

Michal Vostrý, Jaroslav Veteška et al.



Kognitivní rehabilitace seniorů

Psychosociální a edukační souvislosti

*Autoři publikace děkují za institucionální a finanční podporu
Pedagogické fakultě Univerzity Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem a České andragogické společnosti.*



Michal Vostrý, Jaroslav Veteška et al.

Kognitivní rehabilitace seniorů

Psychosociální a edukační souvislosti

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Michal Vostrý, Jaroslav Veteška et al.

KOGNITIVNÍ REHABILITACE SENIORŮ

Psychosociální a edukační souvislosti

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401

www.grada.cz

jako svou 8064. publikaci

Autorský kolektiv:

PhDr. Slavomil Fischer, Ph.D., MBA

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta

Mgr. Barbora Lanková

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta

doc. PhDr. Karel Pančocha, Ph.D.

Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta

prof. PhDr. Jiří Škoda, Ph.D.

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta

prof. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D., MBA

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

PhDr. Mgr. Michal Vostrý, Ph.D.

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta

a Fakulta zdravotnických studií

MUDr. Pavla Zemanová

Psychiatrické oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Recenzovali:

prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Odpovědná redaktorka PhDr. Jana Chvojková

Sazba a zlom Antonín Plicka

Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka

Počet stran 176

Vydání 1., 2021

Vytiskla TISKÁRNA PROTISK, s.r.o., České Budějovice

© Grada Publishing, a.s., 2021

ISBN 978-80-271-4267-5 (ePub)

ISBN 978-80-271-4266-8 (pdf)

ISBN 978-80-271-2866-2 (print)

Úvod	9
1. Charakteristika fenoménu stárnutí a stáří	13
1.1 Teoretické vymezení a vědní rámec	13
1.2 Specifika vyššího věku	15
1.2.1 Definice stárnutí a stáří	16
1.3 Problematika stárnutí a stáří	18
1.4 Proces stárnutí a stáří	19
1.5 Kognitivní funkce seniorů	22
1.6 Problematika pomáhajících profesí	22
1.6.1 Syndrom vyhoření	24
1.7 Problematické sociální a biologické změny ve stáří	25
1.8 Potřeby seniorů	26
1.9 Polymorbidita u seniorů	28
1.9.1 Imobilita	29
1.9.2 Instabilita	30
1.9.3 Pády	30
1.9.4 Inkontinence	32
1.9.5 Poruchy rozumových schopností	33
1.10 Stáří a kvalita života na počátku 21. století	35
1.10.1 Sociologické proměny seniora a rodiny	36
1.10.2 Sexuální život seniorů	39
1.10.3 Podpora zdravého stárnutí	40
1.10.4 Motivace seniorů	41
1.10.5 Účelná komunikace	41
1.10.6 Pohyb a jeho přínos pro seniora	43
1.10.7 Volnočasové aktivity u seniorů	44
1.11 Postoj, reakce a adaptace na stáří	45
2. Péče o seniory na území České republiky	47
2.1 Historický pohled na péči	47
2.2 Současná situace v poskytování služeb	49
2.3 Postoje společnosti ke stáří (ageismus)	50
3. Psychologické a psychiatrické souvislosti procesu stárnutí a stáří	53

3.1 Stáří a životní změny z hlediska psychologie a psychiatrie	53
3.2 Problematika specifik v oblasti uspokojování potřeb	54
3.3 Problematika změn v oblasti kognitivních funkcí a afektivity	57
3.4 Problematika výskytu a rozvoje psychických poruch a onemocnění	59
3.5 Problematika psychologické péče a podpory	61
3.6 Psychologická a psychiatrická zamyšlení	64
4. Kognitivní, fatické a gnostické funkce seniorů	67
4.1 Fatické funkce	67
4.2 Gnostické funkce	68
4.3 Kognitivní funkce	69
4.3.1 Paměť	69
4.3.2 Poruchy paměti	71
4.4 Pozornost	74
4.5 Zrakově-prostorové schopnosti	75
4.6 Jazyk a řečové schopnosti	75
4.7 Myšlení	76
4.7.1 Poruchy myšlení	77
5. Problematika demence u seniorů	81
5.1 Klinické příznaky demence	81
5.2 Klasifikace demencí	83
5.3 Vyšetřovací metody u demencí z pohledu pomáhajících profesí	84
5.4 Alzheimerova nemoc	85
5.4.1 Klinický obraz Alzheimerovy nemoci	87
5.4.2 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy nemoci	90
5.4.3 Měřicí nástroje u osob s Alzheimerovou nemocí	91
5.4.4 Rehabilitační péče u Alzheimerovy nemoci	93
5.4.5 Vybrané kazuistiky seniorů s diagnózou Alzheimerova nemoc	101
6. Ucelená (komprehenzivní) rehabilitace	105
6.1 Léčebná rehabilitace	106
6.1.1 Ergoterapie	107
6.2 Pracovní rehabilitace	116
6.3 Sociální rehabilitace	117
6.4 Edukační rehabilitace a intervence u seniorů	118
6.4.1 Speciální pedagogika	120
6.4.2 Sociální pedagogika	121
6.4.3 Andragogika a gerontagogika	121

