **pacienta**, kterému je poskytnuta **odborná péče**. Pokud jde o souhru více chorob, nebo je příčina celkové špatného stavu pacienta dosud nejasná, je pacient nasměrován na interní oddělení daného zařízení, (oddělení chorob vnitřních). V ČR začínají vznikat **geriatrická oddělení**, která jsou specializována na seniory po všech stránkách. (péče, nabídka pomůcek, více personálu). Pro pacienty **s psychickými poruchami** (stavy zmatenosti, syndrom demence, delirantní stavy, bludy atd.), jsou oddělení **gerontopsychiatrická**.

V případě, že je **pacient propuštěn** z nemocniční zdravotní péče, ale **nemá možnost péče domácí**, protože např. žije osaměle. Nelze pacientovi zajistit ani terénní služby zdravotní, či sociálního pracovníka, je tedy přeložen do **léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)**, kde je poskytována následná zdravotní péče, nebo při některých nemocnicích existuje

následná nemocniční péče (NNP). Do těchto léčeben jsou též umisťováni pacienti se syndromem demence v pokročilém stadiu. Pacientovi se zde dostane péče rekonvalescentně-rehabilitační, s cílem navrácení do domácího prostředí, ošetrovatelské péče i doživotní ošetrovatelské péče. Do **domova důchodců (DD)**, odcházejí často senioři mající potíže se stabilitou, nebo pacienti se závažným zdravotním postižením, kde je jim dlouhodobě a většinou i doživotně poskytována ošetrovatelská péče.

Přínos a úskalí nemocniční péče o gerontologického pacienta

„Nemocniční pobyty představují pro křehké geriatrické pacienty naději, ale také riziko. **Výhodou je možnost specializovaných výkonů na jednom místě** kolem pacienta, a tím jejich dostupnost i pro obtížně pohyblivé či zcela nepohyblivé pacienty. Nemocniční **pobyt však může být i vysoce rizikový**, zvláště pro pacienty s poruchou pohyblivosti, stability, sebeobsluhy, komunikace, smyslového vnímání či psychiky. Systémově představují nemocnice i riziko nevhodné péče, různých komplikací a nežádoucích účinků. K častým **rizikům patří pády, stavy zmatenosti, použití omezovacích pomůcek (ohrádky, kurty) či tlumících léků při neklidu, nadměrné zavádění močových katetrů.** Důsledkem může být i nadměrná, **zbytečná ztráta soběstačnosti.** U dlouhodobých pobytů v zařízeních následné péče hrozí navíc nedostatek komunikačních a smyslových podnětů (deprivace). Mnozí lidé s komunikačními problémy (např. s nedoslýchavostí, poruchou vyjadřování) se s nemocničním personálem na rozdíl od příbuzných nedomluví.

Podceňovaným závažným **problémem je otřesení důstojnosti**, sebehodnocení, **autonomie** a osobitosti. Pacient je vytržen ze svého prostředí, ze svých sociálních rolí a zatlačen do anonymní role pacientské. **Z aktivního subjektu se stává pasivním objektem péče**, kterou může být až paralyzován – např. místo podpory samostatného jídla, je krmen.

Mnozí **senioři si stěžují, že s nimi personál jedná jako s dětmi**, že se chová rádoby familiárně, že nerespektuje jejich rozhodnutí ani stud (nedůstojné oblečení, mytí či jiné odhalování před spolupacienty, převážení spoře oděných pacientů po chodbách). Častou příčinou takového jednání je nedostatek a přetíženost personálu.“ [23,40-41]

Jak předcházet takovému neetickému zacházení s pacientem

V některých bodech takové jednání lze považovat i za týrání (*viz Kapitola č. 1.5, Násilí páchané vůči seniorům, str. 26*). Docházet pravidelně na návštěvy do nemocnice, aktivně se podílet na spolupěči o pacienta. V případě nedostačující péče důrazně apelovat, aby byla dodržována pacientská práva, být informován o aktuálním stavu, o medikaci pacienta atd. Pokud se nedaří

zjednat nápravu touto cestou, lze se bránit stížností podanou na Českou advokátní poradnu v občanskoprávním řízení.

Zvláštním zařízením či péčí o umírající a nevléčitelně nemocné pacienty, je **hospicová a paliativní péče**.

Jestliže je u pacienta shledána choroba s progresivním průběhem, či je celkový stav seniora velmi špatný a lze předpokládat jeho brzkou smrt, nabízí se možnost důstojného odchodu.

Paliativní medicína

Používá několik zásad uspokojování potřeb shrnutých do konceptu péče. Jde především o **doprovázení nemocného člověka** a názoru filozofického, že smrt je zcela přirozenou součástí života, každý lidský život se uzavře, až nastane jeho čas. V paliativní medicíně jde o **zmírnění důsledků nemoci, nabízí léky pro utišení, zmírnění bolesti a především je tu stále někdo kdo s nemocným i jeho okolím pracuje**. V současnosti je snaha o vznik specializovaných oddělení s nabídkou paliativní péče při LDN.

Hospicová péče

Je určena především pacientům, u kterých je předpoklad velmi **blízké smrti**, např. měsíc do sklonku života. Nemocným se zde dostane nejen důstojného odchodu, ale řeší se zde i duchovní stránky posledních věcí člověka. Často je hospicem poskytována terapeutická péče o pozůstalé, usilující o vyrovnaní se, se smrtí milované osoby. **Hospicová péče nabízí možnost rodině být stále přítomna**, (rodina může bydlet v zařízení, pokud je hospic blízko bydliště, mohou dojíždět za nemocným, či jej vozit do hospice jako do denního stacionáře), nemocní si zde navíc mohou společně s rodinou pohovořit o svých problémech se stejně nemocnými lidmi. Režim je neustále podřízen potřebám umírajícího, **hospic vytváří civilní a přátelské prostředí** a v okamžiku smrti je vždy prvořadě, aby byl přítomen někdo z rodiny. Snahou je stále více rozšiřovat tzv. domácí hospicovou péči. Vše probíhá stejně jako v hospice, ale v domácím prostředí pacienta a pokud si přeje tak i úmrtí doma. „V roce 2005, bylo na našem území asi 10 hospiců např. Červený Kostelec v Rajhradě, Litoměřice a další.“ [24,45]

Euthanasie - „dobrá smrt“, tento způsob smrti v ČR není povolen, jedná se o smrt z milosti za asistence lékaře. V případě nesnesitelných bolestí, kdy nezabírají již žádné

dostupné léky, a pacient trpí, je jeho život ukončen vysokou dávkou morfia, či kombinace jiných vysokých dávek léků.

2.2.3 Sociální služby poskytované seniorům

Sociální služby seniorům spadají do působnosti ministerstva práce a sociálních věcí, informace by seniorům měl předat sociální pracovník působící ve zdravotnickém zařízení či na úřadě v odboru zdravotnických a sociálních záležitostech. Informace by též měl podat i ošetřující praktický lékař, či centrum sociálních a pečovatelských služeb.

Kromě poskytování peněžitých a věcných dávek, nabízí tyto služby:

Pečovatelská služba – o zavedení **PS** žádá občan sám, tato služba může být zamítnuta a není nárokovatelná, je provozována obecním úřadem, ÚSP, **pečovatelka** vykonává úkony - donáška jídla, doprovází klienta, poklízí a pečuje o hygienu atd.

