



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



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Gerontologie pro speciální pedagogy

Distanční studijní text

Pavel Mühlpachr

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Pedagogika, andragogika, speciální pedagogika, speciální andragogika, sociální andragogika, sociální pedagogika, gerontologie, gerontopedagogika, sociální práce.

Klíčová slova:

Gerontopedagogika, seniorská populace, gerontologie, gerontologie experimntální, gerontologie klinická, geriatrie, gerontagogika, chrám, iatreia, robur, hospital, xenodochium, agapa, exorcismus, renaissance, sociální aspekt, Loď bláznů, osvícenství, internace, domovské právo, novověk, princip strachu, ústavní zařízení, azyl, ústavní péče, poloústavní péče, hospicová péče, deprivanční syndrom, hospitalismus, vzdělávání světa, filozofická východiska, filozofie života, humanismus, diverzifikovanost, globální problém lidstva, globalizace světa, celoživotní vzdělávání, andragogika, integrální andragogika, postproduktivní věk, Lidová univerzita, Akademie třetího věku, Klub aktivního stáří, Univerzita třetího věku, senioři, stáří, domácí násilí, intervence, prevence, ochrana obětí, informovanost, konfrontace pachatele, typologie agresivního zacházení, syndrom závislosti, teorie vzniku závislosti, diagnostická kategorie zneužívání látek, abúzus látek, závislost na látkách, epidemiologie závislosti, terapeutické strategie, sexuální život, sexuální dysfunkce, sexuální apetence, dyspareunie, algopareunie, sexuální delikvence, umírání, smrt.

Anotace: Učební text je koncipován jako základní text vztahující se ke společenskovědnímu základu studia speciální pedagogika a speciální andragogiky. Gerontologie jako taková je velmi široce chápanou disciplínou mající řadu subdisciplín. Učební text se nevěnuje zdravotnické péči - té se věnuje geriatrie v rámci lékařství, ošetrovatelství či paliativní péče.

Předložený text se věnuje čtyřem základním tématům. V první kapitole je realizován exkurz do tzv. epistemologické problematiky, tedy do základů vědní disciplíny. Patří sem terminologické vymezení, historiografické vymezení, interdisciplinární kontexty apod. Druhá kapitola je ojedinelá, je průnikem gerontologie a speciální pedagogiky a věnuje se problematice ústavní péče, vývoji ústavní péče a specifickým aspektům ústavní péče. Ta se nejvíce dotýká právě postižených a seniorů. Třetí kapitola je rovněž interdisciplinární a je průnikem spolu s gerontopedagogikou. Věnuje se ryze vzdělávání seniorů. Poslední kapitola má svoji specifikaci v problematice, která má charakter tabuizace – umírání, smrt, sexuální život seniorů, závislostní chování seniorů a další.

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Recenzovali:

- © prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D., 2019
- © Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019

ISBN

Obsah

ÚVODEM.....	7
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	8
1 EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA SPEC. GERONTOPELAGOGIKY	10
1.1 Filozofická a historiografická východiska	11
1.2 Teoretická a terminologická východiska.....	12
1.2.1 Rizika seniorské populace.....	13
1.2.2 Gerontologie	14
1.2.3 Geriatrie	15
1.2.4 Gerontopedagogika v užším slova smyslu.....	15
1.2.5 Gerontagogika v širším slova smyslu	15
1.3 Metodologická východiska	16
2 ÚSTAVNÍ PÉČE JAKO FORMA SOCIOEDUKATIVNÍ POMOCI	21
2.1 Vývoj ústavní péče	22
2.1.1 Období prvních civilizací.....	22
2.1.2 Antická společnost	23
2.1.3 Středověké pojetí ústavní péče.....	24
2.1.4 Renesance	26
2.1.5 Osvícenství.....	27
2.1.6 Novověk.....	30
2.1.7 Současnost.....	33
2.2 Charakteristika ústavní péče.....	33
2.3 Ústavy z hlediska životní dráhy jedince.....	35
2.4 Rizika ústavní péče.....	37
2.5 Typologie ošetrovatelských intervencí u seniorů.....	38
2.5.1 Přijímání klientů do ústavů sociální péče	39
2.6 Hospicová péče	40
2.7 Aktuální problémy ústavní péče v České republice	42
2.8 Současný stav v ústavech pro seniory v České republice	43
2.8.1 Klientela v ústavech pro seniory	44
2.8.2 Poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory.....	45
2.8.3 Organizace a řízení ústavů pro seniory	46

2.8.4	Financování ústavů pro seniory	47
2.8.5	Budovy ústavů pro seniory	47
2.8.6	Vybavení ústavů pro seniory	48
2.8.7	Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory	49
2.8.8	Plánování v ústavech pro seniory	49
2.8.9	Strategie financování ústavů pro seniory	50
2.8.10	Návrhy a opatření v oblasti ústavní péče o seniory	51
3	VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ JAKO FORMA SOCIOEDUKATIVNÍ INTERVENCE... ..	57
3.1	Filozofická východiska <i>Vzdělávání světa</i>	58
3.1.1	Filozofie života jako předpoklad existence.....	58
3.1.2	Obecná východiska koncepce <i>Vzdělávání světa</i>	58
3.1.3	Socio-ekonomické prostředí jako globální problém lidstva	59
3.1.4	Globalizace světa jako sociálně etický problém	60
3.1.5	Vzdělávání světa jako prostředek k řešení problémů	61
3.2	Učící se společnost jako sociální nutnost.....	62
3.3	Celoživotní vzdělávání v mezinárodních dokumentech.....	63
3.3.1	Společné myšlenky v těchto dokumentech	64
3.4	Andragogika – věda o vzdělávání a výchově dospělých.....	65
3.5	Koncepce integrální andragogiky.....	68
3.6	Vzdělávání v postproduktivním věku	70
3.6.1	Příprava na stáří – edukativní pohled.....	70
3.6.2	Tvůrčí schopnosti ve stáří	71
3.6.3	Kreativní myšlení a jeho rozvíjení ve stáří	72
3.7	Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku	75
3.8	Formy vzdělávání v postproduktivním věku.....	77
3.9	Univerzity třetího věku.....	78
3.9.1	Praxeologie gerontopedagogiky.....	81
4	TABU V SENIORSKÉ POPULACI	84
4.1	Senioři v kontaktu s institucí.....	84
4.1.1	Důvěřivé stáří.....	85
4.1.2	Podivínské stáří.....	85
4.1.3	Bláznivé stáří	85
4.1.4	Intelektově upadající stáří.....	85

4.1.5	Nesnášenlivé stáří	86
4.1.6	Odbřžděné stáří	86
4.1.7	Osamělé stáří.....	86
4.1.8	Senioři v kontaktu s policií	86
4.2	Senioři jako oběť domácího násilí	87
4.2.1	Klíčové problémy současného přístupu k domácímu násilí	88
4.2.2	Zásady prevence a intervence domácího násilí.....	89
4.2.3	Desatero o domácím násilí.....	91
4.2.4	Typologie agresivního zacházení se seniory.....	92
4.3	Psychologický dopad katastrofických událostí u seniorů	93
4.4	Syndrom závislosti u seniorů	95
4.4.1	Teorie vzniku závislosti	96
4.4.2	Epidemiologie závislosti ve stáří	99
4.4.3	Terapeutické strategie při syndromu závislosti ve stáří.....	100
4.5	Sexuální život ve stáří a jeho poruchy	101
4.5.1	Změny pohlavních orgánů ve stáří.....	102
4.5.2	sexuální dysfunkce ve stáří u žen.....	103
4.5.3	Sexuální dysfunkce ve stáří u mužů.....	105
4.6	Sexuální delikvence ve stáří.....	108
4.7	Umírání a smrt.....	108
LITERATURA		117
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY		119
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....		123

ÚVODEM

Předložený učební text si klade za cíl uvedení studenta do základní problematiky seniorské populace. V celosvětovém, evropské a rovněž tak českém prostředí se ukazuje, že počet seniorů roste a tento sociální jev sebou nese řadu nových sociálních fenoménů. Gerontologie nabývá na významu, a to jak v prakticistům, tak teoretickém kontextu. Gerontologii lze považovat za sociální vědu nejen svým zaměřením, ale především z pohledu její významné interdisciplinární a multidisciplinární konotace.

Předložený text představuje základní vhled pro studenty napomáhajících profesí, sociálně orientovaných profesí, pedagogické profese z toho nevyjímaje. Gerontologie se stala důležitou součástí sociální pedagogiky, speciální pedagogiky jakož i andragogicky orientovaných subdisciplín.

Vzhledem k tomu, že se jedná o základní text, na který budou navazovat další rozšiřující texty, není nutné ke studiu studijní opory přistupovat se specifickými vstupními požadavky. Pro zvládnutí předmětu postačí jako vstupní požadavek všeobecné středoškolské vzdělání, které se předpokládá pro zahájení studia univerzitního typu.

Studijní opora je zpracována didakticky tak, aby *per partes* uváděla studenta do základních teoretických znalostí gerontologie, zaměřuje se na témata, která mají ke speciální pedagogice velmi blízko. Základní problematika je terminologická a interdisciplinární. V další kapitole je pozornost věnována ústavní péči, která byla, je a bude nedílnou součástí speciálně pedagogické teorie a praxe. Následuje kapitola věnované problematice vzdělávání a osvěty seniorů a v poslední části textu jsou prezentována tabuizovaná témata seniorské populace, o kterých se dlouhá léta v laické i odborné literatuře nehovořilo a nepsalo.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Dynamičnost postmoderní společnosti je ještě umocňována stále rychlejším vědeckotechnickým pokrokem. Staří lidé díky svým životním zkušenostem, snahou pomoci a poradit byli dříve ceněni, znali rovněž dovednosti, které lze uplatnit i po půl století, tak tomu však dnes díky rozvoji vědy a techniky není: současná společnost se ve vztahu k seniorům se diametrálně liší od současného světa, dovednosti, tehdy potřebné, jsou nyní k ničemu, hodnotový systém se natolik transformoval, že rady dovednosti a zkušenosti seniorské populace již nejsou aktuální. Současná společnost se atomizuje, senioři tvoří ve společnosti až čtvrtou generaci (děti – rodiče – prarodiče - praprarodiče). To znamená existenci čtyř hodnotových a normativních systémů. Pod vlivem médií, informačních technologií a sociálních sítí se devalvují seniorské zkušenosti.

Z filozofického hlediska je však stáří zajímavým a důležitým obdobím. Mládí je věkem shromažďování rozličných dat, věkem horečné aktivity, kdy ctižádostivý člověk nemůže „pro stromy vidět les“. Filozofii však zajímá spíše smysl celku než každý jednotlivý detail, zaujímá tedy spíše pozici, která se distancuje od malicherné každodennosti a hledá něco, co (snad) je „za“ ní. Není však pravdou, že filozofie zcela přehlíží specifika jedinečného, pohlíží však na něj ne-pragmaticky a ne-instrumentálně, což je pohled pro mladého aktivního člověka naprosto neobvyklý. Starší lidé jsou zajímaví právě tím, že si z jakéhosi životního odstupu (a vlastně po částech během celého svého života, už od prvního pubertálního filozofování) vytvořili vlastní, autentickou osobní filozofii. V tom se značně liší od mladých lidí, kteří často podléhají módním ideologiím, které přijímají bez rozmyslu, bez toho, že by je skutečně osobně prožili a kriticky se s nimi vyrovnali. Filozoficky je zde zajímavý moment, že stárnoucí člověk si chtě nechtě musí budovat vlastní filozofii z perspektivy blížící se smrti. Přestává být období činů, úkolů a plánů, začíná být období jejich hodnocení.

Stáří byla věnována v průběhu vývoje lidstva pozornost především filozofická, v neposlední řadě také lékařská. Gerontopedagogika jako nedílná součást gerontologie se vymezila jako subdisciplína teprve v nedávné době (konec 20. století), a tudíž historické počátky této subdisciplíny jsou identické s počátky gerontologie. Gerontologie je však přírodní věda, věda, která se zabývá problematikou stárnutí a stáří. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Rozsah problémů zahrnuje mimo jiné biologické, lékařské, sociální a demografické aspekty procesu stárnutí a v posledních desetiletích i aspekty pedagogické, andragogické a speciálně pedagogické v podobě nově koncipované gerontopedagogiky.

Počátky gerontologie by nepochybně bylo možno nalézt již na úsvitu civilizace. Předchůdci lékařů si při provozování svého řemesla jistě uvědomovali souvislosti mezi stářím, nemocemi a smrtí. Stárnutí je sice problém daný stavbou a funkcí organismu, byla to však

civilizace, která udělala ze stárnutí hrozbu a problém. Tvorové žijící v drsných přírodních podmínkách umírají většinou dříve, než se stárnutí začne projevovat. To ovšem neznamená, že stárnutí u divoce žijících živočichů nemá svoji fylogenetickou funkci: stárnutí patří do systému mechanismů, které určují rychlost výměny generací a udržení optimální věkové struktury populace.

Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako proces celoživotní. Jedním z důležitých požadavků celoživotního vzdělávání je, aby příležitost k němu měli skutečně všichni. Cílem je vytvořit takové podmínky a vzdělávací příležitosti, aby lidé cítili potřebu vzdělávat se a zdokonalovat a také mohli a chtěli tuto svou potřebu uspokojit v průběhu celé své životní dráhy, tedy i v postproduktivním věku.