7. Kognitivní rehabilitace	127
7.1 Rehabilitace kognitivních funkcí	128
7.2 Psychomotorická terapie a moderní technologie	130
7.2.1 Psychomotorická terapie	130
7.2.2 Terapie za pomoci moderních médií	130
7.3 Testování kognitivních funkcí	131
8. Využití alternativních možností v rehabilitaci	133
8.1 Augmentativní a alternativní komunikace	133
8.2 Dramaterapie	137
8.3 Arteterapie	138
8.4 Bazální stimulace	139
8.5 Psychomotorická terapie	140
8.5.1 Cvičební jednotky	143
8.6 Rehabilitace kognitivních funkcí a využití informačních a komunikačních technologií	143
8.7 Zooterapie	144
8.7.1 Zooterapeutické metody	144
8.8 Reminiscenční terapie	148
8.9 Taneční terapie	149
8.10 Muzikoterapie	149
Závěr	151
Použité zdroje a bibliografie	153
Rejstřík	171

Dnešní doba nám poskytuje lepší životní a zdravotní podmínky. Díky těmto atributům můžeme říci, že se délka života prodlužuje, a lze zaznamenat i mnoho lidí v důchodovém věku, kteří stále pracují. Jde hlavně o jedince, kteří svůj život věnovali práci, je pro ně vším, zcela je naplňuje a dává jim smysl života. Právě cíl života, jasné vymezené morální a lidské hodnoty a zásady, pozitivní vztah k lidem a vnějšímu světu, sociální aktivita, pokora a slušnost jsou často jakýmsi motorem, generátorem síly a optimismu.

V souvislosti s prodlužující se délkou života však u starších lidí přibývá také nemocí. Jednou z nich, a to velmi závažnou, je syndrom demence, postihující kognitivní funkce. U člověka, který jím onemocní, se zpravidla vyskytnou nepříjemné změny v chování, jedinec se někdy může stát agresivním. V souvislosti s nemocí a jejím nástupem se mění život nejen danému člověku, ale i jeho rodině a blízkému okolí. Proto je tato situace náročná jak pro pacienta, tak pro jeho příbuzné a přátele.

Na otázku, kolik lidí v České republice trpí například Alzheimerovou nemocí, nelze úplně přesně odpovědět. Neexistuje relevantní výzkum, který by nám mohl poskytnout přesná data. Naše země disponuje statistikami, jež nám říkají, že v roce 2015 žilo na celém světě 46,8 milionu lidí s demencí. Daná studie uvádí, že lidé s demencí mají naději dožít 7 až 10 let poté, co byla stanovena diagnóza. Tato nemoc má stoupající tendenci a je možné, že v roce 2030 bude na zemi 74,7 milionu lidí trpících demencí (WHO, 2019).

Při srovnání je vidět, že v regionu střední Evropy, kam Česká republika patří, je nemocnost demencí nižší, než je průměr jinde na světě. Můžeme se podívat na evropský kontinent a členské státy Evropské unie. Lze vidět, že země, které přistoupily do EU v roce 2004 společně s námi, vykazují nižší prevalenci demence, než je průměr EU. Tento průměr byl v roce 2013 na úrovni 1,55 %. V ČR činil 1,39 %, v roce 2014 už 1,45 % a v roce 2015 dosáhl hodnoty 1,48 %. Z výsledků je tedy zřejmé, že se blížíme evropskému průměru (ČSÚ, 2016).