V kompetenci PS jsou též **kluby důchodců** a provoz zařízení pro denní služby tzv. **domovinky** - denní stacionář s aktivitami a od rána až do 16h.

Ústavy sociální péče

Pro seniory vyžadující téměř trvalou či dlouhodobou péči, jsou určeny **Domovy důchodců (DD)** v nichž je poskytována **péče s určitým režimem** a zásahem do soukromí vzhledem ke zdravotnímu stavu. Smlouva zde není na jednolůžkový pokoj, ale **senior – obyvatel** zde žije na dvou a více lůžkových pokojích. Noví obyvatelé se zde těžko adaptují a vlivem zásahu do soukromí jak personálem, tak zvýšeným počtem osob na pokoji, propadají depresím. Přestože je obyvatel na pokojích více, tak strádají osamělostí a steskem po známém prostředí. Nabývají dojmu, že je jejich život zbaven smysluplnosti, cítí se být zatlačeni do pasivity, které také později podlehnou.

Nabízejí se i **Domovy - penziony (DPD)** – kde převládá **klientela pohyblivých seniorů** a **Domovy s pečovatelskou službou DPS** - kde je **obyvatel sám** na pokoji, bytě, je s ním uzavřena **nájemní smlouva**. Je zde poskytována služba donášky jídla pečovatelkou, ale není mu zasahováno do soukromí a vnucován režim. Nevýhodou je, že pečovatelka odchází kolem 16h. a **nejsou zde poskytovány zdravotní úkony**. Též zde není signalizační zařízení, kterým by si obyvatel přivolal pomoc v nouzi. V současnosti se nabízí **systém tísňové péče Areion**, kdy je byt klienta vybaven terminální stanicí systému tísňového volání. Tlačítko nosí klient neustále u sebe, pokud upadne v jakékoli části bytu - po stisknutí tlačítka se automaticky přes telefonní linku spojí s dispečinkem a hlasitou komunikací si může přivolat pomoc.

Zvláštní domovy jsou ÚSP pro staré občany trpící psychickým onemocněním.

Zařízení kulturně společenská

Do této skupiny patří centra s nabídkou setkávání a volnočasových aktivit pro seniory. Kluby důchodců, denní centra, kavárničky seniorů atd.

Diakonie

Slovo Diakonie si zvolila řada církevních organizací po celém světě do svého názvu pro **poskytování sociálních služeb** (neboť je odvozeno z řeckého slovesa **diakonein-sloužit**). Diakonická zařízení poskytují pomoc všem, kteří jsou znevýhodněni, ocitli se v životní krizi, jsou bezmocní a opuštěni a to bez ohledu na přesvědčení či náboženskou a politickou příslušnost. Každé středisko Diakonie má svůj vlastní program, který nabízí. Provozují domovy, krizová centra a volnočasové aktivity, též tedy Domovy pro seniory. Domov U Spasitele ve Frýdlantu v Cechách patří Diakonii a misii CČSH. *(viz příloha středisko DM CČSH, Domov U Spasitele)*

3. Arteterapie s institucionalizovanými seniory – klienty

3.1. Potenciál pro vznik nového využití arteterapie

Arteterapie se seniory má svá specifika, vhodnější a výstižnější název pro tuto činnost by bylo označení **gerontoarteterapie**,

označení se může zdát na první pohled odvážné a novátorské, ale **arteterapie se seniory se svými postupy a metodami - vzhledem ke skupině klientů, kteří mají jiné potřeby, se bude muset v budoucnu vyčlenit**, jako samostatný obor arteterapie. Z předchozího pojednání vyplývá, že **skupina klientů - seniorů** je jiná než ostatní klienti (např. z řad duševně nemocných, drogově závislých atd.).

Gerontoarteterapii dále GTA, nelze s úspěchem provozovat, pokud není arteterapeut **dobře obeznámen s problematikou stáří a stárnutí, též chorobami**, který tento proces provázejí. Je tedy bezpodmínečně nutné, aby se nadále vzdělával i v oboru zdravotní a sociální péče o tuto skupinu klientů. Doposud se této skupině seniorů v oboru arteterapie věnovalo málo pozornosti, neboť se všeobecně usuzovalo, že kromě výpomoci při diagnostice chorob klienta, se toho nedá mnoho vytvořit a tedy arteterapii efektivně využít. Obecně je **péče o gerontologického klienta** směřována všemi složkami, do péče **o fyzickou stránku**, více méně je pak v zařízeních využíváno ergoterapie, muzikoterapie či klienty navštěvuje geriopracovník, který většinou supluje funkci rodiny a důvěrníka.

V návaznosti na malý zájem o činnosti se seniory je málo dostupné literatury s náměty pro práci. Tento fakt vyplývá především z náročnosti práce, potřebné míry kreativity a empatie, která je kladena na osobnost pracující se seniory. *(viz kapitola č. 3.2 Předpoklady pro práci se skupinou seniorů, str. 46)*

S rostoucí stárnoucí populací bude zákonitě vzrůstat potřeba odborné péče po všech stránkách. Můžeme se dočkat z řad **aktivních seniorů** a v dnešní době stále více klientů – seniorů, se zájmem aktivního využití podzimu života, **s velkým rozmachem arteterapie jako takové**.

Je důležité propagovat léčebné i sebepoznávací složky **GTA, přiblížit ji laické veřejnosti, ale i jiným vědním oborům**. Nejvíce se GTAP v praxi setkává v lepším případě

s nedůvěrou, v horším s **nepochopením a nepřijetím z řad personálu zařízení, ale i samotných klientů**. GTAP je bohužel vnímán jako zbytečný a je často z neinformovanosti snižována i hodnota arteterapeutické práce.

3.2 Předpoklady pro práci se skupinou seniorů

Pro kvalitní práci GTAP s gerontologickým klientem, dosahující výsledků jsou důležité tyto předpoklady:

- vzdělání a dobrá orientace v oboru
- další vzdělávání a uplatňování nových poznatků v praxi
- dobré komunikační schopnosti
- schopnost empatie
- dobré organizační schopnosti
- velká míra kreativity a originality řešení problémů
- schopnost vyrovnávat se s úskalími této práce

Vzdělání a dobrá orientace v oboru:

je samozřejmostí být absolventem v **oboru arteterapie**, při práci se seniory se uplatňují znalosti **též z oboru zdravotní a sociální péče**, v mém případě jsem aplikovala též poznatky ze studia speciální pedagogiky a učitelství Vv a Hv základní školy.

GTAP musí být obeznámen s aktuálním zdravotním stavem klienta, dle toho vyhodnotí postup práce, zda je pro klienta vhodná skupinová či individuální terapie, také využití pomůcek. Např. klient bude mít sníženou schopnost zrakového vnímání (či změnu lomivosti světla v oku, vzdalování bodu nejostřejšího vidění od sítnice – presbyopie), ale rád by se zapojil do činnosti a pouze s brýlemi si nevystačí, tak se pokusit zajistit vhodné kompenzační - tyflopédické pomůcky.

Dále je důležité **zmapovat sociální okolí klienta**, co mu vyhovuje, klient může být úzkostný, nebo hostilní k jinému členu skupiny, tedy zareagovat tak, aby to bylo pro obě strany nejlepší, buď vytvořit skupiny dvě, nebo zvolit individuální přístup. Často dochází ke skokovému zhoršení duševní činnosti, jeden den je klient orientovaný a na dalším sezení není již schopen

v dané činnosti pokračovat atd. GTAP musí vytvořit tedy na místě nový program vhodný a zvládnutelný. K udržení dané schopnosti či pro posílení sebevědomí, že ještě něco dokáže. (viz. kapitola č. 3.3.2. Pravidla při vytváření skupiny seniorů str. 56). Využít i poznatky z jiných oborů a terapeutických postupů: muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie.