Že se člověk učí, pokud žije, a že se může a má učit i ve starším věku, je už dávno známo. Jako příklad můžeme uvést Komenského školu stáří, v níž se lidé mají učit moudře využívat výsledků své práce a správně prožívat zbytek svého života. Přesto však byly vzdělávací potřeby starších a starých lidí dlouhou dobu ignorovány. Svůj podíl na tomto stavu měla i věda o stárnutí a stáří, gerontologie, která spolu s gerontopsychologií vytvářela negativní obraz stáří. Tato etapa životní cesty byla spojována především s různými omezeními, nemocemi, ztrátami a z nich vyplývající pasivitou starších a starých lidí.

EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA SPEC. GERONTO- PEDAGOGIKY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Stáří byla věnována v průběhu vývoje lidstva pozornost především filozofická, v neposlední řadě také lékařská. Gerontopedagogika jako nedílná součást gerontologie se vymezila jako subdisciplína teprve v nedávné době (konec 20. století), a tudíž historické počátky této subdisciplíny jsou identické s počátky gerontologie. Gerontologie je však přírodní věda, věda, která se zabývá problematikou stárnutí a stáří. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Rozsah problémů zahrnuje mimo jiné biologické, lékařské, sociální a demografické aspekty procesu stárnutí a v posledních desetiletích i aspekty pedagogické, andragogické a speciálně pedagogické v podobě nově koncipované gerontopedagogiky.

Počátky gerontologie by nepochybně bylo možno nalézt již na úsvitu civilizace. Předchůdci lékařů si při provozování svého řemesla jistě uvědomovali souvislosti mezi stářím, nemocemi a smrtí. Stárnutí je sice problém daný stavbou a funkcí organismu, byla to však civilizace, která udělala ze stárnutí hrozbu a problém. Tvorové žijící v drsných přírodních podmínkách umírají většinou dříve, než se stárnutí začne projevovat. To ovšem neznamená, že stárnutí u divoce žijících živočichů nemá svoji fylogenetickou funkci: stárnutí patří do systému mechanismů, které určují rychlost výměny generací a udržení optimální věkové struktury populace.

U lidského druhu ovšem došlo s nástupem civilizace ke změně situace. Existenční podmínky se začaly zlepšovat a život se stával bezpečnějším. Více lidí se dožívalo vyššího věku, měnila se věková struktura populace a více jedinců se dožívalo věku, kdy se stáří již zřetelně projevovalo svými nepříjemnými důsledky. Tehdy se pravděpodobně poprvé začali lidé zajímat o příčiny stárnutí. Motivací byla a je zvědavost a přirozený strach ze smrti. Dokladem toho je touha po věčném mládí, kterou známe z nejstarších bájí a mýtů.



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámení studentů se základními principy vědecké disciplíny - gerontologie. Jedná se o pochopení daného tématu, nalezení interdisciplinárnosti a multidis-

ciplinárnosti gerontologie, o pochopení historiografických souvislostí gerontologie. Student získá kompetence porozumět dané problematice, nalézat sociální a speciálně pedagogické souvislosti. Tedy zejména se jedná o:

- Pochopení tématu.
- Porozumění tématu,
- Nalezení sociálních souvislostí gerontologie,
- Získat obecnou kompetenci v základech oboru.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Gerontopedagogika, seniorská populace, gerontologie, gerontologie experimntální, gerontologie klinická, geriatrie, gerontagogika

1.1 Filozofická a historiografická východiska

O elixír mládí usilovali alchymisté, a také oni se odvolávali na starší prameny, na knihy, o nichž se domnívali, že mají původ již ve starém Egyptě. Již v Bibli, v První knize Mojžíšově, je tomuto tématu věnována pozornost. Mimochodem závěr nezní příliš povzbudivě. Známy příběh o vyhnání z ráje, o Adamovi a Evě a o stromu poznání končí krátkým monologem Hospodina, který si jasně nepřaje, aby lidé byli nesmrtelní. Dokonce se toho obává (Ďoubal a kol., 1997).

I mezi antickými filozofy nacházíme řadu zajímavých myšlenek. Aristoteles považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, Hippokrates za důsledek ztráty vlhka. Pravděpodobně nejobsáhleji se v antickém období věnoval stáří Řek působící v Římě Galénos z Pergamu, považovaný ještě po celý středověk za vrcholnou lékařskou autoritu. Ve spise O udržení zdraví chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí považoval za ovlivnitelné životospřávou, a zvláště dietou. Zavedl pojem gerocomica (hygiéna a životospřáva). V metodách léčení popsal i zvláštnosti ošetřování stárců.

Platon chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek.

Sokrates se naopak obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat.

Cicero upozorňuje na to, že starý člověk musí prohloubit svoji sebekontrolu, aby nekresleně vnímal změny, které ho ve stáří čekají jak v jeho individualitě, tak v okolní společnosti.

Terentius vyslovuje příkrý, negativní výrok na stáří: *Senectus ipse est morbus* (samo stáří je nemoc) a Seneca tento výrok ještě prohlubuje: Stáří je nevléčitelná nemoc.

Středověk pohlížel na stáří negativně, a proto v té době panoval strach ze stárnutí a stáří. Bádání o stáří a úvahy o něm byly potlačeny na okraj zájmu společnosti.

Po více než 1500 let se objevovala jen sporadicky díla, převážně rekapitulující a modifikující zásady životosprávy a diety (Galenova východiska) k prodloužení života a ke zlepšení zdravotního stavu ve stáří.

V 17. století publikovali své názory na stáří např. Francis Bacon či Jan Amos Komenský. F. Bacon sepsal dílo *Hlavní požadavky pro zdravý a dlouhý život*, v nichž v duchu antické tradice doporučoval střídmost, prevenci předčasného opotřebování organismu. J. A. Komenský formuloval *Školu stáří* jako součást *Vševýchovy* a vydal eticko-filozofický spis *Metuzalem*, to jest o daru dlouhověkosti.

Až osvícenství s rozvojem lékařských věd rozšiřuje další poznatky na poslední věkovou etapu. Díla významných autorů mají medicínský charakter a medicínská dimenze u seniorské populace převládala až do 20. století. Koncem 19. století se formuje geriatrie, která se rychle rozvíjí až ve druhé polovině 20. století. V tomto období se také mohutně rozvíjí gerontologie, jejíž počátky jako samostatné vědní disciplíny lze spatřovat na počátku minulého století. Pedagogický, resp. andragogický pohled na seniorskou populaci se do popředí zájmu dostává až v 90. letech 20. století.

Koncepce celoživotního učení a celoživotního vzdělávání rozšiřují obzor gerontopedagogiky, která má charakter spíše didaktizující (např. Pöggeler). Aktuálnějším vymezením gerontopedagogiky je koncepce zaměřená na péči, pomoc a podporu jedinců v seniorské populaci v souvislosti se zvyšujícím se počtem seniorů a narůstajícím počtu nemocí mající epidemiologický charakter, dává podklad pro prosazování terapeuticky orientované intervence (např. Hansellmann).

1.2 Teoretická a terminologická východiska

Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy. Je velmi heterogenní, a to i v rámci jemnějšího chronologického členění a určitého regionu. Je to dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,

- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, expektací,
- různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy s nimi).

Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.

1.2.1 RIZIKA SENIORSKÉ POPULACE

K projevům a rizikům ohrožení patří např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěšňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním (např. ve skandinávských zemích žije osaměle 40% osob starších 60 let),
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikaci (nové aktivity, nová terminologie),
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,

- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen. V evropských zemích je mezi seniory staršími 60 let 12-17% vdovců, ale 37-51% vdov. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.

Ze všech zmíněných důvodů nabývají na významu následující disciplíny:

- gerontologie,
- geriatrie,
- gerontopedagogika v užším slova smyslu,
- gerontopedagogika v širším slova smyslu.

Stárnutím a stářím se z dílčích aspektů zabývá řada oborů a vědních disciplín. K účinnějšímu přenášení jejich poznatků do života je však potřebná větší integrace znalostí, jejich zobecňování, formulování obecných zákonitostí života ve stáří v celé jeho komplexnosti. Takový integrovaný komplexní pohled ztěžuje výrazně interdisciplinární, multidimenzionální charakter zkoumané a zpracovávané problematiky. Existenci obecné vědy o stáří brání metodologická roztříštěnost i širší záběr, která vylučuje jeho zvládnutí jedním člověkem do žádoucí hloubky. I do budoucna půjde o týmovou spolupráci různě zaměřených odborníků. Úkolem obecné vědy o stáří je především vytvářet předpoklady pro týmovou komunikaci, sjednocovat terminologii, definovat pojmy, identifikovat klíčové problémy a zpřístupňovat poznatky a pohledy každého dílčího oboru všem ostatním.

1.2.2 GERONTOLOGIE

Gerontologie samostatná vědní disciplína, nýbrž multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Mohutným impulsem pro rozvoj gerontologie jako typicky komplexní, multidisciplinární a multidimenzionální oblasti je kromě demografického vývoje tzv. nové paradigma věd.

Gerontologie se člení do tří hlavních proudů:

- **gerontologie experimentální (biologická)** - zabývá se otázkami, proč a jak živé organizmy stárnou. Dnes především na celulární a subcelulární úrovni,

- **gerontologie sociální** - zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Jde o širokou problematiku zahrnující demografii, sociologii, psychologii, ekonomii, politologii, právní vědy, urbanistiku, architekturu, pedagogiku (resp. andragogiku) i další oblasti,
- **gerontologie klinická** (geriatrie v širším slova smyslu) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu, vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.

1.2.3 GERIATRIE

V širším slova smyslu klinická gerontologie, pojem etymologicky odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatros (léčím), analogicky pojmu pediatrie.

V užším slova smyslu je v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) samostatným specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství a zabývajícím se kromě všeobecně interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami. Jádrem oboru není dlouhodobé ošetrovatelství, nýbrž zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.

1.2.4 GERONTOPELAGOGIKA V UŽŠÍM SLOVA SMYSLU

Je chápána jako pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří. Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání jsou dnes chápány jako proces celoživotní. Definujeme-li pedagogiku jako obecnou vědu o výchově a vzdělávání, pak pedagogika se zabývá dětmi a mládeží, andragogika dospělými a gerontopedagogika seniory. Pro všechny tři pedagogické subsystemy lze použít zastřešující pojem antropopedagogika. Takto profilované pojetí pedagogiky seniorů je v tomto smyslu překonané. Lze v určitých momentech uvažovat o výchovném působení na staré lidi, o sebevýchově a sebevzdělávání, o celoživotním vzdělávání, o učícím se jedinci, o vzdělávaném jedinci v průběhu celého života, tedy v dimenzích andragogiky, jejíž součástí gerontopedagogika je, nelze však výchovně vzdělávací aktivity (různého druhu) vyčleňovat z kontextu širšího pojetí.

1.2.5 GERONTAGOGIKA V ŠIRŠÍM SLOVA SMYSLU

je prezentována jako teoreticko empirická disciplína zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (mezi něž patří i ony vzdělávací potřeby) v nemedicínské dimenzi, ale paralelně s ní. Lze ji však chápat jako multioborovou disciplínu, ve které se prolínají poznatky především ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva.

Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou *funkční identitu*. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu, to se projevuje v celkovém fyzickém i duševním stavu jedince.

Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Mohou také zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatně se rozhodovat.

Současný životní styl a komplexní péče o seniory (zdravotní, sociální, pedagogická) způsobují prodloužení lidského věku a tím i fáze tzv. čtvrtého věku - věku závislosti, kde specializovaná intervence mající charakter péče, pomoci a podpory bude nezbytně nutná.

1.3 Metodologická východiska

Ústředním problémem vědy je pochopení světa, včetně nás samotných a našeho poznání jako součásti světa. Převládá názor, podle kterého nejvýznamnějším způsobem poznávání je poznávání vědecké. Tyto otázky jsou předmětem především epistemologie.

Co je však věda a co je vědecké? Vycházíme z přesvědčení, že vědecké poznání a vědecké objevy nejsou možné bez myšlenek spekulativní povahy, občas i bez počátečních mlhavých představ, které se samotnou vědou mají pramálo společného. Navzdory tomu věda bez nich pravděpodobně nemůže vzniknout, existovat a rozvíjet se. Pro rozvoj vědy a vědeckého poznání jsou však nevyhnutná specifická pravidla, metody a teorie těchto metod - metodologie.

Empirici se domnívají, že věda má svoje místo pouze tam, kde se může opřít o fakta našeho smyslového poznání. Wittgenstein byl přesvědčený o tom, že svět je celkem faktů, a ne věcí. Pozitivisté jsou ochotni připustit jako vědecké pouze ty pojmy, které jsou odvozené ze skutečnosti a jsou zredukovatelné na prvky smyslové zkušenosti. Neopozitivisté však připouštějí, že věda není systémem pojmů, ale spíše systémem tvrzení. Proto připouštějí jako legitimně vědecká pouze ta tvrzení, která jsou redukovatelná pouze na elementární, tzv. atomická zkušenostní tvrzení, na percepční soudy anebo na tzv. protokolární vědy. Všechna ostatní tvrzení jsou *smysluprázdná* a *nesmyslná*. Takové jsou i tzv. ne-empirické vědy, které jsou sofistickou a sebeklamem (Ondrejko, 1998).