Rozdíly v EU jsou poměrně velké, například Itálie má ve srovnání s Kypru dvojnásobnou prevalenci. Při stejné prevalenci demence, kterou vykazuje Itálie, by v České republice nežilo 156 tisíc, ale téměř 220 tisíc lidí s demencí. Průměrná evropská prevalence by v našich podmínkách byla asi 163 tisíc obyvatel s demencí. Předpokládá se, že počet lidí s demencí u nás však bude narůstat (Mátl et al., 2016).

Z výše zmiňovaných údajů vyplývá, že se navyšuje počet seniorů a s tím spojených komplikací, mezi které řadíme také demence – v první řadě Alzheimerovu chorobu. Otázka stárí a demence se tak stává celosvětovým tématem nejen z pohledu ekonomického, ale také zdravotnického. Tento problém taktéž zasahuje do oblasti sociální. Například přímo v Ústí nad Labem jsou instituce, které těmto klientům umožňují dlouhodobý pobyt, zcela naplněny a lhůta na umístění klienta se průběžně navyšuje. Aktuálně se čekací doba pohybuje okolo tří let. Podobný problém můžeme zaznamenat i v jiných regionech. Kromě přímého medicínského působení se však do popředí dostávají také tzv. pomáhající profese, které se v této problematice mohou plně a účinně realizovat.

Velké zastoupení lidí se syndromem demence v rámci rezidenčních zařízení dokazují i data získaná z hloubkového šetření v jedenácti pobytových zařízeních v ČR. Z těchto jedenácti rezidenčních zařízení devět poskytuje vedle klasické služby Domov pro seniory (DS) další část lůžkové kapacity v rámci sociální služby Domov se zvláštním režimem (DZR). „Výsledky tohoto šetření ukazují, že v rámci služby DZR má 91 % a v rámci služby DS 67 % klientů diagnostikováno syndrom demence“ (Vaňková a kol., 2013, s. 112). Je tedy žádoucí, „aby odborné vedení jakékoliv andragogické intervence vůči těmto lidem specifika demence do budoucna významněji reflektovalo“ (Novotný, 2017, s. 20). Proto na základě interdisciplinárního přístupu přikládáme klíčovou roli andragogice a gerontagogice, které přinášejí poznatky z oblasti edukace seniorů se zřetelem na didaktické, psychodidaktické a speciálně-pedagogické souvislosti.

V této publikaci se primárně zaměříme na speciálněpedagogická východiska a kontexty. Domníváme se, že speciální pedagogika a speciální andragogika mají velký potenciál realizovat u těchto klientů kvalitní intervenci, jako je tomu u sociální pedagogiky či ergoterapie. Abychom vytvořili jednotný přístup, bude vše zastřešeno ucelenou rehabilitací, která se zaměřuje na různá postižení či onemocnění bez ohledu na věk, pohlaví atp.

Teoretická část publikace seznámí čtenáře s popisem seniora, charakteristikou stárí a stárnutí. Také se zaměří na konkrétní problémy, které jsou spojeny se seniorským věkem, a mohou tak být limitující pro správně nastavenou edukační a rehabilitační intervenci¹.

¹ Intervenční rehabilitace je moderní postup uplatňovaný v terapii poruch pohybového ústrojí zejména tam, kde klasická konzervativní kinezioterapie selhává (srov. Horák et al., 2014).

Výzkum a jeho výsledky prezentované v textu byly realizovány a publikovány v rámci rigorózní práce, která plynule navázala na předchozí výzkumy, jež byly k této problematice již uskutečněny (viz Vostrý et al., 2018). První výzkumná studie se zaměřovala na efektivitu edukačních intervencí u Alzheimerovy choroby (2016), druhá na speciálněpedagogickou intervenci jako součást edukace osob s demencí (2017). V obou výzkumech byl vybrán vzorek dvaceti seniorek, které odpovídaly předem zvoleným kritériím. Následně byly rozděleny do skupiny experimentální (aktivní podílení se na intervenci) a kontrolní (pasivní podílení se na intervenci).

Pomocí standardizovaných testů bylo provedeno vstupní vyšetření s následnou komparací dat z výstupního vyšetření po půlroční systematické intervenci. Cílem bylo poukázat zejména na efektivitu edukačních přístupů, které mají pozitivní vliv na seniory. Ve výzkumu bylo rovněž použito moderních technologií (tablety, herní konzole, notebooky), jež se staly vhodným doplňkem terapie.