(V praxi jsem uplatnila též znalosti z kurzu muzikoterapie Zdeňka Šimanovského, který jsem absolvovala v době působení učitelky ZŠ).

Další vzdělávání a uplatňování nových poznatků v praxi: v tomto směru by se GTP měl soustavně sebevzdělávat, číst odborné články a publikace arteterapeutického i zdravotního směru. Osvojovat si nové a vhodné výtvarné techniky, které jsou pro danou skupinu vhodné a zvládnutelné.

Dobré komunikační schopnosti

Nejedná se pouze o **dobře zvládnutou komunikaci se samotným klientem**, ale je třeba vhodně **komunikovat i s ošetřujícím personálem**, vysvětlit náplň práce GTAP, co vlastně obor arteterapie obnáší a nabízí. V praxi se mi osvědčila tvořivá dílna pro personál, kde si mohl vyzkoušet takřikajíc na vlastní kůži, některé techniky a arteterapeutické postupy. Zlepšil se tak přístup personálu k práci GTAP a vzešel **zájem** ze strany **sester se syndromem vyhoření, pro častější skupinová sezení** zaměřená na zmíněný problém syndromu vyhoření.

Při komunikaci s daným klientem je důležité opět znát jeho zdravotní omezení, hovořit klidně, pomalu, pokud možno z očí do očí, pokyny několikrát zopakovat a zeptat se několikrát zda klient danému úkolu porozuměl. Často jsou klienti nedoslýchaví (presbyakusis) a stydí se, že nerozumí a proto raději přikyvují, aniž by skutečně porozuměli. **Z těchto chyb v komunikaci se pak mylně usuzuje, že klient nemá zájem či danou práci nezvládá.** Je důležité proto zkontrolovat zda klient nosí sluchadla, zda je má zapnuté, nebo zajistit aby mu bylo umožněno přezkoušení sluchu.

Dobré je také **komunikovat s rodinou klienta**, kdy se GTAP stává prostředníkem mezi klientem a rodinou. Rodina je často kladně překvapena, že jejich „babička, dědeček“ něco umí. Často to bylo prvé setkání s klientovou tvořivostí, kdy rodina neměla zcela tušení ani povědomí, z minulosti, že by klient někdy něco maloval, než zdi v rodném domku kde bydlel, než přišel do zařízení.

Schopnost empatie

tuto schopnost považují pro praxi za nejdůležitější, neboť bez **důvěryhodného otevřeného vztahu GTAP - klient, nelze nic vytvořit** a nemá cenu se ani o to pokoušet. Jak známo starý člověk karikuje svoji povahu a v praxi to znamená práci spíše s negativně laděnými klienty, kteří se k výtvarné činnosti dostanou poprvé v životě až v zařízení. Navíc zde hraje roli fakt, že v minulosti se výtvarná výchova učila v podobě technického kreslení, s kterýmžto klienti neměli dobré zkušenosti a většina s trpkostí dodávala, že ani hodnocení nebylo kladné. Čímž zákonitě pojali k jakékoli výtvarné činnosti averzi. Tím **významnější úlohu hraje kladné přijetí**, že GTAP klientovy pocity správně vnímá a rozumí jim. Také neustálé povzbuzování v činnosti a často pouhé vyslechnutí stesků klienta, prohlubuje vztah GTAP - klient.

Dobré organizační schopnosti

Při vytváření programů, či budování dílny v zařízení, které takovéto aktivity neprovozovalo, se uplatní dobré plánování, GTAP by měl znát vnitřní řád zařízení a na základě toho sestavit harmonogram dílny. Také ostatní činnosti dílny (výstavy, exkurze atd.), by měl vypracovávat v souladu s tímto řádem a potřebami klientů.

Velká míra kreativity a originality řešení problémů

Při samotné práci s klientem se často vyskytnou nejrůznější nečekané potíže, na které se GTAP nemůže zcela připravit. Jak bylo již zmíněno, vlivem involučních změn je aktuální zdravotní stav klienta značně proměnlivý, GTAP může mít připravenou činnost pro celou skupinu a náhle se stav jednoho i více klientů radikálně změní, což znamená mít schopnost adekvátně zareagovat, vytvořit nové vhodné podmínky, rozpracovaný námět třeba zjednodušit, upravit pomůcky. (klient po náhlé mozkové příhodě ochrne na pravou horní končetinu - umožnit mu tedy vhodným způsobem malovat končetinou zdravou, která dosud nebyla využívána - malovat prsty, celou dlaní, houbičkou atd. Po dohodě s personálem a zapojovat také cvičit postiženou končetinu).

Schopnost vyrovnávat se s úskalími práce

Největšími problémy v praxi jsou již zmíněná nedůvěra ošetřujícího personálu k práci GTAP, pramenící především z neinformovanosti. Arteterapeut musí být schopen se na často štiplavé poznámky, povznést a nejen si je nepřipouštět, ale náležitě dokázat, že arteterapie má smysl a pozitivně působí na zdravotní stav klienta. (např., že GTAP v podstatě nic nedělá, že si hraje a kde se berou peníze na práci GTAP, že takovou práci může dělat každý apod.).

Dalším **stresujícím faktorem při práci GTAP je častá úmrtnost klientů**, přestože je dopředu počítáno s touto skutečností, že dlouhověký geriatrický klient jednou zemře, nelze se vnitřně připravit ani lehce vyrovnat s odchodem člena skupiny. Pro GTAP je to vždy zkušenost bolestná, vzhledem k otevřenému a přátelskému vztahu GTAP - klient. Odešel někdo, kdo vás obohatil o svůj životní příběh, předal vám své životní zkušenosti, svěřil vám svá tajná přání, sny které již nestačil uskutečnit. Přestože se objeví ve skupině někdo nový, místo zemřelého už zůstane navždy prázdné. Co zůstává, jsou obrázky, které vytvořil a předal tak listu papíru část sebe sama. Někdy je odchod předznamenán postupným chátráním a degradací mysli, ale přesto zůstal člověkem, který cítí. Přestože již klient aktivně nedocházel do skupiny, navštěvovala jsem jej na pokoji a spolu jsme procházeli fotografie, práce, které vytvořil a připomínal si zážitky, které už vlivem zdravotního stavu, zapomněl. Arteterapeut se tedy stává jakousi živou pamětí odcházejícího seniora. Tato skličující okolnost, tedy že si senior část událostí ze svého života již nepamatuje, mě přivedla na myšlenku vytvoření souboru výtvarných prací, které by zpětně pomáhaly senioru si část vzpomínek třeba vybavit. Vznikl tedy soubor výtvarných prací „*Kniha vzpomínek*“.

Při práci se seniory nelze zastávat neosobní přístup, který chrání zdravotnický personál před syndromem vyhoření, protože by se klient neotevřel a nespolupracoval. Pro GTAP to však **znamená abnormální psychickou zátěž, neboť se většinou klient na GTAP stane psychicky závislý**. Jak se uchránit syndromu vyhoření a vyrovnat se, se smrtí klienta? V tomto ohledu je důležitá **duševní hygiena** v podobě vhodné **relaxace**, nejlepší by samozřejmě byl model po uběhnutí pětileté praxe v daném zařízení, buď přestoupit na jiné nové pracoviště či změnit druh zaměstnání, nebo odejít na roční placenou dovolenou, která v ČR bohužel není možná.