Otázkou zůstává, zda nás množství experimentů nebo pozorování opravňuje k tvrzení o pravdivosti hypotézy nebo o její univerzální platnosti. Tezi o tom, že pravdivost něčeho je známa ze zkušenosti, tzn. že princip indukce rozhoduje o pravdivosti vědeckých teorií, zpochybnil K. Popper (1997), když konstatoval, že i samotný princip indukce by měl být univerzálním tvrzením. Z tohoto problému se pokoušejí uniknout neopozitivisté novým přístupem, podle kterého už nejde o pravdivost anebo nepravdivost tvrzení, ale o pravděpodobnost, resp. stupeň jejich pravděpodobnosti. Narozdíl od empiriků a pozitivistů je Popper zastáncem deduktivní metody jako metody vědeckého poznání, přičemž současně od-

mítá induktivní logiku. Podle Poppera se věda může pouze přibližovat k pravdě, ale bezpečné a jisté vědění nám není dopřáno. Popper nabádá k intelektuální skromnosti, za vědecký přijímá nějaký systém pouze tehdy, pokud může být testovaný zkušeností, přičemž kritériem dělící čáry mezi vědou a ne-vědou (demarkací) není verifikovatelnost, ale falzifikovatelnost. Empirický vědecký systém musí dovolovat svoje vlastní vyvrácení zkušeností. Empirická vědecká tvrzení nemohou být rozhodnuta s konečnou platností.

Ve společenských vědách, možná z obavy, že budou označené za ne-vědecké, se setkáváme od dob Augusta Comta s velmi silným příklonem k pozitivizmu. Pozitivizmus, který má doposud velmi široké zázemí, se opírá především o vědění založeném na faktech, přesnosti, užitečnosti, reálnosti a na úsilí o co největší objektivitu. Sociální jevy jsou často vnímány jako sociální fakta, která existují mimo individuální vědomí a disponují takovou silou, že dokáží vykonávat na jednotlivce dokonce nátlak. Proto je nevyhnutelné zaměřit se na metodologické otázky získávání (poznávání) sociálních faktů (E. Durkheim). S pozitivizmem souvisí i empirizmus s důrazem na empirický výzkum, na fakty a smyslové údaje a na snaze o převzetí poznatků přírodních věd. Pozitivizmus a empirizmus kladou důraz především na kvantitativní výzkum ve společenských vědách.

Vývoj v oblasti metodologie věd v oblasti společenských a humanitních věd dospěl ke konstatování, podle kterého se čistě kvantitativní myšlení stalo neúnosným. Máme na mysli postupy, které si kladou za cíl přiblížit se k lidem, jevům a věcem tím, že se pokouší je testovat, experimentovat s nimi, prověřovat jejich statistickou reprezentativnost a signifikantnost bez toho, aby se snažily jim nejdříve porozumět a uvědomit si jejich existenci jako kvalitu. I když kvantita ve společenských vědách od samého počátku neznamena jen tvrzení o měřitelnosti (věcí, jevů, procesů apod.), přece se zřetelně ukázala zásadní hranice, tzv. demarkační čára kvantifikujícího přístupu. Povaha každého společenského jevu, procesu, vztahu, útvaru apod., která je zvláštní, vždy jiná a neopakovatelná, znamená víc, než o ní lze vypovědět prostřednictvím takového poznání, které se orientuje na její pochopení jen jako matematicky zjistitelné veličiny. Kvality jednotlivých společenských jevů, procesů, útvarů, vztahů apod. není totiž možné zredukovat jen na jejich jedinou - měřitelnost. Filozofickým základem umožňujícím řešení těchto problémů je orientace společenskovědních výzkumů na metody, které mají svůj původ v symbolickém interakcionalismu (Alijevová, 1985) jako interpretativním paradigmatu (Wilson, 1982), jakož i ve fenomenologii, a zvláště v hermeneutice (Ondrejko, 1998).

Nebylo by správné, kdybychom hermeneutiku a její rozvoj považovali za následovnici pozitivizmu a empirismu ve společenských vědách. Její vývoj z doby Spinozy přes Herdera až k Schleiermacherově hermeneutice jako *Kunstlehre des Verstehens* (učení umění porozumění) (Schleiermacher, 1959), přes Wilhelma Diltheya až k hermeneutice 20. století (Heidegger, Gadamer, Habermas aj.) tvoří kontinuální linii vývoje. Heideggerovo konstatování, že pravdy je možné dosáhnout jen cestou chápání, otevřelo prostor pro nové poznatky a nové projekty poznávání. Gadamerovy požadavky, aby výzkumník (chápující)

vnášel do procesu chápání svoje vlastní předpoklady postavilo do ostrého protikladu požadavky pozitivistů. Už u Gadamera (1975) dochází k univerzalizaci hermeneutického přístupu, k dokazování toho, že chápání je základní, nevyhnutelná syntetická činnost.

Při metodologickém vymezení prezentované problematiky se lze opírat o teorii tzv. kvalitativního myšlení (Mayring, 1989). Tuto změnu orientace do oblasti kvalitativních výzkumů vnímáme jako reakci na převažující empiricko-kvantitativní směr ve společenskovědním výzkumu. Tento zvrat nepřišel náhle a neočekávaně. Jeho kořeny sahají do doby Maxe Webera. Pozoruhodný přínos k rozvoji kvalitativních metod zaznamenáváme od doby Garfinkela (1967), Cicourela (1970) a Zimmermanna (1978), zakladatelů etnometologie. Küchler (1983) vyjadřuje názor, podle kterého je ve výzkumu ve společenských vědách kvalitativní postup *královskou cestou*. Základní postuláty, kterých bylo použito při tvorbě monografie, tvoří obecně východiska kvalitativních metod jako alternativy metodologického paradigmatu. Jsou jimi:

- postulat orientace na subjekt (předmětem výzkumu jsou vždy lidé (subjekty), člověk a lidé - výzkumnými metodami zasáhnuté subjekty - musí být východiskem i cílem výzkumu),
- postulat pečlivé deskripce (na počátku každé analýzy musí být přesná a obsáhlá deskripce - popis oblasti, která je předmětem zájmu),
- postulat interpretace a předporozumění, interakce výzkumu a jeho předmětu, považování výzkumu za proces permanentní komunikace. (Předmět výzkumu v humanitních vědách není nikdy zcela vyčerpávající, uzavírá se prostřednictvím interpretace. Introspekce a zkušenosti s předmětem výzkumu jsou legitimním prostředkem poznání.),
- postulat, kterým se legitimizuje skutečnost, že předmět výzkumu humanitních věd je třeba zkoumat vždy v jeho přirozeném každodenním prostředí,
- postulat postupného zevšeobecnování prostřednictvím indukce a formulování pravidla (možnosti zevšeobecnění výsledků výzkumu v humanitních vědách nevznikají automaticky, v důsledku použití jiných postupů (metod). Jakékoliv zevšeobecnování musí být v každém jednotlivém případě zdůvodněné prostřednictvím jednotlivých postupových kroků.).



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte gerontologii jako vědní disciplínu.
2. Jaká jsou rizika seniorské populace?
3. Jak se vyvíjel filozofický pohled na seniory a seniorskou populaci?

4. Definujte pojem gerontopedagogika?
5. Na jaké subdisciplíny se dělí obecná gerontologie?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Proveďte analýzu statistických údajů týkajících se seniorů v období od roku 1989 a zaměřte se na jednu konkrétní Vámi vybranou oblast. Vytvořte prezentaci v rozsahu 10 až 15 slajdů a sdílejte v rámci kontaktní výuky – diskuse a kritická analýza každé konkrétní prezentace je součástí korespondenčního úkolu.

DALŠÍ ZDROJE



BUSS, D. (2009): *Evoluce touhy. Strategie sexuálního chování*. Praha: Volvox Globator.

DAMASIO, A. (2004): *Hledání Spinozy: radost, strast a citový mozek*. Praha: Dybbuk.

DAMASIO, A. (2000): *Descartův omyl: emoce, rozum a lidský mozek*. Praha: Mladá fronta.

SEARLE, J. (1994): *Mysl, mozek, věda*. Praha: Mladá fronta.

WAAL, F. (2006): *Dobráci od přírody*. Praha: Academia.

WRIGHT, R. (2002): *Morální zvíře*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Mezi epistemologická východiska lze zařadit filozofická a historiografická východiska, východiska teoretická a terminologická a východiska metodologická.

Filozofie i historie se v průběhu vývoje lidstva o stáří intenzivně zajímaly. V dílech slavných filozofů nacházíme myšlenky, které se věnují otázkám stárnutí, příčinám stárnutí, okolnostem stárnutí a v neposlední řadě také problematice umírání a smrti jako konečné fáze ontogenetického vývoje člověka.

Z pohledu teorie a terminologie gerontopedagogiky lze konstatovat, že se jedná o novou, teprve se vyvíjející disciplínu a terminologická vyjasnění jsou ve vývoji, postupně se ustávají a zavádí se do teorie i praxe oboru. Problematika seniorů je problematikou multidisciplinární. Vedle pedagogických koncepcí se již mnohem dříve ujaly koncepce medicínské. Lékařství se problematikou stárnutí zabývá od antiky po dnešek s různou intenzitou. V posledních letech se problematika seniorů jeví nejen jako problém medicínský a andragogický, ale také jako problém sociální, ekonomický, právní a v neposlední řadě jako problém sociálně pedagogický a speciálně pedagogický.

V rámci metodologie věd je ve společenských vědách patrný posun od koncepcí dominantně kvantitativních ke koncepcím kvalitativním, gerontopedagogiku v tomto trendu nevyjímaje. Zájem výzkumníků se již neorientuje na kvantitativní ukazatele, ale zajímá je spíše kvalita sociálního jevu, v tomto případě kvalita spojená s cílovou skupinou seniorů.

2 ÚSTAVNÍ PÉČE JAKO FORMA SOCIOEDUKATIVNÍ POMOCI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní konkrétní doby.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je uvedení studentů do problematiky vývoje ústavní péče. Ústavní péče je nedílnou součástí speciální pedagogiky i přes stále sílící trendy integrace a inkluze. Ústavní péče se věnuje vybraným sociálním skupinám jako jsou nemocní, handicapovaní, senioři či vězněné osoby a další a další.

Student získá:

- Znalosti v historických znalostech.
 - Přehled o možnostech vývoje ústavní péče v jednotlivých obdobích vývoje lidstva.
 - Znalosti z oblasti soudobých aktuálních problémů v oblasti ústavní péče v českém prostředí.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Chrám, iatreia, robur, hospital, xenodochium, agapa, exorcismus, renesance, sociální aspekt, Lod' bláznů, osvícenství, internace, domovské právo, novověk, princip strachu, ústavní zařízení, azyl, ústavní péče, poloústavní péče, hospicová péče, deprivanční syndrom, hospitalismus.

2.1 Vývoj ústavní péče

Prvobytně pospolná společnost neznala žádnou z forem institucionální péče. Ve společnosti s abstraktním náboženským názorem vznikalo u lidí magické myšlení, jehož dominantou byl afekt strachu před nadpřirozenými silami, kterým bylo přisuzováno vyvolání nemoci. Jediným etiopatogenickým činitelem pro vznik onemocnění byla víra v posedlost člověka zlým duchem. Tento názor přetrval do pozdního středověku a stal se dlouho udržovaným mýtem v lidské společnosti, neboť se přímo dotýká existenční podstaty lidského jedince. Zdravotnická péče spočívala na magických ochranných symbolech, exorcismus byl chápán jako způsob léčby.

Postupně se vyvíjí lidové léčitelství jako kulturní symbol společnosti, ke kterému i dnes obrací člověk svou pozornost a preferuje je jako alternativu vědecké medicíny. Prvními prostředky lidového léčitelství byly rostliny a jejich části, později se objevovaly látky živočišného původu. Objevují se i první léčitelé, šamani, kteří se díky svému privilegovanému postavení stali náčelníky rodů.

2.1.1 OBDOBÍ PRVNÍCH CIVILIZACÍ

Chrám se zřejmě stal první internační institucí jak léčebnou, tak trestní, přestože trest odnětí svobody nebyl znám. Aplikovaly se následující tresty: trest smrti, zmrzačení těla a vyhnanství. Tyto druhy trestů nevyžadovaly vytvoření objektu trvale sloužícího pro výkon trestu. Internace v chrámech měla funkci ostraha po dobu soudu. Pál (1985) konstatuje, že v těchto kulturách měl chrám dvojí funkci: bylo to ústřední místo náboženských obřadů, sloužící i jako místo realizace soudních procesů a mezi jeho funkce patřila i ostraha zadržených.

Vytvářela se postupně třídní společnost a vrstva ekonomicky silnějších jedinců. Důsledkem těchto socioekonomických změn byl i nárůst patologických jedinců.

Z dostupných historických pramenů lze usoudit, že na abnormality zdravotní a osobnostní nebylo nahlíženo jiným způsobem, byly nedílnou součástí společnosti, byly její integrovanou součástí. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti, léčba měla balneologický charakter a prováděli ji kněží (Pinel, 1808)

U národů tzv. starého Orientu převládalo polyteistické náboženství. Naopak Židé jsou vyznavači monoteismu, přesto vývoj zdravotnické péče a s tím i vývoj ústavní péče nedoznal podstatných změn. Lékařství zůstalo i nadále v rukou privilegované třídy kněží - jen s tím rozdílem, že Židé uctívali pouze jediného boha. Kvalitativně byla zahájena u obou náboženských kultur mystická koncepce viny, božího trestu a božího odpuštění.