Rádi bychom na tomto místě poděkovali recenzentům, kteří svými připomínkami přispěli k vylepšení rukopisu této publikace. Zvláštní poděkování patří MUDr. Zdeňku Kalvachovi, CSc., se kterým jsme intenzivně konzultovali zejména lékařskou terminologii. Respektovali jsme i jeho doporučení vyvarovat se směšování seniorů jako velmi heterogenních starších dospělých lidí (jejichž zájmem je plná participace, seberealizace, neodlišování od ostatní dospělé populace atd.) a seniorů jako omezeně soběstačných či zcela nesoběstačných, převážně velmi starých lidí (imobilních, se syndromem demence), tvořících menšinu kalendářně seniorského celku (jejichž zájmem je péče, institucionalizace apod.).

Dovolte nám uvést jednu inspirativní myšlenku, kterou ve své předmluvě ke knize *Cesta životem* využil Pavel Říčan (2006). Jde o původní text jedinečného dramatika Williama Shakespeara a je ve své podstatě do jisté míry analogický s Eriksonovou koncepcí periodizace psychického vývoje člověka (Erikson, 1998 a 2014): „Celý svět je jen scéna a muži, ženy, všichni jsou jen herci [...] a jeden herec hraje v sedmi aktech až sedm úloh. Nejprv nemluvnátko [...]. Pak žádka [...]. Pak zamilovaného [...]. Pak vojáka [...], hráče, rváče [...]. Pak pana sudího s kulatým bříškem [...]. Tak hraje, hraje, až v šestém aktu přehraje na dědka [...]. Sedmý akt, jímž smutně napínavý děj se končí, je čiré zapomnění: pryč a pryč je zrak a sluch a čich a chuť a všechno.“ (Shakespeare, 1962)

za autorský kolektiv
Michal Vostrý a Jaroslav Veteška

1. Charakteristika fenoménu stárnutí a stáří

1.1 Teoretické vymezení a vědní rámec

Senior, stárnutí a stáří jsou v moderní vědě předmětem zájmu řady vědních disciplín – geriatrie, demografie, sociální gerontologie, andragogiky, gerontagogiky, psychologie, sociální andragogiky a pedagogiky, speciální pedagogiky a dalších. Proto má tato specifická problematika výrazný interdisciplinární, resp. multidisciplinární charakter a nelze ji studovat odděleně (Veteška, 2017). Navíc ji musíme nahlížet i sociálně-ekonomickou a politickou optikou, jež významně ovlivňuje legislativu a přijímané strategické koncepce pro oblast stáří a stárnutí. Zásadní pro studium uvedené tematiky je oblast lékařských věd, které se věnují člověku z pohledu nemoci. Právě hranice mezi zdravím a nemocí je podle Vetešky (2017) určitým mezníkem, kdy a jak se seniory odborně pracovat.

Gerontologie je věda zabývající se stárnutím a stářím. Weber et al. (2000) ji charakterizují jako „novou gerontologii“, jejímž cílem není jen zabývat se degenerativními onemocněními ve stáří, ale také základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční schopnosti a zdatnosti daného jedince. Weber et al. (2000) dále ukazují na fakt, že mezi jednotlivými procesy tzv. normálního stárnutí a chorobnými pochody lidského organismu jsou významné rozdíly. Byla zjištěna rizika, která vznikají jako důsledek fyziologických pochodů ve stáří (např. vyšší krevní tlak, obezita a hyperglykemie).

Moderní, tj. dnes převažující terminologické vymezení a dělení gerontologie přinášejí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012):

- gerontologie experimentální (zabývá se studiem procesů a příčin stárnutí; je chápána jako součást biologie; její významnou součástí je výzkum psychických změn a schopností v průběhu stárnutí a ve stáří);
- gerontologie klinická (je označována též jako geriatrie; zabývá se zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří);
- gerontologie sociální (zabývá se existencialitou a životem ve stáří, interakcí mezi seniory a společností, stárnutím společnosti; studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku a společností, věnuje se prevenci předčasného a patologického

stárnutí, snaží se vytvářet zdravé stárnutí pomocí dostatečné seberealizace a participace, prodlužovat seniorům vlastní soběstačnost a umožňuje i poskytování podkladů ke tvorbě politik týkajících se populace seniorů, solidarity mezi generacemi a stability veřejných rozpočtů).