3.3. Činnost gerontoarteterapeuta

Pro úspěšný výkon praxe je takřka nezbytný níže uvedený kodex gerontoarteterapeuta, jestliže se s jedním z uvedených bodů budoucí gerontoarteterapeut neztotožní, nelze předpokládat kvalitní výkon práce.

Motivační kodex gerontoarteterapeuta

Motivace pracovat v oboru

Mlčenlivost a diskrétnost

Ochota sdílet s klientem jeho životní strasti (nutno vytyčit si osobní hranice gerontoarteterapeuta)

Další sebevzdělávání

Konzultace s kolegy (kolegia)

Konzultace s kolegy ze souvisejících oborů

Schopnost sebereflexe

Schopnost přijmout kritiku a sebekritiky

Časová flexibilita

Tento motivační kodex je zavazující pro kvalitní spolupráci se seniory, taktéž využití níže uvedených metod v přímé praxi.

3.3.1 Metody a arteterapeutické postupy v práci gerontoarteterapeuta

Metoda motivace

Motivace k činnosti je u seniorů prvořadá, je důležité neustálé přesvědčování o tom, že jejich aktivita má smysl. **Řada seniorů je depresivních a GTAP je musí opakovaně vybízet a povzbuzovat k činnosti**, vytrhovat je z apatie, nikoliv násilím, či pouhým přivedením do skupiny, ale vhodnou motivací-vtipným příběhem, či legrací ze sebe samotného. Už pouhá řeč těla, dotyk, úsměv, vlídná řeč, působí na klienta pozitivním motivujícím způsobem.

Metoda názornosti

Řada klientů se s výtvarnou činností setkává v zařízení vůbec poprvé, metoda názornosti je proto velmi důležitá pro vytvoření konkrétní představy. Danou techniku a námět předvedu na úvod, či **vykonávám současně s klienty a teprve po zvládnutí a plném pochopení, může klient pracovat samostatně.** Je podnětné mít připravený hotový artefakt, nikoliv pro holé kopírování skutečnosti, ale pro vhodnou motivaci podněcující fantazii.

Metoda přiměřenosti a náročnosti úkolu

Zde je důležité zvolit takový námět, aby nebyl úkol zcela jednoduchý, klient by mohl nabýt dojmu, že s ním zacházíme jako s malým dítětem, snižovali bychom jeho důstojnost, a naopak úkol velmi náročný, kdy klient ani s dopomocí jej není schopen zvládnout, což v něm zákonitě vyvolá pocit nejistoty a neschopnosti. Následuje nezáměr, slovní agrese, nechut k další práci.

Metoda postupu od jednoduchého ke složitějšímu - tzv. *spirálové učení*, tato metoda je důležitá zvláště při osvojování nových technik. Např. v keramice se začínalo plátem, ze kterého klienti vykrajovali tvary dle šablony, či tvořítka na cukroví, technika jim byla přiblížena jako práce s těstem, s nímž se v osobním životě již setkali, poté pokračovali šňůrkovou technikou, dutým tvarem, atd.

Metoda opakování a upevňování - zejména u nových technik je vhodné již jednou naučené zařazovat do zahřívacích cvičení, opakovat a procvičovat již naučené techniky.

Metoda pochvaly - je samozřejmostí, není tím myšleno chválit za každou cenu, ale objektivní hodnocení průběhu práce, společného úsilí, dosaženého výsledku. Odměnou je vystavený artefakt či hodnotný dárek na památku pro někoho blízkého.

Metoda hry - není tím myšlena hra jako taková, ale hra s výtvarným materiálem, objevování. (Např. malba prsty, otiskování aj).

„Metoda validace - dle Failové, validovat znamená hodnotit, vzít na vědomí city druhých jako pravdivé.

- validace shrnutí
- pomoci vyřešit nedořešené problémy z minulosti
- Pomoci lidem vyrovnat se s životem

- Snížit stres způsobený životními ztrátami
- Dosáhnout toho, aby se lidé cítili spokojenější
- Vrátit lidem pocit vlastní hodnoty“ [25,42]

Metoda dotazníku

Dotazník zájmů a činností, navržený dotazník si může GTAP upravit dle svých potřeb, je třeba jej s některými klienty vyplnit společně a v soukromí. Dotazník jako metoda slouží spíše orientačně, **k zmapování zájmů a aktivit seniora**, na jehož základě bude později sestaven individuální plán a zařazení do skupiny. *(Tento dotazník byl vypracován na základě standardizované péče s klienty zařízení Domova U Spasitele ve Frýdlantu v Č).*

Tab. 1 Dotazník zájmů a činností

Jak nejraději trávím svůj volný čas:	
Můj oblíbený den je:	
Můj oblíbený denní čas je:	
Mé oblíbené roční období je:	
Nejvíce z celého týdne jsem zaměstnán-den	
Činnosti v zařízení, Které rád navštěvuji	
Činnosti, které jsem rád vykonával před příchodem do zařízení:	
Co bych uvítal v dílně- návrh změn:	
Jaké je mé vysněné místo, imaginární i skutečné:	
Jsem – nejsem rád, ve skupině:	
Jsem-nejsem spokojen s přístupem vedoucího:	
Co bych se rád nového naučil:	

Metoda rozhovoru

Rozhovor je řízený, GTAP má připraveny otázky, kterými zjišťuje potřebné informace a poté provede zápis. **Otázky se opět vztahují k vykonávané činnosti v daném zařízení**, v tomto případě by opět sloužily pro potřeby GTAP v zařízení Domova U Spasitele ve Frýdlantu.

Rozhovor nahrazuje Dotazník, kdy klient není schopen jej samostatně vyplnit, či není schopen dobře psát.

Standardizovaná péče v arteterapeutické činnosti v zařízení

Vzhledem k faktu, že téměř do všech institucí pečujících o staré a nemocné lidi, se zavádí tzv. **standardizovaná péče**, se záměrem co nejvíce zkvalitnit práci s klientem a zároveň zvýšit co nejvíce úroveň života ošetřované osoby, musí i **GTAP vypracovávat jednotlivé standardy, vztažené na jeho arteterapeutickou činnost v zařízení**. Cíl těchto standardů vytvořených GTAP v dané instituci, ovlivňují **strukturální a procesuální kritéria**, jež vedou k celkovému **vyhodnocení činnosti** s daným klientem. (viz Tab.2 *Gerontoarteterapeutický standard pro skupinu seniorů*)

Název:

Gerontoarteterapeutický standard pro.....

Určení a závaznost:

Pro gerontoarteterapeuty v

Místo realizace:

Cíl standardu:

Např: Klient s depresí se bude aktivně podílet na dění ve skupině.

Platnost: platí od Datum

Tab. 2 Gerontoarteterapeutický standard pro skupinu seniorů

S T R U K T U R A	Vybavení pracoviště Pomůcky Dokumentace Personál: typ, počet, znalosti Požadavky na organizaci práce
P R O C E S	Gerontoarteterapeut provádí..... GTP hodnotí, sleduje..... GTP zaznamenává.....