2.1.2 ANTICKÁ SPOLEČNOST

Třídní struktura antické společnosti předurčuje i odlišné chápání péče o příslušníky jednotlivých tříd. Pešková (1997) konstatuje, že v řecké kultuře byla rozvinuta a zdůvodněna nejen myšlenka nutnosti a oprávněnosti otroctví, ale i myšlenka rovnosti všech lidí. Antická forma otroctví je něčím výjimečným, geograficky na Středomoří omezeným jevem.

Platón poskytování zdravotní péče chápe jednoznačně: vědecká péče a ošetření patří bohatým a svobodným občanům, neodborné ošetření patří otrokům, ti jsou duševně nedokonalí, mohou být léčeni nevědeckým zaříkáváním. Platón se vyjadřuje k duševně nemocným takto:

Duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevléčitelně nemocní, se mají zahubit, je tomu tak lépe pro ně samotné, tak pro stát. Klidní duševně postižení nemají být ponecháni sami sobě a bez dozoru. Mají být svěřeni příbuzným, kteří jsou povinni je hlídat a opatrovat, v případě nedbalosti zaplatí příbuzní pokutu.

Platón také zmiňuje jeden z rozšířených způsobů léčení v antice, individuální lékařskou péči. Vedle ní ostře kontrastuje rituál vyobcování jedince ze společnosti, který znamenal jistou smrt.

Duševní, ale i jiná postižení byla v antice prezentována demonologickou etiologií a byla spíše tvořivým aktem, jak říká Sokrates, na rozdíl od budoucí středověké koncepce, která se projevovala jasně negativně a destruktivně (Vencovský, 1996).

V Řecku jsou nejstaršími ústavními institucemi léčebné ústavy, označované **asklépia** podle stejnojmenného boha. Asklepios přešel natrvalo do tradice starořeckého lékařství. Lékaři-kněží šířili jeho kult. Asklépia vznikala v příznivých klimatických oblastech mimo řecké polis. Chrámové léčení spočívalo v sugestivním působení na nemocné. Nemocný, který na chrámovou léčbu nereagoval, byl vykázán z chrámu jako prokletý a nevhodný pro tento typ léčení. Instituce vyobcování se stala prevencí opakovaných neúspěchů.

Úspěšní lékaři začali ve svých domech zakládat soukromé kliniky. Přenesli péči o nemocné do teritoria polis, které bylo do té doby chápáno jako centrum poznání. Tento kulturně civilizační útvar je společenství svobodných lidí, kteří v podstatě žijí tak, aby v tomto společenství byli jako svobodní uznáni, tzn. společenství takových lidí, kteří si nekladou za cíl svého života pouze ten život sám, nýbrž něco jiného, něco dalšího, něco víc (Pešková, 1997).

V těchto tzv. **iatreíích** lékaři na krátkou dobu hospitalizovali nemocné a pečovali o ně spolu se svými pomocníky. Později přešla tato zařízení pod správu městského státu.

Starořecké lékařství vrcholí vystoupením Hippokrata, který svou koncepcí popřel mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku ve zdraví a nemoci a příčinou

chorob nehledal v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních, humorálních podmínkách lidského života, ve vlivu vnějšího prostředí a zevních podmínek člověka. Toto funkcionální pojetí se svojí progresivitou nepřineslo významné změny ve vztahu k vývoji institucionalizované péče.

Antické vězení, modifikace institucionalizované péče, vzniklo ve 4. století př.n.l. v Římě a bylo nazýváno **robur**. Později se z tohoto typu stavby vyvinuly vlastní budovy vězení. Středověk se zřejmě nechal inspirovat tímto typem staveb, když budoval tzv. věže bláznů, neboť původní robur měl tvar věže, zřídka i sklepní podobu. Římská architektura chápe prostor jako primární předmět architektury, jako substanci, jež měla být tvarována a artikulována. Římské prostory na rozdíl od řeckých vykazují velkou rozmanitost forem. Politické pozadí Římské republiky mělo příznivý vliv na realizaci staveb internačního charakteru. Tato římská vězení měla za cíl vykonávat trest odnětí svobody, trest smrti a internovat ty, kteří porušovali veřejný pořádek. Dominující byla ochrana společnosti, historie připouští i zneužívání internace mocenskou vrstvou.

Matoušek (1995) v rozporu s konstatováním Pála (1985) uvádí, že vězení v období antiky mělo podobu vazby po dobu vyšetřování trestného činu. Autor připomíná, že právo mělo diferenciální charakter, netrestalo každého stejnou měrou. Dále již v souladu s Pálem Matoušek vypočítává druhy trestů, a to trest smrti, tělesný a peněžitý trest. V trestní oblasti se uplatňoval princip pomsty.

Zakládání zvláštních útulků pro handicapované jedince a děti bez rodin se objevuje až s příchodem křesťanství. Až do novověku je církev významnější institucí než stát, je to ona, kdo propůjčuje státu legitimitu. Nastupuje ideologie založená na ideálu křesťanské lásky k bližnímu, která přejímá úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci odvozuje z ideálu solidarity. Dlouhou dobu vedle sebe existovala hierarchie moci světské a moci církevní, světská moc nabyla vrchu až v několika posledních stoletích.

2.1.3 STŘEDOVĚKÉ POJETÍ ÚSTAVNÍ PÉČE

Úpadek a zánik Římské říše je fenomén, na kterém se podílela řada faktorů. Sama rozloha se stala osudovou, rozklad otrokářského zřízení, vyčerpání a degenerace etnika, řada nemocí, epidemií, ztráta životaschopnosti institucí, rozkládá se antické vědomí, antické ctnosti. Dochází k morální krizi, rozkladu morálky, rodiny. Na zánik Říma působí křesťanství které později vítězí jako církev a teologie (Pešková, Ševčík, 1997).

Křesťanství - to je nová konfese s osobním vztahem k Bohu, nový duch, nové umění, nová entita. Hluboká křesťanská religiozita je u vzniku nových kulturně civilizačních forem rozhodující silou.

Vzrůstající moc římského papeže se odráží v bohatství klášterů a chrámů. Klášter se stal střediskem nejen duchovním, ale také institucí vzdělávací a ekonomickou. V období raného středověku vznikaly při jednotlivých křesťanských kláštorech nemocniční zařízení, tzv. **hospitály**. Poskytují azylovou a nemocniční péči nikoli z hlediska medicínského, nýbrž

sociálně charitativního, jako projev nutnosti chránit společnost. Etiologie duševních chorob začala být vykládána demonologicky. Ackerknecht (1966) v této souvislosti připomíná, že se jednalo o filosoficky neakceptovatelný pokus člověka vyložit pochopitelnými obrazy patologické, abnormální rozměry svého bytí. Ackerknecht se dopouští některých nesrovnalostí a zjednodušování. Volí zcela jasný pozitivismus, a kde nemůže argumentovat historickým faktem, tam se dopouští fantasijních konstatování.

Na rozdíl od antiky přináší křesťanství kvalitativní sociální změnu. Palouš (1991) konstatuje, že zásadní obrat představuje odvrácení od běžné situace k nadsituačnímu. Křesťanství tak probouzí antické individuum k vyššímu stupni subjektivity, ale vede ho současně tak, že zabraňuje propadání do excesů a deviací, které lidé pozdní antiky a sklonku Říma znali neméně dobře, než lidé doby pozdně moderní.

Kvalitativní sociální změna v internační problematice středověku k zakládání specializovaných xenodochiálních místností. Původní **xenodochium** z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům. Xenodochia se v raném feudálním řádu vyvinula z prvotních diakonií, útulků první doby křesťanství, která byla pokračováním takových zařízení starořeckých a židovských, zvaných **agapy**. Vznikala potřeba profesionálních ošetřovatelů. Tuto funkci vykonávali vlastní duchovní, řádoví bratři, mniši, jeptišky.

Od prvních století křesťanství se také rozšiřují středověké věznice, které byly církevní (klášterní a věznice inkvizice), hradní, vojenské. Pozdní středověk praktikoval pracovní internaci zvanou galeje. Podstatou internace byl strach. Všudypřítomné *Memento mori* ovlivňovalo všechny vrstvy společnosti. Ovládaní byli stále více ovládáni, ovládající ovládali. Konec člověka byl spojován s morem a s válkou.

Koncem středověku mizí ze západního světa lepra. Na krajích obcí, před branami měst zejí jakési veliké planiny, které sice přízrak zla již opustil, ale zanechal je pusté a nadlouho neobyvatelné. Zůstanou nelidské po celá století. Od 14. do 17. století budou čekat a dožadovat se podivnými zaříkáváním nového vtělení zla, nového šklebu strachu, nové magie očisty a vypuzení (Foucault, 1994).

Lepra zanikla, malomocný vymizel, ale struktury zůstávají. Roli malomocných převzali chudí, tuláci, provinilci. Stále zůstává ona dělicí čára, jež společensky vyobcovává.

Přechod od tématu smrti k tématu šílenství neznamena zlom, ale spíše určité pootočení v těžce nejistotě. Společnost prezentuje šílenství jako konec, samo o sobě jím není.

Z šílenců se snadno stávali tuláci. Městské úřady ve snaze zajistit pořádek a klid ve městě vyháněly tyto osoby za hradby města a nechaly je volně bezcílně putovat krajinou. Tato lykantropie dosáhla ve své době pouze lokálních, nevýznamných rozměrů.

Středověká společnost měla jediné intelektuální centrum - církev, jejíž mluvčí byli kněží a mniši, kteří představovali jedinou vrstvu inteligence. Mocenské postavení církve mohlo

být ořeseno výroky a činy duševně nemocných osob, a proto duševně nemocní byli postaveni mimo rámec tehdejšího lékařství, nebyli pokládáni za nemocné a nepotřebovali proto ani léčení, ani jakoukoli jinou zdravotnickou péči. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení a posedlosti ďáblů. Démonologie představovala jediné možnou a scholasticky přijatelnou koncepci o vzniku duševních chorob.

Scholastika je velkolepým, přes staletí jdoucím úsilím o křesťanský výklad světa, které co do trvání, organizačního a institucionálního zázemí nemá obdoby. Scholastika je prostor, kde se pečovalo o tradici, kde se střetávají rozdílné tematizace problémů, ale nakonec dominuje kontinuita vývoje, konstatují Pešková a Ševčík (1997).

Ve středověké Evropě se o sociálně nepřizpůsobivé jedince starala, pokud nedocházelo k ohrožení na životech bližních, rodina a širší komunita postiženého. Lidé bez příbuzenských vztahů se ocitli v pozici vyhnanců. **Ze společenské potřeby internovat sociálně nevhodná individua vznikly instituce veřejných a všeobecných špitálů.**

Středověk prostoupený křesťanskou religiozitou interpretoval duševní nemoci v rámci náboženských konceptů. Neuvažovalo se o nemoci, ale o posedlosti. Posedlost zlými duchy se dala ovlivnit pouze **exorcismem**.

Šílenství jako projev animality, existenci něčeho živočišně nízkého, duševní nemoc, bylo nutno uvěznit. Šílenství jako zvláštní lidský pobyt v kleci bylo vysvětlováno zvířecími chorobami. Blázen byl člověk, který selhal v sociálních rolích příslušné společnosti a ztratil to jedinečné, čím se člověk od zvířat odlišuje, rozum.

Po vzniku evropských univerzit byl rozvoj lékařství příčinou veřejné kritiky nevědeckého církevního lékařství. Dogmata církve oslabovala. Nové pokrokové myšlenky bylo nutno umlčet. Kdo oponoval církevním dogmatům, byl nařčen z čarodějnictví a z posedlosti satany a démony a fyzicky zlikvidován.

2.1.4 RENESANCE

Dogmatismus, autoritářství a scholasticko-abstraktní myšlení byly charakteristickými předrenesančními ideologickými prvky. Typickými znaky renesančního myšlení bylo hledání pravdy ve vědách na podkladě empirie.

Renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst v 15. století, jak konstatuje Vencovský (1996), přispěl k tomu, že se v otázce péče o duševně choré projevil **nový, sociální aspekt**. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených, nýbrž tím, aby nebyli společností na obtíž. I tak byl tento sociální aspekt pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení.

Renesance byla obdobím protikladů, pokrokové názory měšťanstva byly v opozici vůči církevním dogmatům.

Foucault (1994) vychází z mohutného sociokulturního záběru a aplikuje strukturální metodu na poznání jednotlivých epistém, vzorců poznání a vědění, které určují diagnostiku i terapii duševních nemocí.

Černoušek(1994) se shoduje s Foucaulem, že vždy existovala tichá dohoda, zamlčená společenská smlouva o tom, že lidé chudí duchem, lidé podivní a lidé blázniví nejsou nebezpeční, že naopak mohou někdy pobavit, proto existovala intuitivní komunální péče o abnormální jedince. Korporativní středověká struktura je nenechala umírat na následky lhostejného nezájmu.

Historický přechod mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu představovala **Lod' bláznů**. Byla to primitivní, ale přitom soběstačná instituce, zabezpečující jakousi detenční a izolující společenskou funkci.