Řada studií kombinuje poznatky z mnoha oborů, jako jsou fyziologie, epidemiologie a také sociologie. Dále je porovnávají s behaviorálními aspekty a pátrají po možnostech, jak udržet a zlepšovat fyziologické a mentální funkce daného jedince. „Nová gerontologie“ usiluje o prodloužení doby aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život (Matějovská, 2006; Malíková, 2011).

Další klíčovou disciplínou je **geriatrie**, která je dle Malíkové (2011) samostatným klinickým lékařským oborem a vyznačuje se interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. Vzhledem ke stárnutí populace dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. To znamená, že se senioři vyskytují stále ve větším zastoupení, a to téměř ve všech lékařských oborech. Podle Kalvacha et al. (2004) má geriatrie výrazný interdisciplinární charakter, jehož cílem je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště usiluje o snižování chronické disability² a nemocnosti v pokročilém stáří. Věnuje se zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvracení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012; Kalvach et al., 2004).

Cílem tohoto oboru je najít optimální zdravotní a funkční stav seniorů, a uchovat tak jejich dobrou kondici. Obor cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stáří, důležitým cílem je tedy zajistit vysoce odbornou úroveň léčby jednotlivých onemocnění. Velká pozornost je věnována rozvoji a kvalitě dlouhodobé péče, jejíž součástí je rehabilitační ošetrovatelství (Matějovská, 2006; Hudáková, Majerníková, 2013). Geriatrie zkoumá, jaký zdravotní a funkční stav má vlastně stáří, respektive se věnuje i různým chorobám a onemocněním, které se starých lidí týkají (Theleová, 2010).

Příbuzným pojmem pak je gerontosociologie – tato věda zkoumá, jaké jsou sociální kategorie stárnutí a stáří.

² Pojem chronická disabilita znamená „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (definice dle MKF, 2010, s. 9). Jedná se o porušenou schopnost, nejčastěji ve smyslu invalidity či handicapu v oblasti hybnosti (motorická disabilita), smyslového vnímání (senzorická disabilita) či myšlení (kognitivní disabilita).

Setkáme se rovněž s obory gerontagogika (více viz Veteška, 2016a a 2017) a andragogika (Veteška, 2016). Ty se věnují především tomu, jak se senior učí, co ho k učení motivuje a co učením získává. Andragogika, jež zahrnuje výchovu, rozvoj a vzdělávání jedinců v dospělosti, zastřešuje prakticky všechny pojmy, které se týkají vzdělání jedinců ve starším věku. Zkoumá, jak se senior dokáže učit a také jaké různé formy učení jsou pro něj svým stylem vhodné a přínosné (více viz oddíl 6.4.3).

Celkově bychom do oblasti pojmů o stáří určitě neměli opomenout zařadit ani gerontopsychologii a gerontopsychiatrii. Jak lze vyvodit, gerontopsychologie je věda zahrnující psychologická specifika stárnutí a stáří. Zkoumá tedy zvláštnosti osobnosti jedince ve stáří, zatímco gerontopsychiatrie, jako odvětví psychiatrie, se zabývá diagnostikou, terapií, prevencí a výzkumem psychických poruch seniorů (Jiráček et al., 2013). Psychika stárnoucího člověka se pochopitelně mění. Jak uvádějí Jiráček et al. (2013), v tomto období života se přidává řada etiologických i rizikových faktorů vzniku duševních poruch. Mezi etiologické patří např. faktory organické, včetně somatických poruch, vlivu terapie, změn tělesných tkání daných věkem a poruch smyslů. Z oblasti rizikových faktorů můžeme zmínit např. nepříznivé životní okolnosti (ztráta životního partnera, zhoršení ekonomické situace, změna společenského postavení aj.).