Tyto standardy vypracovává GTAP v souladu s vedením zařízení a snaží se o jejich dodržování a naplňování, vzhledem k tomu, že se ve všech institucích teprve zavádí standardizovaná péče, nevyhneme se při praxi chybám, cílem je těchto chyb se v budoucnu vyvarovat a poučit se z nich a celkový proces směřovat k celkovému zkvalitnění péče po všech stránkách o danou skupinu seniorů. Výše uvedená tabulka slouží pouze jako vzor a

ukazatel ke způsobu vypracování. (bliže viz příloha Kritéria práce vytvořená dle ošetrovatelského standardu lokálního, pro Domov U Spasitele)

Arteterapeutické postupy v práci s gerontologickým klientem

„**Fenomenologická metoda arteterapie** - humanistický přístup, je vhodná pro individuální přístup, ale i při práci ve skupině (viz Tab. 3)

Tab. 3 Fenomenologická metoda arteterapie dle [26,203]

Krok 1:	Úvodní hraní s výtvarným materiálem Přímé zažívání
Krok 2:	Proces výtvarné tvorby – vytvoření jevu
Krok 3:	Fenomenologické intuitivní vhlížení Fáze 1: Vnímání 1. Vizuální ukázka 2. Odstoupení 3. Intencionální hledění Fáze 2: Procedura Co vidíš?, Co vidíte? 1. Fenomenologický popis 2. Fenomenologické odhalování
Krok 4:	Fenomenologické sjednocení

Metoda je mírně upravená - pouze místo otázky Co vidíš? Ptáme se: „Co vidíte? Co Vás k tomu napadá?“ (zásadně seniorům vykáme)

Hovoříme o díle, **klademe doplňující otázky**, zvláště tam, kde klient má potřebu se ke své tvorbě vyjádřit, ale nenalézá ihned potřebná slova.

„**Expresivní arteterapie zaměřená na člověka** – je integrativní multimodální terapie, která klade důraz na léčivé aspekty tvořivého procesu.“ [27,254]

Základem je probuzení tvořivého procesu, vyjádřit jej jakoukoli cestou psaním deníku, hudba, malováním, modelováním atd. umění není využíváno k diagnostice ani analýze, ale umožňuje klientům vyjádřit svůj vnitřní svět a emoce. V tomto případě je zaměřená na člověka- seniora. Probudit pohybem, zpěvem, tancem zájem o okolní svět a dění.

Z „arteterapie JCU“ se u seniorů osvědčil postup - rozložení veškeré dosavadní produkce, včetně koláží a společné interpretace obrázků, zároveň vytváření KTC pro doplnění lepší orientace při analyzování produkce. Přínosem je především **analytická zkušenost vzhledu** při odkrývání nevědomých obrazů, **diagnostice skrytých chorob** a též odhalování nevědomých impulsů a fantazií. Pro klienta ovšem není směřodatné otevření nevědomých procesů, ale slouží spíše jako vodítko pro GTAP.

3.3.2 Pravidla při vytváření skupiny seniorů

Při arteterapeutické činnosti v instituci, když chceme vytvořit skupinu z řad seniorů pro tuto činnost, se musíme řídit určitými pravidly:

- především respektovat vnitřní řád daného zařízení
- velikost, rozdělení, zaměření skupiny
- program a náplň skupiny
- místo, čas a řád skupiny
- kdy zvolit místo skupiny individuální činnost

Při **vytváření skupiny** se musí arteterapeut řídit **vnitřním řádem daného zařízení**, prokonzultovat s vedením zařízení čas, místo konání. Též zajištění pomůcek výtvarných potřeb, při vstřícném jednání si vybavit prostor dílny dle potřeb.

Skupina – pro zvládnutí je **maximální počet 10 členů**, případně vytvořit skupin více v jiném časovém úseku. Rozhodující je též **zdravotní stav a přibližně stejný věk klientů**. Při nástupu do zařízení DUS, byla skupina pracující s keramikou nerozlišená a počet určovala velikost místnosti. V průběhu práce se společně s vedením DUS místnost upravila tak, aby vyhovovala potřebám klientů, pracovní deska stolu byla snížena pro klienty na vozíku. Později se dle narůstajícího zájmu o keramiku a výtvarné činnosti upravovala velikost a složení klientů, podle věku, podle zdravotního stavu. (Např. klienti na vozíku navštěvovali skupinu maximálně 3 - 4, protože na výtvarné činnosti se museli svázat z různých poschodí a po ukončení činnosti museli být odvezeni na jídlo), aby se tedy veškerý čas potřebný pro práci nevynaložil na organizační činnosti.

Též je nevhodné zařazovat spolu do jedné skupiny klienty, kteří si uchovali náhled na svou postupující demenci a klienty, kteří si již svou demenci neuvědomují.

Program skupin

U vytváření programů byl vypracován měsíční plán, z něhož vycházely přípravy na jednotlivé skupinové činnosti. (z metodiky práce učitele Vv). Tento přístup byl velmi usnadňující pro samotnou činnost. *(Protože jsem předtím nikdy s touto klientelou nepracovala, aplikovala jsem metodiku práce učitele výtvarné výchovy. Zároveň příprava pomůcek i celková struktura skupinové práce probíhala tak, jako při vyučování- seznámení s tématem (vhodná motivace), jednoduché zahřívací činnosti, poté byli klienti seznámeni názorně s technikou, kterou budou pracovat a jaké pomůcky budou používat, pak probíhala samotná činnost, závěrem se provedlo hodnocení činnosti a práce byly vystaveny. Později když jsem se seznámila s arteterapií jsem si program a průběh skupinové činnosti přizpůsobila tak, aby nejlépe vyhovoval gerontologickým klientům).*

Místo, čas a řád skupiny

Nejvhodnější pro výtvarné činnosti je samozřejmě velký **volný prostor** s malířskými stojany a zabudovanými skříňkami na pomůcky. Při práci se seniory jsou vhodné **širší a nižší stoly, aby i klienti na vozíku pohodlně dosáhli na pomůcky**. Širší židle s opěradly, aby při vstávání nedošlo k pádu, také nízko umístěná umyvadla a další. Uložení pomůcek záleží na GTP, vzhledem k tomu, že si je většinou připravuje sám, je vhodný také **sklad na materiály a pomůcky**, které se využívají příležitostně, či na uložení artefaktů.

Důležité je také **osvětlení**, bohužel většinou nelze dodržet zásadu přirozeného světla dopadajícího z levé strany na desku stolu, proto je vhodné zajistit dobré umělé osvětlení na práci, zvláště pak u klientů se sníženou schopností zrakového vnímání.

Je vhodné **se samotnými klienty dohodnout na časovém zařazení**, názvu a pravidlech skupiny. V zařízení umístit navigační cedulky, aby se klient sám mohl dostavit ke skupinové činnosti. Přesto, ale musí GTP klienty doprovázet, zvláště pak klienty s alzheimerovou chorobou, klienty kteří se špatně orientují v čase a prostoru, neví který je den, zapomínají kam mají přijít apod.

Činnost ve skupině

Pro koho je **skupinová činnost vhodná**: z léčebného hlediska především pro **klienty trpící depresemi, též pro nové klienty zařízení**, kdy se seznamují s novým prostředím a navazují nové interpersonální vztahy. **Všem členům skupiny společná činnost pomáhá zvládat strach z nemoci vzájemně se podporovat, posilovat sebeúctu, zvyšovat nezávislost,**

sebezpoznání, cvičit paměť, udržet co nejdéle schopnosti či kompenzovat jejich ztrátu.