Renesance objevuje **Lod' bláznů**, podivný koráb. Má reálný podklad, který nabývá institucionalizované podoby. Takové lodě naložené bláznů skutečně existovaly, k tomuto závěru dochází Foucault (1994) . Na jejich palubách putovali pomatení a šílení lidé od města k městu. Tím byl garantován jejich specifický způsob existence, zcela zvláštní modus bytí: poutnictví. Foucault se opírá nejen o literární památky, ale také o svědectví různých kronik. Norimberská kronika dokládá, že blázni a šílení byli zpravidla vyobcováni na **Lodi bláznů** za městské hradby.

Právě to je zřejmě vysvětlením onoho podivného hromadného a tak oblíbeného nalodování šílených. Byla to praxe velmi účinná. Svěřit blázna námořníkům znamenalo jistotu, že už nebude donekonečna bloumat kolem městských hradeb, že zmizí někam daleko, odkud se nebude moci vrátit. Ale navíc tu byla temná masa vody, která k tomu přidávala své vlastní hodnoty: voda odnáší pryč, ale také očišťuje, krom toho znamená nejistou budoucnost, každý je na ní vydán svému osudu, každé nalodění může být tím posledním.

2.1.5 OSVÍCENSTVÍ

Velké špitály, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení jsou dílem osvícenství: mají stejně univerzální povahu jako ono a rodí se takřka současně s nimi.

17. století je stoletím vzniku velkých internačních budov. Blázni byli uvězněni v kobkách věznic spolu s trestanci nebo ve velkých sálech nemocnic spolu s nemocnými. Všeobecný špitál založený v polovině 17. století nebyl typickou lékařskou institucí, měl polo-soudní strukturu. Byl označován za třetí kategorii represe mezi policií a soudnictvím. Byla to instituce pořádková, monarchistická, měšťanská. Postupně se síť špitálů rozšiřuje. Byla to záležitost měšťanstva a královské moci, církev stála stranou.

Samotná internace je záležitostí policie. Policie vede a nutí lidi k práci. Než internace nabyla léčebného smyslu, sledovala zcela něco jiného - práci jako projev odsouzení zahálky. Tyto instituce si od počátku kladly za úkol bránit žebrotě a zahálce. Bylo to vlastně

poslední z velkých opatření, jimiž už renesance chtěla skoncovat s povalečstvím a žebrotou. Vyobcování byla nahrazeno internací. Internace je reakce na ekonomickou krizi. Internační instituce se vždy přeplní v době krizí.

Ale v dobách nekrizových dostává internace smysl jiný. Její represivní funkce se uplatňuje ještě dalším způsobem. Už nejde o to zavírat nepracující, ale donutit zavřené k práci, aby sloužili všeobecnému prospěchu. Systém střídání je jasný: v dobách plné zaměstnanosti a vysokých mezd laciná pracovní síla, a v období nezaměstnanosti vstřebání zahalečů a ochrana společnosti před neklidem a bouřemi (Foucault, 1994).

Osvícenství užívá internace dvojakým způsobem a přiděluje jí dvojí roli: vstřebávat nezaměstnanost, nebo alespoň zastírat její nejviditelnější důsledky a regulovat počty, když hrozí příliš vystoupit. Internační domy vstřebávaly nezaměstnané hlavně proto, aby maskovaly jejich bídu a bránily sociálně a politicky nepokojům.

Odsouzení zahálky zahrnovalo i bláznů. Pravidlo nucené práce platí i pro ně a právě tento uniformní tlak ukázal jejich jinakost. Odlišují se neschopností pracovat a podřídit se kolektivu. **Nutnost zvláštního režimu pro pomatené vznikla právě v rámci všeobecné pracovní povinnosti.** Šílenci byli zavírání už dřív, ale až 17. století je začíná cíleně internovat.

Špitál jako dominantní instituce mezi vznikajícími internačními domy nemá povahu útulku pro ty, kdo kvůli stáří, invaliditě nebo nemoci nemohou pracovat. Statut špitálu je etický, ale je to také mravní instituce, jejímž úkolem je trestat, postihovat to, co nepatří před soud. **Motiv internace je náprava, mravní nátlak a pak práce.**

Tento vynález nátlakového místa, kde se administrativním příkazem vyrábí morálka, je významný jev.

Správcové špitálů používají ryze středověkých trestů, pranýřů a kůlů dle svého uvážení, proti němuž není odvolání. Absolutní svrchovanost, soud bez odvolání, výkonné právo, nad nímž neexistuje nic vyššího, to jsou mocenské atributy správců. Správcové jsou pověřeni mravním úkolem a dostávají k tomu i veškeré hmotné represivní prostředky. Každý prohřešek se řeší alternativně, odebráním stravy, přidáním práce, vězením.

Správcové mají veškerou moc rozhodovací, řídicí, správní, policejní, soudní, nápravnou i trestní. Ke splnění toho úkolu mohou použít kůly, pranýře, vězení a podzemní žaláře.

Internace je instituční vynález 17. století. Šíře, jaké okamžitě nabyla, se vůbec nedá srovnávat s vězením, jak je praktikoval středověk. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu. V dějinách ne-rozumu je to však událost zcela rozhodujícího významu: moment, kdy je na šílenství poprvé nahlédnuto sociálně, z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společenství, kdy se propojuje s problémy obce.

Blázni, jak je Foucault (1994) označuje, mají ve světě internace přece jen určité zvláštní postavení. V internačních domech se s nimi zachází jako s vězni. Společnost na ně nahlíží obecně jako na pomatené, choromyslné, blázny, dementní.

Společnost prezentuje postižení jako skandál. Vyhnout se skandálnosti znamenalo internovat. Internace znamenala zapomnění. Tím přestává být ohrožena čest rodiny a náboženství. Až ve stáří, či vážné nemoci, v době, kdy nemohli postižení ohrožovat, byli z internace propuštěni. Postupem doby se šílenství stává veřejným skandálem, přesto jsou zuřiví šílenci vystavováni na odiv za poplatek.

Osvícenství tvrdí, že šílenec nemocný není, blázen vydrží všechno. Této teze se drželi strážci postižených, kteří dokázali internované přimět bitím k vyšším výkonům. V internaci se objevuje záměrné a dlouhodobé násilí. Již NE napravovat, NE pokání, nýbrž ANO animalitě a ANO šílenství, které má zvířecí masku. Zvířecí dravost šílenství chrání člověka před nemocemi, dodává mu nezranitelnost. Pomatený rozum skrze animalitu navrácí šílence k přírodě. Svobodná animalita je zvládána drezúrou, smyslem není pozvednout postiženého k lidství, ale srazit ho do čiré animality. Internace vyznává animalitu šílenství a zároveň hledí umlčet skandální amorálnost ne-rozumného.

Inkviziční metody přežívají v sublimované formě, mírnější, jakoby vědecky, společensky zdůvodněné, nadále. Nahánění strachu z týrání a bití, vyloučení z kolektivu občanů a společenská izolace v lidsky nedůstojných podzemních kobkách, určených pro "hospitalizaci", spolu s jejich ukazováním a předváděním - to vše nadále trvá, třebaže v poněkud lidštější formě.

Osvícenství nerozlišovalo léčbu fyzickou od léčby duševní. Toto rozlišení se stalo aktuální v okamžiku, kdy se problematika šílenství zaměřila k otázce odpovědnosti subjektu. K rozlišení na fyzické a mravní nepřivedla lékaře ani Descartérova definice dvou substancí, rozprostraněná a myslící. V jeho *Pojednáních o vášních* se potvrzuje, že duše (substance myslící) a tělo (substance rozprostraněná) jsou přísně různorodé a vytvářejí se tedy korelace psychofyzilogické: dualismus nebrání vzájemnému působení jedné složky člověka na druhou, i když, jak Descartes sám přiznává, jsou způsoby tohoto působení těžko pochopitelné. Další jeho dílo *O vášních duše* zaměřilo tehdejší pozornost lékařů především na prozkoumání dialektiky, pohybu vášně. Descartes hodnotí projevy vášně jako principiální příčinu šílenství. Vášně pokládá za místo, kde se duše setkává s tělem, za bod vzájemné niterné komunikace psyché a somy, za svorník psychosomatické jednoty organismu. Vášně je hnací síla bytosti, a proto způsobuje i různá hnutí tělesných kapalin a narušuje tak rovnováhu organismu, která se někdy projevuje těžkými psychopatologickými příznaky.

Osvícenská medicína, ať karteziánská nebo ne, Descartův metafyzický dualismus nikdy nepřenesla na antropologii. Objevuje se nové výsadní postavení viny. Dělicí čáru mezi tělesnou a duševní léčbou narýsovala metoda sankce. Čistě psychologická medicína mohla vzniknout teprve poté, když bylo šílenství vykázáno do oblasti provinění.

Foucault (1994) polemizuje s Descartem o jedné z forem obléhání ne-rozumu, probuzení. Protože blud je sen bdících, je třeba takové osoby z jejich kvazi-spánku probudit. Takovéto absolutní probuzení sledoval Descartes na začátku svých *Meditací* a nalézal je paradoxně právě ve vědomí snu, ve vědomí šíleného vědomí.

Pomateného musí však z jeho snu probudit medicína, a to tak, že karteziánskou odvážnou samotu nahradí autoritativním zásahem bdícího, jistého si svým bděním, do iluze bdícího snivce: dogmatická zkratka napříč dlouhou cestou Descartovou. K čemu Descartes dospívá rozhodným úsilím a zdvojením vědomí, jež se však nikdy neoddělí od sebe sama a nerozdvojí, to vnucuje medicína zvenčí, a to v rozštěpení na lékaře a nemocného. Lékařův vztah k pomatenému je Descartovo Cogito, reprodukované ve vztahu ke snu, iluzi a šílenství (Foucault, 1994).

Koncem 17. a počátkem 18. století začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti, jsou pro ně zřizovány velké ústavy, ve kterých jsou spolu s nimi drženi i mentálně retardovaní, kriminální osoby, chudí, vojáci. Všechny tyto osoby jsou internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat.

Na počátku novověku se objevuje a postupně prosazuje kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně handicapované, tzv. **domovské právo**.

V našich zemích bylo vydáno v roce 1552 a poprvé se v něm ukládá obci pečovat o své chudé. Obec je definována jako přirozené zázemí pro své příslušníky. Obec se tak vedle církve stává dalším zřizovatelem ústavů pro asociály, kteří postrádají rodinné zázemí nebo prostředky pro udržení vlastního života v mezích požadovaných společností.

2.1.6 NOVOVĚK

Strukturalistický trend v historiografii psychiatrie sleduje Foucault (1994). Sleduje v něm především sociologické dimenze nazírání na duševní nemoci v závislosti na historických proměnách, a to i když pátrá po neměnných invariantách šílenství jako projevu ne-rozumu.

Šílenství jako projev ne-rozumu není chápáno úzce jen v plánech fyziologických, organických, biologických, psychologických, ale také v rozměru sociální percepce racionální společnosti, která se neustále honosí svým pokrokem, a přitom svými represivními akty vyčleňuje ze svého středu nekonformní jedince, a dává tak vlastně vzniknout psychiatrii jako oboru medicíny. Foucaultovo dílo obohacuje dějiny psychiatrie nebývalými pohledy a hloubkou filozofických interpretací.

Společenská reakce na projevy pomatenosti, lunatismu, šílenství, ne-rozumu spočívá v tom, že příslušná instituce rozhodne a udělí příslušnou nálepku duševní nemoci, čímž se rozhodne o tom, kdo duševně nemocný je, a kdo duševně nemocný není. Společnost rozhoduje podivuhodným aparátem rozlišovací schopnosti, některé jedince za blázny prohlašuje, a jiné nikoliv, a to i v případech, kdy je tomu zcela naopak.

Pod vlivem nástupu francouzské materialistické filozofie dochází ke kvalitativním změnám ve všech tehdejších sociálních subsystémech společnosti, které se postupně přenesly do celé Evropy.

Radikální změna v nazírání na zdravotnickou péči je nerozlučně spjata se jménem Philipa Pinela. Jeho vystoupení namířené proti zdravotnickému pseudohumanismu v lékařství a snažící se o reformu zdravotnické péče v rámci veřejné péče o zdraví občanů, není jen mezníkem, ale významnou skutečností ve vývoji ústavnictví.

Pinel otevřel cestu k morální léčbě, také on podlehl masivní revolučně-osvícenské ideologii, že svoboda musí být administrativně organizována, řízena úřadem a že má mobilizovat mravní impulzy nově vznikající buržoazie. Byla to idealistická představa - vrcholu lidskosti dosáhneme, když nařídíme úředním výnosem žít ve svobodě, když je svoboda zakotvena v zákoně.

Dobré a sociálně prospěšné hodnoty musí v terapii zvítězit nad destruktivním pudem. V nově vznikajících psychiatrických léčebnách byl nemocný člověk - nikoliv již šílenec - nucen do přísně morální akce. Jestliže přijal tlumočené hodnoty řádu, kázně, rozumu, mohl být pokládán za vyléčeného, za morálního.

Ne-rozum se zařadil do patologie, lze ho léčit návratem k bezprostřednosti, jen pokud je ta bezprostřednost předem připravená.

Internace se lidé báli, bojí se jí dodnes. Internace se stává sama zlem a šíří ho kolem sebe. Z internačních domů se ohlašuje strach a úzkost. **Princip strachu byl ve špitálech a různých detenčních zařízeních uplatňován již v minulosti.** Důležitý byl nový kvalitativní posun, který se vznikem azylu, psychiatrické léčebny, objevil. Zatímco teror předcházejícího uvěznění šílenců obklopoval nemocné zevně, byl v psychiatrické léčebně pocit strachu navozován v hlubší, psychologické rovině. Strach působil zevnitř, ze samotného provozu. Strach byl garantován personálem, charakterem stavby léčebny, stylem života, rituály léčení.