1.2 Specifika vyššího věku

Ondrušová (2011, s. 9–11) uvádí, že „stáří je přirozenou etapou lidského života. Téma stárnutí a kvality života ve stáří, jeho naplněnosti a smyslu se týká každého dospělého jedince. V důsledku demografického stárnutí se výrazně mění struktura celé společnosti. Na celém světě a ve vyspělých zemích obzvlášť přibývá starých lidí. Také v České republice narůstá počet seniorů a pokračování této tendence lze očekávat i v budoucnosti.“ Život nás všech probíhá od narození až do momentu smrti v určitých vývojových etapách. Každá z těchto etap má svá pravidla ovlivňující kvalitu, průběh a rozsah našeho života a my se jim musíme někdy i zásadním způsobem přizpůsobit a zohlednit je. To se týká i období stárnutí a stáří.

Často je stáří všeobecně chápáno spíše negativně, a to z pohledu ztrát možností a radostí ze života, naděje, optimismu a kvůli různým omezením. Stáří však takové být nemusí. Naopak. Pro mnoho lidí je stáří jedním z nejkrásnějších období života, jelikož mají možnost realizovat vše, co zatím z různých důvodů nestihli. Člověk, který umí využít šancí každého dne, umí také zdravě a pohodlně stárnout. Proto se hovoří o umění stárnout (Malíková, 2020).

1.2.1 Definice stárnutí a stáří

Malíková (2011) uvádí několik definic stáří, předkládáme pouze dvě vybrané:

- Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje jedince. Je chápáno jako přirozené období života člověka, vydělované vůči životním obdobím dětství, mládí a době zralosti. Stáří není nemoc, nýbrž přirozený proces změn, které probíhají po celý život, ale jsou zřetelnější v pozdějším věku.
- Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných ostatními faktory, jako jsou choroby, způsob života a životní podmínky, a dále je spojeno s řadou důležitých sociálních změn, např. osamostatněním dětí či změnami v sociálních rolích.

Stárnutí pak Malíková (2020) definuje takto:

- Stárnutí je seskupení změn ve struktuře a funkcích organismu, podmiňující jeho zvýšenou zranitelnost, dále pokles schopností a výkonnosti jedince, které vyvrcholí v terminálním stadiu a smrti.
- Stárnutí je plynulý a přirozený fyziologický proces, kdy dochází ke změnám v organismu a také v psychice člověka.
- Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývoje každého individua. Je to proces, při kterém dochází k degenerativním, morfologickým a funkčním změnám v jednotlivých orgánech. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jedná se o multifaktoriální typ dědičnosti.

Stárnutí je tedy jakási akumulace změn jedince v průběhu času, jde o multi-dimenzionální proces fyzické, psychické a sociální změny.

Například reakční doba se může s věkem zpomalit, zatímco znalost světových událostí a moudrost se mohou rozšířit. Výzkumy ukazují, že i v pozdním věku existuje u člověka potenciál pro fyzický, duševní a sociální růst a pro jedinečný rozvoj osobnostní i profesní (Veteška, 2017). Stárnutí je důležitou součástí všech lidských společností, odráží biologické změny, kulturní a společenské konvence. Každý den zemře na celém světě zhruba 100 tisíc lidí na příčiny související s věkem (Malíková, 2020).

Nováková (2011) uvádí, že stáří není nemoc, ale normální a nevyhnutelný proces ve vývoji člověka. Stárnutí je tedy stav, který začíná již od narození jedince. U každého člověka stárnou postupně všechny orgány, nestárnou však najednou. Stárnutí tělesné a duševní proto nepostupují souběžně.

Stárnutí a stáří obvykle rozdělujeme na tato období:

- stárnutí (60–74 let),
- vlastní stáří (75–89 let),
- stařeckost (nad 90 let, tzv. dlouhověkost).

Statistické hodnocení délky lidského života je následující:

- **kalendářní věk** – věk, podle něhož je člověk tak starý, kolik let uplynulo od jeho narození;
- **biologický věk** – věk, který znamená míru opotřebení organismu a projevuje se úbytkem jednotlivých tělesných a duševních funkcí jedince.

Čevela et al. (2012) toto téma doplňují o tři podoby stáří a stárnutí. První je úspěšné stárnutí a zdravé aktivní stáří, kdy se zdravotní, funkční i psychický stav přizpůsobí stáří a ekonomická situace jedince odpovídá nárokům na prostředí a sociální situaci. To umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci až do dlouhověkosti.

Dále se jedná o obvyklé stárnutí a stáří, kde se objevuje nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním, funkčním a psychickým stavem jedince. Následkem je nedostatečná spokojenost, seberealizace nebo participace. V takové situaci se v naší společnosti v současné době nachází množství občanů z této věkové skupiny.