Skupina dává pocit uvolnění, že jsem přijímán takový - jaký jsem, zlepšuje komunikační dovednosti, dává možnost navázat nová přátelství. Osvojit si nové a neznámé techniky, pobavit se v pravém slova smyslu, znovu nalézt jistotu a radost ze života atd.

Individuální činnost se seniorem

Kdy zvolit místo skupiny individuální činnost: pokud je klient trvale upoután na lůžko, ale projeví zájem o činnost, je vhodný individuální plán, vyhovující potřebám klienta, zajistit pojízdný vyklápěcí stolek a vhodné pomůcky pro práci. Dále pak, když člen skupiny již není schopen docházet, jeho zdravotní stav se zhorší, ale chce se i nadále podílet a zapojovat do aktivit, také pokud je klient příliš úzkostný, nerad opouští „domácí prostředí“ svého pokoje apod.

Seznam použité literatury - citace

- [1] Gruss, P.: Perspektivy stárnutí, Praha, Portál, s.r.o. 2009, s. 9.
- [2] Topinková, E. – Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktické lékaře, Praha, Grada Publishing, s. s r.o. 1995, s.17.
- [3] Topinková, E. – Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktické lékaře, Praha, Grada Publishing, s. s r.o. 1995, s.17
- [4] Gruss, P.: Perspektivy stárnutí, Praha, Portál, s.r.o. 2009 s.41.
- [5] Gruss, P.: Perspektivy stárnutí, Praha, Portál, s.r.o. 2009 s.44.
- [6] Gruss, P.: Perspektivy stárnutí, Praha, Portál, s.r.o. 2009 s.41.
- [7] Haškovcová, H.: Manuálek sociální gerontologie, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Brno, 2006, s.14.
- [8] Benesh, H.: Encyklopedický atlas Psychologie, Praha, NLN, s.r.o. 2001, s. 292.
- [9] Haškovcová, H.: Fenomén stárí, Praha, Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990, s.372.
- [10] Říčan, P.: Cesta životem, Praha, Portál, s.r.o. 2004, s.332.
- [11] Langmeier, j.-Krejčířová, D.: Vývojová Psychologie, Praha, Grada Publishing s. s r.o., 1998, s.193.
- [12] Stop násilí na seniorech, Občanské sdružení život 90, Praha, 2006, s. 4.
- [13] Vojtěchovský, M.: Sborník abstrakt a příspěvků PGD, 2002, s. 34.
- [14] Baštecký, J., - Kümpel, Q., - Vojtěchovský, M, – a kol.: Gerontopsychiatrie, Praha, Grada Avicenum, 1994, s. 25.
- [15] Topinková, E. – Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktické lékaře, Praha, Grada Publishing, s. s r.o. 1995, s. 18
- [16] Čislikovský, a kol.: Geriopracovník v praxi, Ostrava, Print, 1999, s.15.
- [17] Koukolík, F. – Jiráček, R.: Diagnostika a léčení syndromu demence, Praha, Grada Publishing, spol. s r.o., 1999, s. 31.
- [18] Písmo Svaté Starého a Nového Zákona, ekumenický překlad, Česká Biblická společnost, 1996, s. 73.
- [19] Haškovcová, H.: Fenomén stárí, Praha, Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990, s. 158.

- [20] Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990, s. 159.
- [21] Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990, s. 165.
- [22] Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, nakladatelství a vydavatelství, 1990, s. 161.
- [23] Kalvach, Z. – Hrabětová, E.: Senior a já, Společnost přátelská všem generacím, 2005, s. 40-41.
- [24] Kalvach, Z. – Hrabětová, E.: Senior a já, Společnost přátelská všem generacím, 2005, s. 45.
- [25] Rheinwaldová, E.: Novodobá péče o seniory Grada Publishing, s s. r.o., 1999, s.42.
- [26] Rubinová, J.A. – (ed)...: Přístupy v arteterapii, Praha, TRITON, 2008, ISBN 978-80-738-093-5, s. 203.
- [27] Rubinová, J.A. – (ed)...: Přístupy v arteterapii, Praha, TRITON, 2008, ISBN 978-80-738-093-5, s. 254.

,

Seznam použité literatury

- Anzenbacher, A.:** Křesťanská sociální etika – úvod a principy, Brno, CDK, 2004, ISBN 80-7325-030-6
- Balint, M.:** Lékař, jeho pacient a nemoc, Praha, Grada Publishing, spol. s r.o. 1999
- Baštecký, J., - Kümpel, Q., - Vojtěchovský, M.:** Gerontopsychiatrie, Praha, Grada Avicenum, 1994
- Benesch, H.:** Encyklopedický atlas Psychologie, Praha, Nakladatelství Lidové Noviny, 1997, ISBN 80-7106-311-7
- České ošetrovatelství 2,:** Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů – Brno, 2006, 57-863-98
- Čislikovský, K. - a kol.:** Geriopracovník v praxi, Ostrava, Print 1999
- David, R.:** Kresba jako nástroj poznání dítěte, Praha, Portál, 2001, ISBN 80-7178-449-4
- Encyklopedický slovník,** Praha, ODEON-Nakladatelství krásné literatury a umění, 1993, ISBN 80-207-0438-8

Gerontologické aktuality, Supplementum 2, Praha, 2001, ISBN 80-86541-00-02

Gruss, P.,- (ed).: Perspektivy stárnutí, Praha, Portál, s.r.o., 2009

Haškovcová, H.: České ošetrovatelství 9, Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN 80-7013-349-X

Haškovcová, H.: České ošetrovatelství 10, Manuálek ze sociální gerontologie, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Brno, 2006, 57-861-02

Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha, Nakladatelství Panorama, 1990, 601-22-882

Hrdlička, M. – Hrdličková, D.: Demence a poruchy paměti, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 1999

Kalvach, Z. – Hrabětová, E.: Senior a já, Společnost přátelská všem generacím, 2005

Koukolík, F. – Jiráček, R.: Diagnostika a léčení syndromu demence, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 1999

Krahulcová, B. -(ed).: Kontexty sociální a charitativní péče, Sborník katedry psychosociálních věd a etiky, Praha, Nakladatelství – L. Marek pro Univerzitu Karlovu v Praze –HTF, 2008, ISBN 978-80-87127-07-0

Křivohlavý, J.: Křesťanská péče o nemocné, Praha, ADVENT, 1991

Langmeier, J. – Krejčířová, D.: Vývojová Psychologie, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 1998

Liebmán, M.: Skupinová arteterapie, Praha, Portál, s.r.o. 2005, ISBN 80-7178-864-3

Malíková, E.: Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 2001, ISBN 978-80-247-3148-3

Minibergrová, L. – Dušek, J.: Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2006, ISBN 80-7013-436-4

Ministerstvo pro místní rozvoj.: Pohřeb a jeho organizace, Praha, MMR, 2010

Petty, G.: Moderní vyučování, Praha, Portál, s.r.o. 1996, ISBN 80-7178-978-X

Písmo Svaté Starého a Nového Zákona, ekumenický překlad, Česká Biblická společnost, 1996, ISBN 80-85-810-11-5

Pitřha, P.: Čechy a jejich svatí, Praha, COMDES, 1999

Praško, J., a kol.: Co je to deprese a jak se léčí, Praha, psychiatrické centrum Praha, 1997, ISBN 80-85121-17-4

Průvodce sociální oblastí města České Budějovice, Magistrát měst ČB, Odbor sociálních věcí, 2011