Internační domy ke své sociální roli segregace a očisty připojily zcela opačnou funkci kulturní. Primárně na hladině společnosti dělily rozum od nerozumu, sekundárně v hlubinách uchovávaly obrazy, které vyústily veřejně jako sadismus.

Na počátku 19. století se ostře kritizuje polyfunkčnost internačních zařízení. Do té doby byli pomatení zavíráni do věznic spolu s trestanci. Dochází však k zásadnímu oddělování nevinnosti ne-rozumu a provinění zločinnosti. Snahy oddělit bláznovy od trestanců se objevovaly od roku 1720 do Velké revoluce. Nebyly však příliš významné, ale hlavně byly pomalé.

19. století je stoletím specializace ústavních zařízení. Začíná se používat i nových označení pro tyto nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec ... Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Nově se budují i věznice, které původně měly charakter pevnosti. Pevnosti ztratily díky novému vedení války význam. Podmínky života vězňů zkracovaly život vězněným na dva až dvacet měsíců života od nástupu trestu. I vězeňství si staví nové cíle. Kolem roku 1800 se ve Francii a Anglii objevuje myšlenka, že zločince je třeba disciplinovat vnitřně, omezuje se vzájemná komunikace, budují se samostatné malé cely. V polovině 19. století navrhuje J. Bentham Panopticon, vězení, které nebylo nikdy postaveno, ale jehož princip byl využit v některých nově budovaných věznicích. Jedná se o takové umístění cel, které jsou centrálně kontrolovatelné.

Experimenty s oddělováním vězňů byly vystřídány tzv. **tichým systémem**: vězni sice pracovali společně, ale vynucovalo se ticho při práci. Stejně jako u systému oddělovacího se spoléhalo na to, že absence komunikace mezi vězni umožní autoritářské postavení dozorců nebo kněží a zamezí se kriminální nákaze.

Kolem roku 1840 byl v Austrálii zaveden známkový systém, který určoval délku pobytu vězně podle jeho chování. Řada současných převýchovných a léčebných institucí tento systém využívá (Černíková, 1996).

Přítomnost bláznů mezi vězni není žádná skandální krajnost. Sami vězni začali upozorňovat na skutečnost, že mezi nimi jsou lidé jiné povahy. Od nich vycházejí první a také nejostřejší protesty. V takovém duchu se nesla politická kritika internace. Nejistotu zaznamenává i zákonodárna moc, která neví, jaký sociální prostor má šílenství vyhradit, zda vězení, špitál, či péči v rodině.

Novověká společnost se naučila šílenství rozpoznávat a začíná s ním zacházet podle pravdy, k níž byli všichni tak dlouho slepí. **Vzniká útulek - Azyl.**

Azyl má mravně a nábožensky segregovat. V Azylu je náboženství součástí pohybu, který naznačuje, že v šílenství je nicméně rozum stále přítomný, a směřuje od pomatenosti zpět ke zdraví. Strach je stále považován při léčbě šílenců za velice důležitý.

Charakteristickými prvky pro útulek 19. století jsou dohled a soud. Rodí se zcela něco nového, co už není represí: **autorita**. Celá organizace Azylu má za cíl pomatené co nejvíce minorizovat.

Vzniká tak imaginární rodina. Liberální ekonomika svěřovala péči o chudé a nemocné rodině, společenskou odpovědnost přebírala rodina. Šílenec je příliš cizí a nelidský, nelze ho svěřit rodině.

Podle Pinelova pojetí je útulek náboženská oblast bez náboženství. Útulek je proto třeba od náboženství osvobodit.

Internační zařízení jako sociální prostor převzalo takřka absolutně dědictví leproserie: byla to cizí země. Nyní by měl být útulek výrazem kontinuity společenské morálky. Panují v něm hodnoty rodiny a práce, veškeré uznávané ctnosti.

Útulek je soudní instance, která vedle sebe neuznává žádnou jinou. Soudí okamžitě a bez odvolání. Má své vlastní nástroje trestu a po libosti jich užívá. Někdejší internace probíhala mimo běžné právní normy, napodobovala způsoby trestání odsouzcenců.

2.1.7 SOUČASNOST

Konec 19. a počátek 20. století přináší změnu. Ústavy sloužící k vylučování lidí ze společnosti se **orientují na potřeby klientů**. Tento trend vede ke **koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa**. Vzniká tak svět ve světě, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného venkovního světa. Dochází tak k tzv. skrytému vylučování. Patologičtí jedinci jsou internováni, jsou jim poskytnuty veškeré materiální potřeby jejich existence, jsou však vyloučeni ze společnosti, a nemůže jim být nikde lépe než ve společnosti jedinců stejného postižení, ať už se jedná o psychický, fyzický, či sociálně patologický handicap.

Většina dnešních ústavů byla založena v době poválečné. V té době byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jednotlivce do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Změny po roce 1989 ve společnosti přinesly zcela odlišnou ideologii, instituce jako taková však zůstává.

V souladu s konstatováním Matouška (1995) se pokusíme o následující analytický pohled na sociální funkčnost ústavů.

2.2 Charakteristika ústavní péče

Ústav je světem pro sebe, ostrov soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný vůči okolnímu sociálnímu prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování. Zkušeností obce a zkušeností rodiny je společný zážitek domova. Každý má původní domov, rodný kraj. Být někde doma znamená být v prostředí, které cítíme jako svoje, jako pravé, normální, i když ostatním se toto prostředí jeví jako cizí, zvláštní. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl. Má být sférou jistoty, a to i v těch případech, kdy byl vybudován proto, aby chránil společnost, nikoliv ty, kteří v něm přebývají.

Třetí, archaickou zkušeností, protichůdnou, je vyobcování. Tato zkušenost je negativem předchozích dvou. Právo patřit do obce a do rodiny může člověk ztratit a může být vyhnán do sféry neznáma, do chaosu. Tam může se stejně postiženými vytvořit miniaturní komunitu, která s původní obcí komunikuje minimálně.

V ústavech podle Matouška (1995), stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřízeností neformální. Stejně jako rodiny a státy udržují ústavy svůj vnitřní řád, soubory pozitivních a negativních sankcí.

Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou uzavřené, vstup i výstup je kontrolovaný. Mezi klienty a personálem existuje hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná.

Funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Různí-li se, obvykle je to zájem společnosti, která dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav přijme klienty buď na základě jejich uvědomělého souhlasu, nebo je vstup klienta nedobrovolný. Rozhodnutí o nedobrovolném vstupu pak přísluší lékaři, soudním nebo státním orgánům.

Ústavy v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Čím důraznější výchovný aspekt ústavu, tím menší prostor pro uplatnění osobních přání je ponechán individuu. Čím sociálnější aspekt (ve smyslu zabezpečovacím), tím je tomu naopak vzhledem k jedinci.

Matoušek (1995) rozlišuje následující hlavní funkce ústavů:

Podpora péče

Tato funkce je v popředí zařízení poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

Léčba, výchova a resocializace

Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v postpenitenciárních zařízeních. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

Omezení, vyloučení, represe

Tato funkce převažuje ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky.

V souladu s autorem je možné uvažovat ještě o funkci **rekreační**. Pobytová zařízení, ve kterých převažuje tato funkce, nejsou v centru našeho zájmu (ozdravovny, lázně). Nicméně i v ústavu si člověk může odpočinout od náročných podmínek, v nichž by byl nucen žít. Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jednofunkční, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu.

Většina lidských rituálů má povahu udržovací, má jimi být zachován, potvrzen a zabezpečen stávající stav. Jen některé rituály jsou transformační, ty mají usnadňovat změnu. Právě transformační funkce je v ústavnictví zdůrazňována. Tak jako jedinec, který je sám se sebou nespokojen je přitahován myšlenkou, že existuje způsob, jak by mohl změnit stávající stav, tak také společnost negativně hodnotící určité chování podpoří instituci, která negativní chování změní v žádoucí. Represivní funkce ústavů je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci. I přes toto riziko ústavní péče konstatují, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí.

Názory, které převládají v humanitních disciplínách, že přiměřená péče by měla být realizována klientovi na míru, jsou pojaty s akcentem moderním, ale nedomyšlí omezující důsledky ústavní péče, ke které se staví skepticky. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Neuvážené rušení ústavů, prováděné pod vlivem deinstitutionalizační doktríny, není vhodné ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu.

Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Počet lidí, kteří jsou v některém ohledu nedostačiví, proto přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory. V ústavnictví se opouští péče organizovaná tradičním, byrokratickým způsobem, a prosazují se ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta.

Ústavních forem dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Sociální práce má větší tendenci jít za klientem do jeho prostředí než pro něj vytvářet nové umělé prostředí ústavní. Hranice mezi ambulantní a ústavní péčí není již tak ostrá, vznikají zařízení v individuálním rozsahu schopná poskytnout podle potřeby obojí - docházku i pobyt. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál a nahrazuje pracovníky z bezprostředního okolí ústavu, kteří práci vykonávali právě pro bezprostřední blízkost pracoviště, ve velké míře nekvalifikovaně.

Vznikají alternativní zařízení, která se liší od tradičních ústavů. Ústavy se otvírají vůči okolní komunitě. Distance mezi profesionály a klienty se zmenšuje. Dominantou stále zůstává profesionalizace profese. Profesionálové pracují s velkým osobním nasazením, se zájmem. Profesionál má možnost chovat se vůči klientovi velmi spontánně, aniž však překročí meze profesionality.

2.3 Ústavy z hlediska životní dráhy jedince

Ústavní pobyt je vždy vážným zásahem do klientova osudu. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika, jimž by měly být ústavní režimy přizpůsobeny. Ústavní péče má zanedbatelná rizika pro klienty, tato rizika se liší podle toho, v kterém věku a v jaké životní situaci se klient do ústavní péče dostal.

Člověk začíná svou životní dráhu krátkodobým pobytem v ústavní péči jako novorozenec v porodnici. Pro některé děti je pobyt v porodnici začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem (do tří let věku dítěte) a dětským domovem. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče, má riziko dobře známé a dobře pojmenované: **deprivační syndrom**. Deprivované ústavní děti se při srovnání se svými vrstevníky vychovávanými v rodinách jeví jako méně nadané, pomalejší, úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků. Tyto následky ústavní výchovy nazývané deprivačním syndromem jsou tím vážnější a tím hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do ústavní péče dostalo a čím déle v ní bylo.

Moderní ústavní zařízení pro děti se chtějí co nejvíce podobat přirozené rodině, vznikají tzv. SOS vesničky, které náhradní rodinné klima vytvářejí.

Nejlepší alternativou k ústavní péči o děti jsou bezpochyby adopce a pěstounská péče. I při volbě této varianty se nelze obejít bez delšího pobytu dítěte v ústavu, který předchází následné formě péče.

Děti s velmi vážným tělesným, duševním či smyslovým postižením a děti tělesně či duševně nemocné se bez intenzivní profesionálně specializované péče neobejdou.

Společensky závažné chování dospívajících napomáhají řešit diagnostické ústavy pro mládež, výchovné ústavy pro mládež a vězení pro mladistvé. V těchto zařízeních se nápadně často objevují mladí lidé, kteří prošli kojeneckými ústavu a dětskými domovy.

Tito mladiství jsou velice dobře adaptováni na podmínky ústavního života a není vyloučeno, že záměrně vyhledávají ústavní péči i za cenu záměrného překročení společensky uznávaných norem chování.

Věznění mladistvých se dnes jeví jako nejméně vhodná forma prevence jejich kriminality.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká jedinec neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Lze i zde polemizovat nad otázkou dodržování či nedodržování norem. Zásady správné životosprávy, životní styl a přístup k životu jsou také normami. Relativnost norem je patrná.

Alternativou k nemocniční léčbě je léčba v domácím prostředí. Tak jako se ustupuje od ústavní péče, tak se ustupuje od hospitalizace nejen pro ekonomickou náročnost, ale i pro svůj nežádoucí psychologický důsledek. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které stále internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti.

Alternativa ústavní péče u psychicky nemocných je směřována do klubových aktivit, chráněných dílen a na nově vznikající rodinnou péči.

Reflexe nežádoucích důsledků internace vezněním podněcovala odborníky hledat jiná řešení společnosti jako její odpovědi na trestnou činnost pachatelů. V současné době je nastolen okruh problémů alternativního řešení trestné činnosti pachatelů ve fázi trestního řízení a výkonu trestu, nevytváří problémy izolace jedince od společnosti a naopak akcentuje, podněcuje a dále rozvíjí sociální dovednosti provinilce.

Mezi ne příliš rozšířené formy ústavní péče patří domovy pro svobodné matky, azylové domy pro bezdomovce.

Mezi pobytová zařízení pro staré lidi patří domovy důchodců a penziony, kde vedle bydlení jsou poskytovány různé doplňkové (sociální, zdravotní, pečovatelské) služby.

Tak jako rané dětství, tak pozdní stáří je charakteristické ztrátou úzkých vazeb na prostředí a rodinu. Alternativou péče o staré lidi je pečovatelská služba a domácí ošetrovatelská péče.