Posledním bodem je patologické stárnutí. Zde se jedná o zdravotní a funkční stav, kdy je adaptace, participace, seberealizace a spokojenost jedince významně horší, než odpovídá obvyklé situaci jeho vrstevníků. Objevuje se dřívější nástup chorob a je přítomna závažná disabilita, dochází k maladaptaci, rezignaci, sociální exkluzi a ztrátě soběstačnosti (Kalvach, 2008).

Malíková (2011) nicméně stárnutí dělí pouze na dva typy. Prvním je fyziologické stárnutí, které má přirozený průběh a tvoří normální součást života člověka. Jedná se o zákonitou epochu ontogeneze, což znamená vývoj jedince od samotného oplození až po jeho zánik. Druhým je stárnutí patologické, které se může projevovat různými způsoby, např. předčasným stárnutím nebo nerovnováhou mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy je věk kalendářní nižší než věk funkční. Na rozdíl od fyziologického stárnutí se navíc projevuje sníženou soběstačností.

1.3 Problematika stárnutí a stáří

Senior je často chápán jako důchodce, tedy jedinec, který v rámci opuštění své práce (ukončení trvalého pracovního poměru) vstupuje do důchodu. Důvodem je naplnění věkového limitu a tím splnění podmínek stanovených zákonem pro odchod do důchodu. Tento přechod lze tedy chápat jako sociální vstup do fáze stáří (označované jako sociální stáří). Z historického pohledu museli dříve lidé pracovat do pozdních fází života a měli podstatně kratší naději dožití (Kalvach, 2009). V 19. století se však tento trend začal měnit a dnes je již legislativně stanoveno, kdy daný jedinec může do důchodu nastoupit (Špatenková, Smékalová, 2015).

Mlýnková (2011) uvádí všeobecně známý fakt, že v České republice narůstá počet seniorů, kteří potřebují pomoc v oblasti sociální, ale také zdravotní. Jako jediné kritérium, jímž lze formálně posuzovat to, zda někdo senior je, nebo není, je kalendářní věk jedince. Jako obvyklá hranice je pak univerzálně nastaven věk 60 až 65 let. Takto stanovená věková hranice však přináší jisté komplikace, a to především do budoucna. Můžeme zde identifikovat celou řadu problémů souvisejících s prodlužující se délkou života, kvůli nimž bude nezbytné tuto věkovou hranici revidovat (Ondráková, 2012).

Dnešní doba umožňuje a poskytuje široké množství služeb, které pomáhají starším lidem s omezenou soběstačností zlepšit jejich kvalitu života. Mezi takové instituce řadíme domovy s pečovatelskou službou, komunitní centra či také stacionáře. Doménou těchto institucí je především zlepšit kognitivní funkce seniorů, a udržet je tak dlouhodobě samostatné. Nedílnou součástí poskytované péče je i podpora a rozvoj motorických funkcí jako takových (Nikmata, 2015).

Jednou z možností, jak s těmito klienty pracovat, je naplnění podstaty ucelené rehabilitace (též komprehenzivní rehabilitace), která spojuje odborníky napříč léčebnou, pracovní, sociální a – pro nás stěžejní – pedagogickou oblastí (Votava, 2003). Křivohlavý (2010) uvádí, že se v průběhu života mnohé mění, ubývá sil, ale jedno jde opačným směrem – „duchovní obzor“, který se naopak se zvyšujícím věkem rozšiřuje. Zdůrazňuje, že v žebříčku hodnot získává na hodnotě, tj. významu, především láska, úcta a respekt.

Je zajímavé vysledovat z dostupných informací, jaké je v Evropě zastoupení populace seniorů ve věku 65 a více let. Například v roce 2016 dosahuje Česká republika průměrné hodnoty 18,3 %. Nejvyšší hodnotu, a to 22 %, má Itálie, naopak nejnižší Turecko – 8,2 %. Naši hraniční sousedé jsou na tom následovně: Německo 21,1 %, Polsko 16 %, Slovensko 14,44 % a Rakousko 18,5 %. Pro zajímavost lze dále zmínit tyto země: Dánsko 18,8 %, Irsko 13 % a Francii 18,8 % (ČSÚ, 2018).