Ravik, S.: O světcích a patronech, Praha, Nakladatelství Levné knihy, 2006

Rheiwaldová, E.: Novodobá péče o seniory, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 1999

Rubinová, J. A., - (ed).: Přístupy v arteterapii, Praha, TRITON, 2008, ISBN 978-80-738-093-5

Říčan, P.: Cesta životem-vývojová psychologie, Praha, Portál, s.r.o., 2004, ISBN 80-7367-124-7

Skoblík, J.: Přehled křesťanské etiky, Praha, Karolinum-nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997

Sociální práce s umírajícími, časopis Sociální práce, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ZSF JUCB, 2/2010, ISSN 1213-6204

Stop násilí na seniorech, Praha, Občanské sdružení pro život 90, 2006

Šicková-Fabricsi, J.: Arteterapia – Užité umění?, slovak Edison, Petrus Publishers, 2006, ISBN 80-89233-10-4

Topinková, E. – Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře, Praha, Grada Publishing, spol., s r.o. 1995

Úloha rodiny v péči o seniory, časopis Sociální práce, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ZSF JUCB, 2/2004, MK ČR E 13795

Walsh, D.: Skupinové hry a činnosti pro seniory, Praha, Portál, s.r.o. 2005

Ženatá, K.: Obrazy z nevědomí, Praha, portál, s.r.o., 2005, ISBN 80-7367-033-X

Příloha k Bakalářské práci

Příloha obsahuje:

- Popis zařízení Domova U Spasitele ve Frýdlantu v Čechách
- Vzor přípravy pro skupinovou činnost se seniory v zařízení
- Kritéria práce - vytvořená dle ošetrovatelského standardu
- Fotografie zařízení DUS, obyvatel Domova
- Fotografie z malování skupiny

Vzor přípravy skupinové činnosti v zařízení se seniory

Příprava: č.1

Skupina: 2

Pomůcky: barevné tuše, dřívka, štětce, kelímky, ubrusy, čtvrtky A2,A4, písek, lepidla, lak ve spreji, knihy o pravěkém umění (knihovna)

Technika: Kombinovaná

Námět: Pravěk

Kresba tuší do vlhkého podkladu, po zaschnutí dotvořit, suchým pastelem a pískem.

Motivace: ukázky nástěnných pravěkých maleb v Lascaux, Altamira atd.

Postup: suchá čtvrtka se zmačká, poté se navlhčí celá plocha vodou-kresba

dřívkem, štětcem a tuší, zvolené motivy, po zaschnutí domalovat suchým pastelem v přírod.barvách, rudkou, natřít plochu lepidlem

a posypat pískem, celé se po zaschnutí fixuje lakem ve spreji, provede vedoucí venku.

Úvod	Privítání, seznámení s námětem a technikou	5 min.
Motivace	Ukázka nástěnných maleb-předcházející den proběhla beseda na toto téma. Vhodná hudba pro uvolnění	10 min.
Zahřívací činnost	Na navlhčenou čtvrtku A4,otiskujeme, kreslíme provázkem Namočeným v barevné tuši, sledujeme stopu, kterou provázek zanechává-co nám to připomíná, po zaschnutí lze dále výtvarně zpracovat.	10-15min.
Hlavní činnost	Viz. Výše uvedený postup, odpočinek mezi schnutím jednotlivých vrstev.	2hod.-dle potř.
Závěr	Společné hodnocení, komentář k činnosti, výstavka prací a úklid pomůcek.	10 min.



Obr. č. Paní O.: Na téma „Pravěk“

Kritéria práce vytvořená dle ošetrovatelského standardu – lokálního, vztažená na práci GTP v instituci s gerontologickým klientem.

V uvedení do praxe to znamená:

Místo realizace: Domov U Spasitele, dílna, Frýdlant

Závaznost: Gerontoartterapeut, skupina klientů trpící depresi a senilní demencí.

Cíl standardu: sdílení zkušeností, nápravných a léčebných procesů

Platnost: od – aktuální datum

Strukturální kritéria

- pomůcky pro výtvarnou činnost–štětce, kelímky, barvy temperové, prstové
- dokumentace: tématický plán, měsíční plán

Procesuální kritéria

Gerontoterapeut provádí

- připraví pomůcky, přivede klienty do dílny a usadí je na svá místa
- seznámí je s námětem a technikou metodou názornosti
- hodnotí spolupráci a aktivitu klientů
- zaznamenává schopnosti, soustředěnost atd.

Výsledek

Gerontoterapeut hodnotí

- Klient je orientovaný v čase a prostoru.
- Klient provádí tyto činnosti-maluje prsty, štětcem
- Klient spolupracuje, nespolečně pracuje, komunikuje, nekomunikuje
- Klient se podílí na úklidu, na společném hodnocení atd.
- Klient navštěvuje další tvořivé činnosti v instituci-„zpívánky“...

Celkové hodnocení spolupráce a dosažení předsevzatého úkolu, námětu.

Domov U Spasitele

Vznik a vývoj

Domov „U Spasitele“ ve Frýdlantu byl zřízen Diakoníí a misií Církve československé husitské (dále jen CČSH) dne 31.3.1993, jako účelové nestátní sociální zařízení, určené pro staré občany a dospělé osoby s mentálním nebo tělesným postižením.

Církvi čsl. Husitskou byla posléze Domovu udělena právní subjektivita a od 1.1.2004, zahajuje činnost jako církevní právnická osoba pod názvem *Domov „U Spasitele“, středisko DM CČSH* a s přiděleným identifikačním číslem 73632790.



Historie budovy

Budova byla postavena na přelomu 19. a 20. století jako sídlo rodiny Zimmermannovy, místního rodu textilních průmyslníků. Postupem času byla využívána k mnoha účelům, nakonec však zůstala v dezolátním stavu opuštěna. Později byla bezplatně převedena církvi CČSH za účelem vybudování v jejích prostorách již zmiňovaného zařízení. Stala tak součástí areálu kostela církve CČSH a přilehlé budovy farního úřadu.

Farář Ivo Šimůnek, který zde v té době působil, kontaktoval evangelickou církev, se sídlem v Katvijku v Holandsku a jejího finančního příspěví, na kterém měla

částečně podíl i sama tehdejší královna Juliana, se budova kompletně zrekonstruovala a v dubnu 1993 se opět zprovoznila jako *Domov „U Spasitele“*. Jeho kapacita (30 obyvatel) byla díky vysoké poptávce okamžitě zaplněna, ale po určité době se začala jevit jako nevyhovující. (Např. v pokojích, které byly vhodné svou velikostí pro dva klienty, bydleli klienti tři, apod.) Tento stav vedl k vyprojektování, a v roce 1996 vystavění nové přístavby, která byla svou velikostí rovna staré budově a zvýšila tak kapacitu i kvalitu ubytování na celkových celoročních 45 pobytových míst. Tato výstavba by však finančně byla nerealizovatelná, bez opětovného příspěví finanční pomoci členů evangelické církve v Katvijku a holandských občanů z veřejné sbírky odvyšilané v tamní televizní stanici. Domov „U Spasitele“ je dodnes s touto církví v Holandsku v přátelském kontaktu



se

za

Umístění

Domov „U Spasitele“ je umístěn v klidném prostředí, poblíž centra města Frýdlant v Čechách v libereckém kraji. To napomáhá klientům být přirozenou součástí místního společenství, využívat místní instituce a udržovat vztahy s rodinou a známými.