2.4 Rizika ústavní péče

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život. V ústavu má klient úplné zaopatření, o to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobytel a nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukováném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě.

Redukce nároků podle Matouška (1995) a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost, apod.

Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou velmi často k žádoucímu korigování individuálního chování.

V uzavřených ústavech snadno vzniká tzv. ponorková nemoc, popisovaná původně u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostentativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely.

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro šikanování. Násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu mají nejagresivnější příslušníci personálu a nejbrutálnější chovanci. Vězňové a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou

násilné činy posuzovány zcela jinak, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů, se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové.

Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří.

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce omezují soukromí minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání.

Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností. I v neústavním světě se tak vytvářejí society ústavního světa bývalých klientů či obyvatel.

2.5 Typologie ošetrovatelských intervencí u seniorů

Péči o staré občany lze rozdělit do 3 úrovní:

- péče o starého občana v rodině;
- sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách;
- ústavní a poloustavní péče o starého člověka.

Nejvíce pomoci se dostává a bude dostávat starému člověku v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Starý člověk by ovšem dával přednost bydlení samostatnému, nejraději blízko příbuzných. Oddělené bydlení však ztěžuje širší rodině péči o své staré členy rodiny. Ukazuje se, že rodiny dospělých dětí zajišťují péči o 82 % starých lidí, o 89 % těch, kteří potřebují větší péči v domácnosti a o 96 % starých, bezmocných a nepohyblivých členů své rodiny. Ve srovnání s touto pomocí zůstává pomoc poskytovaná sociální péčí i přes její několikanásobný vzrůst během posledních dvou desetiletí u nás stále jen okrajová. Bylo zjištěno, že intenzivní péče o starého člověka v rodině se nezvyšuje s počtem dětí. O rodiče pečují obvykle nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera; ostatní děti se účastní péče o ně jen sporadicky (Schimmerlingová, 1991).

Sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách se přednostně zaměřuje na pomoc osamělým starým lidem bez rodinného zázemí. Jde jednak o dávky sociální péče (zejména důchody), jednak o sociální služby (spočívající zejména v pečovatelské službě). Na tomto úseku sociální péče se podílejí sociální pracovníce a geriatrické sestry, jež např. signalizují potřeby starého člověka.

Ústavní a poloustavní péče o starého člověka je poskytována starým lidem jednak v **domovech důchodců** (s plnou sociální a zdravotní péčí), jednak v **domovech - penzionech**, kde je tato péče poskytována částečně. Variantou domovu důchodců jsou **ústavy sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí**.

V současné době je v domovech důchodců 30 až 50 % duševně alterovaných, převážně dementních jedinců (Pacovský a Heřmanová, 1981). Pro vysokou psychiatrickou nemocnost v těchto zařízeních svědčí i průzkumy preskripce psychofarmak provedené v některých domovech důchodců.

2.5.1 PŘIJÍMÁNÍ KLIENTŮ DO ÚSTAVŮ SOCIÁLNÍ PÉČE

Do těchto ústavů mohou být přijati pouze občané, pro něž jsou tyto ústavy určeny. Občané jsou přijímáni na podkladě podané žádosti. Podávají ji občané, kteří potřebují tento typ péče. Pokud jde o občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, podává žádost za ně jejich zákonný zástupce nebo opatrovník. Žádost se podává u okresního (obvodního) úřadu dle místa trvalého bydliště. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je vhodné místo, rozhodne úřad, který ústav spravuje, o přijetí. Tento úřad sestavuje pořadník čekatelů pro umístění do každého typu ústavu zvlášť; pořadník se sestavuje dle naléhavosti umístění. Má-li být obyvatel (svěřenec) přemístěn do jiného ústavu, toto opatření se s ním (případně s jeho zákonným zástupce či opatrovníkem) předem projedná.

Vedení ústavu může dát na žádost obyvatele (jeho zákonného zástupce či opatrovníka) souhlas k přechodnému pobytu mimo ústav, a to diferencovaně dle ústavu po dobu v příslušné směrnici stanovenou.

Zdravotní postižení vylučující přijetí do ústavů sociální péče

Ve vyhlášce ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. jsou uvedeny zdravotní kontraindikace pro přijetí do ústavů včetně kontraindikací psychiatrických.

Psychiatrické kontraindikace pro přijetí do ústavů pro tělesně, smyslově nebo mentálně postižené

Jsou to psychózy, psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe nebo druhé, resp. jeho chování znemožňuje soužití s kolektivem, chronický alkoholismus a drogové závislosti, pokud nedošlo k odeznění závislosti (doba nejméně 5 roků abstinence musí být doložena potvrzením příslušného psychiatra). Stejně kontraindikace platí i pro přijetí do ústavů sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí.

Psychiatrické kontraindikace přijetí do domovů důchodců a domovů - penzionů jsou tytéž a navíc těžká a hluboká mentální retardace. Ve zdůvodněných případech lze povolit výjimku kontraindikací.

Výhled do budoucna

Do budoucna bude nutné vybudování komplexní sociálně zdravotní služby při vzájemné součinnosti obou resortů. V zásadě budou dvě základní možnosti péče o staré občany.

- Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče.
- Ošetrovatelský dům s denním stacionářem.

Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče

Péče v rámci tohoto systému bude poskytována nemocným staršího věku, kteří mohou být propuštěni z nemocničního ošetřování do domácí péče. Bude pro ně vytvořen systém vhodných sociálně zdravotních podmínek, který pokryje všechny oblasti ošetrovatelské a pečovatelské služby se supervizí sociální pracovnice a geriatrické sestry v příslušném regionu.

Komplexní domácí péče by měla zahrnovat zejména:

Ošetrovatelské a rehabilitační úkony, dietetický dozor, psychosociální pomoc (za účasti dobrovolníků), úklid domácnosti a zajištění kompenzačních pomůcek pro bezpečný pobyt nemocného doma. Tyto služby by měly být hrazeny obcí, zdravotní pojišťovnou a klientem.

Ošetrovatelský dům s denním stacionářem

Ten by poskytoval tyto služby: zdravotní a sociální péči po celý den, pracovní rehabilitační programy, stravování a možnost vyprání prádla, kulturní programy, fyzikální léčbu, sociálně právní poradenství a další služby (např. kadeřnické, chiropraktika, pedikúra a možnost nákupu). Nemocnému by byla poskytnuta i možnost krátkodobého pobytu (včetně přespání) např. při malování nebo havárii bytu a mělo by mu být zajištěno i poskytnutí dalších služeb podle potřeb regionu. Tyto služby budou hrazeny obcí, sociální pojišťovnou a klientem.

Shora uvedené formy péče o staré občany jsou dnes již běžné v mnoha evropských zemích, kde se osvědčují. Jsou především levnější než zřizování kompletních domovů důchodců anebo péče o starého v nemocnici.

Do budoucna budou u nás vznikat další formy nestátní, domácí nebo poloústavní péče pro určité skupiny starých lidí sponzorované nestátními, mj. charitativními organizacemi. Vytvářejí se dobrovolné organizace, jejichž cílem bude jednak materiální pomoc starým občanům, jednak pomoc před sociální izolací, která je nejčastější příčinou dekompenzace zdravotního stavu těchto občanů.

2.6 Hospicová péče

V životě jsme zákonitě konfrontováni se situací, kdy odchod blízkých lidí nám připomíná konečnost vlastního života. Taková situace nás přinutí zabývat se odkládaným tématem a často sami zjišťujeme, že nejsme dostatečně připraveni. Ve velké většině nemáme

žádnou nebo jen minimální zkušenost s doprovázením lidí, kterým se již v nedaleké budoucnosti rýsují hranice jejich života. Situace blížící se smrti milovaného člověka je vnímána jako hrozná a těžká životní zkouška. Je tím těžší, čím větší je citový vztah k umírajícímu a čím méně víme o tom, co nás na této cestě čeká.

Téma konce lidského života se opakovaně vrací do celé společnosti. Od počátku devadesátých let minulého století se i v naší republice rozvíjí hospicové hnutí, kteří věří, že život má svou hodnotu bez ohledu na to, kolik ho ještě zbývá. Cílem tohoto hnutí je vytvoření podmínek pro udržení kvality života i na jeho konci.

Současná hospicová péče navazuje na tradice klášterních útulků. Dnešní zdomácnělý název *hospic* pochází z latinského *hospes*, které označovalo hosta (ale i hostinského). Substantivum *hospitale* pak útulek pro nemajetné a chudé nebo nemocníci.

Použití pojmu *hospice* k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa, vznikl opět v Londýně v roce 1969.

V České republice působí několik hospiců a poskytuje se hospicová péče, i když tyto pojmy současná legislativa nezná. Praxe v tomto případě předběhla legislativu. Dle připravovaného zákona o zdravotní péči se hospicovou péčí rozumí komplexní paliativní léčba a péče zohledňující potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. Je součástí následné lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče.

Pro hospicovou péči lze vymezit několik základních charakteristik:

- hospic je většinou nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči,
- hospic má navázány smlouvy o hrazení poskytnuté péče se zdravotními pojišťovnami,
- péče v hospici je zásadně multidisciplinární a týmová,
- v rámci celodenního programu respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života,
- standardní součástí vybavení hospice je i vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je např. i kaple a místnost posledního rozloučení,
- při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým,

- při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a vnější realitou,
- hospic má obvyklou kapacitu cca 25 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí, ale svůj pobyt si hradí,
- hospic plní funkci edukačního centra hospicové péče v regionu.

2.7 Aktuální problémy ústavní péče v České republice

Ústavní sociální péče se dostala v naší zemi do popředí zájmu po roce 1989. Do této doby byla ústavní sociální péče téměř tabu, zvláště co se týče postižených a starých lidí. Úroveň péče v ústavech byla velmi nízká, a to nejen co do materiálního vybavení, ale též po personální stránce. Neuplatňovala se základní lidská práva pro postižené osoby jako jsou zdraví, bezpečnost, sociální jistota, výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, akceptace rodinného života, občanské soužití, vlastní volba, rozhodování, nezávislost.

Před více než třiceti lety prohlásil prezident Spojených států John F. Kennedy, že **měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany**. Toto krédo přimělo mnoho západních společností ke zkoumání vlastních postojů, zákonů a zvyků při práci zabezpečující lepší život osob s postižením. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených a starých občanů nezbytné. Slova prezidenta Kennedyho naznačují, že takovou inkluzi zvyšujeme humanitu naší společnosti.

Směr vývoje zabezpečování lidských práv pro občany se dodnes mezi národy liší. Západní státy, které mají dlouholetou zkušenost s rozvojem demokratických principů, se nyní plně zabývají uplatňováním lidských práv pro všechny občany bez rozdílu. Země, které teprve nedávno přistoupily k úkolu rozšiřování lidských práv a hodnot, by se stále měly učit ze zkušeností, které jsou pro jiné národy historií.

Stejně jako zdraví patří i nemoc, zdravotní postižení a stáří k životu. Riziko zdravotního postižení v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady existuje u každého z nás a roste s přibývajícím věkem. V České republice je asi 1 200 000 občanů se zdravotním postižením.

Zdravotním postižením se na rozdíl od nemoci rozumí dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nelze léčbou zcela odstranit. Jeho negativní důsledky je ovšem možno zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž se musí podílet celá společnost. Vyspělé státy proto vytvářejí vedle svých systémů zdravotního a sociálního pojištění i systémy pro snížení důsledků zdravotního postižení. Mezi tyto státy patří i Česká republika.

Ústavní péče ve stávající podobě se již přežila, protože velké ústavy jsou nevyhnutelně vždy poněkud *dehumanizující*. Také požadavek na harmonizaci našeho komunitárního práva se zeměmi EU nutně vyústí v postupnou, avšak důslednou deinstitutionalizaci. Cílem

pro další období musí být zajistit, aby ústavy navrácené v restitucích nebyly nahrazovány novými velkými ústavami, ale jinými formami sociálních služeb. Zdravotně postižený nebo jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda se rozhodne pro umístění v některém z nově vytvářených zařízení komunitní péče. Formou normativů na klienta musí být vytvořeny rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele ústavní péče podobně, jako byly vytvořeny srovnatelné podmínky pro státní a nestátní školy a školská zařízení.

V České republice je více než 600 ústavů sociální péče, mezi nimi i ústavy specializované na zrakově, tělesně a mentálně postižené. Zcela však byly opomenuty potřeby starých neslyšících osob, které komunikují ve znakovém jazyce a pro které je společnost dalších neslyšících zcela optimálním životním prostředím. Neslyšící totiž představují výjimku v požadavku na decentralizaci speciálních škol a ústavů sociální péče, protože tvoří jazykovou a kulturní menšinu, která dává přednost vzájemnému soužití před integrací do společnosti slyšících. Tento dluh společnosti je třeba splatit a urychleně vytvořit zařízení pro neslyšící seniory.

Mezi zásadní cíle sociální politiky v ČR se řadí zahájení transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče - zajistit, aby každý těžce zdravotně postižený občan nebo jeho zákonný zástupce měl možnost svobodné volby mezi osobní asistencí, péčí v rodině, komunitní sociální péčí, chráněným bydlením, ústavní sociální péčí a dalšími formami sociálních služeb, vytvořit rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb.