Okolí Domova tvoří rozlehlá zahrada se vzrostlými stromy, lavičkami, altánkem a kašnou, pozvolna přecházející do parkového areálu kostela U Spasitele a fary, týčící se na návrší nad celým Domovním objektem.

Charakteristika

Zaměření

Zařízení poskytuje služby seniorům starším 65 let, případně v omezené míře i zdravotně postiženým osobám, kteří nemohou, vzhledem ke snížení soběstačnosti a svému zdravotnímu stavu, zůstat v domácím prostředí ani za pomoci ostatních dostupných služeb. Služba je zaměřována především na klienty Frýdlantska. Zařízení však nemůže přijímat osoby, jimž není schopno zajistit speciální odbornou péči (*podrobněji viz Podkapitola 3.3.2*).

Posláním Domova „U Spasitele“, dále jen DUS, je pečovat o seniory, s cílem co nejdéle zachovat jejich tělesnou a psychickou kondici, podporovat smysl jejich života, vytvářet podmínky pro důstojný život, zajišťovat služby dle ohledem na možnosti, přání a potřeby uživatele, při zachování vlídnosti, důstojnosti a respektování práva klienta, o sobě svobodně rozhodovat.

Činnosti Domova

Kapacita, ubytování a jeho hrazení

Kapacita Domova je 45 celoročních míst. Klienti jsou ubytováni ve třech jednolůžkových, osmnácti dvoulůžkových a dvou trojlůžkových pokojích. Po dohodě si mohou klienti část pokojů vlastním zařízením, na které byli zvyklí, z původního domova.

Počet obyvatel je 44, z toho 14 mužů. Jejich průměrný věk dosahuje 82,5 let. Trvale upoutáno na lůžko je 6 klientů, mobilních, za pomoci druhé osoby nebo technických

pomůcek, je 30 klientů a dietní stravování má předpsáno 26 klientů (včetně diabetiků). Sociální zařízení jsou společná.

Úhrada za pobyt je stanovena ve výši 85% výměry důchodu klienta.

Poskytované služby

Klientům je zajišťována celoroční, nepřetržitá, pravidelně plánovaná služba, jež spočívá v poskytování:

- stálého ubytování a souvisejících služeb (stravování, praní prádla, zajištění kadeřníka, masérky a pedikérky, odvoz k lékaři, pomoc při nákupu osobních věcí, apod.).
- nepřetržité zdravotní péče a ošetrovatelské služby
- nabízených aktivit pro trávení volného času ve výtvarné a keramické dílně, v klubovně, na zahrádce se záhony, v kuchyňce či ve společenské místnosti s počítačem a televizí (pěstování květin a zeleniny, keramika, pletení košíků, drobné ruční práce, malování a kreslení, poslech živé i reprodukováné hudby, zpěv, tělesná cvičení s rehabilitačními pomůckami, apod.).
- společných zájezdů vlastním minibusem či objednaným autobusem (Např. do Jánských lázní, výlety do okolí, do ZOO, botanické zahrady, Babylonu v Liberci, na zámek Frýdlant i Sychrov).
- kulturních akcí jak uvnitř Domov, tak i vně (kavárna, která je občas i s živou hudbou a tancem, zabijačkové hody, různá estrádní představení, vystoupení dětí, pálení čarodějnic a opékání buřtů, oslavy narozenin klientů, nadílka od Mikuláše a jeho družiny, návštěva Valdštejnských slavností, kde má Domov svůj vlastní stánek s prodejem výrobků klientů Domova. aj.).
- péče o křesťanský život věřící části obyvatelů, každou středu se konají v DUS Pobožnosti, na kterých se střídají duchovní z jiných církví a o sobotách se konají ranní Pobožnosti, vedené

duchovním z CČSH. V neděli se obyvatelé mohou zúčastnit Bohoslužeb v Kostele Krista Spasitele.

Budova je vybavena osobním výtahem a schodišťovou plošinou pro vozíčkáře. Velmi špatně pohybliví klienti se koupají ve speciální vaně s hydraulickým zvedákem. Další cennou součástí vybavení jsou polohovací lůžka s elektronickým ovládáním. DUS dále disponuje osobním služebním vozem a minibusem.

Do DUS dochází pravidelně každé úterý lékař na vizitu, jednou za měsíc psychiatr a dvakrát za rok zubní lékař. Jinak dochází lékaři dle okamžité potřeby.

Stravování-jídla jsou připravována ve vlastní kuchyni, jsou s charakterem domácí stravy a klientům jsou podávána tři hlavní jídla a odpolední svačiny ve dvou společných jídelnách.

Organizace neposkytuje služby osobám:

- které potřebují neustálý dohled
- alkoholikům, kteří pod vlivem alkoholu agresivním chováním narušují občanské soužití
- těžce tělesně postiženým, vyžadující rehabilitaci a speciální péči
- kterým nemůže být splněn osobní cíl a zajištěna požadovaná služba

Principy služby

Za tři nejdůležitější principy služby jsou považovány:

1. Respektování potřeb a přání klienta v souladu s možnostmi klienta a zařízení
2. Individuální přístup ke klientovi
3. Aktivizace klientů

Základem pro plánování průběhu služby, jsou osobní cíle, které si určí a může měnit uživatel.

Jako cestu k dosažení poslání si organizace stanovila následující cíle:

- poskytovat uživatelům kvalitní a potřebnou ošetrovatelskou péči
- podporovat vytváření domácího prostředí
- zajišťovat čisté a bezpečné prostředí
- podporovat uživatele při naplňování jejich přání a cílů

- podporovat a nabízet volnočasové aktivity
- podporovat kontakt s rodinou a známými
- umožňovat klientům volný pohyb

Je pomáháno klientům, kteří mohou nebo chtějí, po načerpání sil, znovu se začlenit do běžné společnosti, vrátit se k rodinám, či se osamostatnit natolik, aby služby Domova využívali jen v nezbytné míře.

Přímo u klienta se sleduje plnění jeho osobních cílů, začlenění do kolektivu, vytváření vztahů s ostatními klienty a personálem, zájem o dění v DUS, zapojení do aktivit, vedení k soběstačnosti.

Soupis zásad a práva uživatelů

Zaměstnanci Domova společně vytvořili následující soupis zásad, které chtějí při výkonu služby uplatňovat:

- respektování jedinečnosti uživatele
- uplatňování principu dodržování hranic
- dodržování dohodnutých postupů
- podporování uživatele v prožití klidného stáří a příjemných chvil, navzdory různým komplikacím, které s sebou vyšší věk přináší

Práva uživatelů

Definované oblasti práv, ve kterých by mohlo dojít k porušení práv uživatelů služby:

1. Právo na soukromí-zavírání dveří pokojů, nevcházení do pokojů bez zaklepání, uzamykatelné skříně (u uživatelů, kteří potřebují pomoc druhé osoby, je uklíženo v jejich přítomnosti), závěsy u umyvadel, uzamykatelné koupelny a WC.
2. Právo na utváření denního programu-k porušení nedochází, jsou nabízeny aktivity
3. Právo na kontakt s ostatními lidmi-k porušení nedochází
4. Právo klienta na vlastní rozhodování-nejsou jim nijak vnucovány cizí názory, s klienty není manipulováno
5. Právo na přiměřené riziko-při dbání určité opatrnosti je pohyblivým klientům umožňováno, aby se sami vykoupli, chodili po schodech, došli do města, absolvovali sami procházku po okolí, uvařili si kávu apod.