K těmto cílům směřují i navrhovaná opatření:

- Vytvořit legislativní předpoklady postupného snižování počtu stávajících státních ÚSP a jejich nahrazování jinými formami sociálních služeb.
- Podporovat investiční výstavbu chráněných a skupinových bytů.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí provede průzkum potřebnosti a v případě kladného výsledku perspektivně přemění některé ze stávajících zařízení na domov pro neslyšící seniory.

2.8 Současný stav v ústavech pro seniory v České republice

Současný stav v ÚSP je odrazem systému péče před rokem 1989. Po změnách, jež po roce 1989 nastaly, můžeme sledovat velký krok směrem kupředu v úrovni zabezpečování služeb v ÚSP. I přes veliký pokrok, který byl v systému sociální péče u nás uskutečněn, problémových oblastí, které lze v této oblasti nalézt, je stále dost. Lze je rozdělit do osmi kategorií, které se přímo či nepřímo podílí na kvalitě života v jednotlivých typech zařízení, jsou jimi: klientela, poskytovatelé, organizace a řízení, finance, budovy, vybavení, zdravotnické a další služby, plánování. Oblasti jsou rozděleny na vnitřní a vnější.

2.8.1 KLIENTELA V ÚSTAVECH PRO SENIORY

Základní vnitřní problémy:

- Ztráta vazeb s rodinou – vzdálenost od domovské obce k ústavu je mnohdy značná, členové rodiny nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízení či v jeho těsné blízkosti, a tak kontakt s rodinou je sporadický. Je nutno tedy zřídit alespoň skromné ubytování pro návštěvy, rozvíjet vazby na lokální úrovni.
- Ztráta společenských vazeb – kontakt ústavu se společenským životem obce je minimální. Zařízení žije svým vlastním životem, který je podřízen funkci ústavu. Nutno otevřít instituci obci pomocí oboustranně prospěšné výměny služeb, zapojení klienta do života obce.
- Omezené soukromí – zařízení jsou kapacitně předimenzována, na jednom pokoji je až osm klientů a více, možnost soukromí je prakticky vyloučena. Je potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity (např. plenty).
- Dezorientace v novém prostředí – klienti nejsou před zařazením do ústavu připravováni na změnu prostředí, a často je to pro ně psychický šok. Řešení je možno spatřovat v bližší spolupráci se sociálním pracovníkem před umístěním do příslušného zařízení.
- Komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb – klienti nemají možnost komunikovat s poskytovatelem služeb, což prohlubuje sociální izolovanost klienta. Pro kvalitnější socializaci by bylo vhodné rozšířit spolurozhodování a spoluzodpovědnost klienta na chodu zařízení.
- Ztráta plnoprávné občanské pozice – klient je chápán jako subjekt péče, jeho rozhodovací práva jsou omezena. Advokátem práv a svobod klienta se stává zařízení, ve kterém je klient umístěn. Klientovi by se tedy měla dát možnost v širší míře uplatňovat spektrum občanských práv, případně částečné omezení práv pouze v nezbytném případě a se souhlasem klienta nebo zákonného zástupce.
- Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti – klient se smiřuje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod ústavu. Cílem by se mělo stát zvyšování spoluzodpovědnosti klienta za kvalitu poskytované péče.

Základní vnější problémy:

- Vyšší závislost na ošetrovatelské péči – s růstem průměrného věku populace závislé na ošetrovatelské péči rostou nároky na ni. Zařízení nejsou na takový nárůst připravena, chybí technické i profesionální zázemí pro poskytování vyšší kvality ošetrovatelské péče.
- Neodpovídající aktuální stav klienta – systém depistáže neumožňuje pravidelné aktualizace stavu uchazeče o umístění do zařízení. Zdravotní stav klienta se během čekací

lhůty často podstatně změni, zařízení je nuceno vytvořit pro klienta prostředí pro které nemá odpovídající podmínky.

- Nedostatečná spolupráce obcí se zařízením – pouhý fakt, že občan v zařízení zůstává voličem, je obcí nedoceněn, vypovídá náležitě o stavu věci.
- Absence analýzy potřeb v lokálním i globálním měřítku – není specifikována návaznost jednotlivých funkcí péče, přesah z obce na okres a naopak, vzájemná spolupráce všech subjektů poskytujících péči není definována. Chybí seznámení s celoplošnou analýzou v návaznosti na demografický vývoj.

2.8.2 POSKYTOVATELÉ SLUŽEB V ÚSTAVECH PRO SENIORY

Základní vnitřní problémy :

- Nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče – potřeby dnešního klienta kladou zvyšující se nároky nejen na zdravotnické aspekty péče, ale i na sociální potřeby klienta, poskytovatelé nejsou dostatečně vybaveni nástroji a vědomostmi k plnění sociální funkce. Jako nezbytný krok se jeví systematické vzdělávání všech členů týmu v sociálně-zdravotním modelu péče.
- Práce ve stresu při zajištění péče – chronický nedostatek personálu způsobuje vystavování se stresovým situacím ze strany poskytovatele, což se promítá v psychickém stavu klienta. Řešením je minimalizování zátěže kvalifikovaných pracovníků v přímé péči ve všech oblastech, které nejsou orientovány na klienta a jeho potřeby.
- Absence kontinuálního sociálního vzdělávání – sociální práce je chápána jako doména terénních pracovníků, což je vzhledem k měnící se struktuře již neplatné. Je potřeba interního vzdělávání v této oblasti a propracovaná metodika sociální práce v těchto institucích.
- Malá spolupráce s rodinou – motivace členů rodiny je odrazem individuálního přístupu poskytovatele. Přístup rodiny je často podceněn, prostor pro participaci rodiny je vymezen návštěvní dobou zařízení. Rodina by měla být motivována pro zapojení poskytování péče klientovi.
- Rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb – jednostranný přístup ke klientovi vede ke vzniku rivality mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Je třeba posilovat vědomí služby klientům, prosazovat koncept *člena týmu* se zvláštní kvalifikací.
- Nízká motivace poskytovatelů – poskytovatelé nejsou dostatečně společensky ohodnoceni, což je důsledek postojů, které stavěly postižené občany na okraj společnosti. Nutnost vytváření podpůrných skupin z činitelů politických, společenských a masmediálních.

- Identifikace služby s budovou – poskytovatelé často identifikují službu, kterou zajišťují prostřednictvím budovy, ve které je tato služba umístěna. Tato identifikace znemožňuje objektivní pohled na kvalitu služeb, které zařízení poskytuje, omezení stavební či prostorová jsou chápána jako limity kvality služeb. Třeba si uvědomit, že budova nepředstavuje službu, ale jen nástroj k jejímu poskytování.

Základní problémy vnější :

- Veřejnost nedostatečně rozpoznává důležitost a náročnost péče o osoby se zvláštními potřebami. Na poskytovatele je nahlíženo s malým společenským respektem, služba je mylně považována za okrajovou, což je z hlediska poskytovatele nedostatečně stimulační.

2.8.3 ORGANIZACE A ŘÍZENÍ ÚSTAVŮ PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Pracovní náplně nereflktují specifika klientely – pracovní náplně nejsou formulovány s ohledem na specifické problémy cílových skupin klientů a jejich zvláštní potřeby. Měly by se tedy definovat potřeby specifických skupin klientů, rozšiřovat úkony sociální a odbornost pečovatelských specializovat.

- Obava z nových přístupů v řízení – ředitel zařízení nese odpovědnost za všechny oblasti funkce zařízení, je tedy těžké aplikovat některé nové postupy řízení. V případě vytvoření kvalitního managementu, týmu pracovníků zabývajících se např. získáváním alternativních zdrojů, stykem s veřejností apod. by ředitel pouze schvaloval navržená řešení a postupy realizace, což by mělo za následek rozšířené možnosti vzdělávání top managementu.

- Nedostatečný týmový přístup – jednotliví odborníci se navzájem neinformují o stavu klientů, o jejich potřebách a provozních možnostech, o tom, jak tyto potřeby uspokojit. Měl by se aplikovat systém krátkých a věcných porad, pro jednotlivé oblasti určovat tým řešitelů.

- Malá spolupráce mezi zařízeními – jednotlivá zařízení neplánují společný přístup při rozvoji pečovatelských – ošetrovatelských služeb pro klienty. Dochází k situaci, v níž na jednom místě či v rámci okresu jsou určité služby realizovány několika subjekty. Ta zařízení, která již služby poskytují, by měla pravidelně vyhodnocovat strukturu potřeb na trhu v dané oblasti, spolu pak oslovit nové subjekty poskytující péči a dohodnout sféry spolupráce tak, aby byla vždy oboustranně úspěšná.

- Absence plánu nábory a práce s dobrovolníky – zařízení nemají propracovanou koncepci nábory a práce s dobrovolníky. Ti mohou hrát pozitivní roli při zajišťování péče. Práce s nimi je sice organizačně náročnější, na druhé straně při vhodném managementu je možné snížit některé náklady na zaměstnance v oblasti aktivit a volného času.

Základní problémy vnější :

- Absence dlouhodobého rozvoje plánu – většina úkolů, které organizace řeší, se týká okamžitých potřeb. Dlouhodobý plán je rozpracován ve formě vize bez konkrétních fází realizace. Základní kritéria dlouhodobého rozvojového plánu by měla být vymezena v souladu s koncepcí na úrovni obce či okresu.
- Direktivní umístování klientů – klienti jsou umístováni na základě volných míst v zařízeních sociální péče. Jen málokdy je možné vyhovět partikulárnímu přání klienta o umístění v konkrétním zařízení. Právo volby není na straně klienta, ale na straně poskytovatele.

2.8.4 FINANCOVÁNÍ ÚSTAVŮ PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Nedostatečná spolupráce s obcí – zařízení jsou izolována od finančních zdrojů obce, která hledí na okresní zařízení jako na organizaci spadající pod okresní úřad, včetně financí. Je třeba neustále sledovat vývoj v obci a flexibilně nabízet oboustranně prospěšnou spolupráci při zajišťování péče o obyvatele obce (zřízení ordinace, lékárny).
- Absence plánu rozvoje alternativních zdrojů – potencionální zájemci o spolupráci a podporu nejsou oslovoováni cíleně. Jejich zajištění je vázáno v mnoha případech na osobní iniciativu vedení zařízení či na náhodě. Analyzováním trhu dárců, vytvořením atraktivní podpory péče a prostřednictvím technik získávání alternativních zdrojů (sbírky, benefiční koncerty) lze zvyšovat operační kapitál zařízení.
- Vysoké výdaje na zajištění technického chodu zařízení – vzhledem ke stavu budov, ve kterých se ÚSP často nacházejí, zvyšují se náklady na údržbu neúměrně k nárůstu kvality služeb. Část potřebných prostředků by se měla čerpat právě z fondů alternativních zdrojů.

Základní problémy vnější :

- Nízká flexibilita rozpočtu – možnost práce s kapitálem je velmi omezena, rozpočty organizací jsou fixně rozlišeny, kapitál je v pohybu pouze na úrovni okresu, což znesnadňuje operativnost řízení a postupného navyšování finančních prostředků pro jednotlivá zařízení.

2.8.5 BUDOVY ÚSTAVŮ PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Prostorové přetížení – původní účel budov neodpovídá současným požadavkům, i v případech tzv. účelových staveb dnešní potřeby překonávají původní záměr, prostory jsou přetíženy, kapacita pokojů předimenzována. Nutností se nyní stává zefektivnění logistiky zařízení, hledání dodavatele na služby, které nejsou spojeny s přímou péčí o klienta (kuchyně, prádelna). Je vhodné umístit do stávajících prostor službu, která napomůže udržet klienta v domácím prostředí.

- Bariéry – budovy nejsou vhodné pro osoby s tělesným postižením. Tyto osoby by se měly umísťovat v přízemí objektů, v budoucnu hledat řešení spíše technická nežli stavební.

- Absence zvláštního prostoru pro terminální stavy – zařízení tímto prostorem nedisponují a klient nemá možnost užívat alespoň v posledních dnech svého života práva na privátnost v kruhu rodiny. Nutno tedy zřizovat pokoj se zvláštním režimem právě pro takové stavy.

Základní problémy vnější :

- Památková ochrana objektů – budovy jsou v mnoha případech památkově chráněny, a to velmi komplikuje možnosti stavebních úprav pro zkvalitnění života klientů.

- Izolace od obce – budovy jsou často umístěny v odlehlých částech obce či okresu. Napojení na služby obce je velmi komplikované a finančně nepříznivé.

2.8.6 VYBAVENÍ ÚSTAVŮ PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Nedostatečné vybavení pro imobilní klienty – kompenzační pomůcka pro imobilní klienty je z pohledu finančních možností zařízení velmi náročná, klient bývá často trvale upoutaným na lůžko. Prostřednictvím cílených rehabilitačních programů lze maximálně možně udržovat pohybové schopnosti klienta, informace pravidelně předávat ošetřujícímu personálu tak, aby indikované postupy byly zohledněny i v rámci sebeobsluhy. Cíleně zahájit program získávání alternativních zdrojů.

- Nedostatečné vybavení pro aktivity – zájem o aktivity ve volném čase stoupá, jejich sociální dopad je nesporný, ale zařízení zatím nemají dostatek vybavení pro nabídku těchto aktivit. Programy aktivit by měly reflektovat osobní přání klientů, tyto programy vytvářejí ideální prostor pro dobrovolné pracovníky zařízení a jejich spolupráci s kvalifikovaným personálem.

Základní problémy vnější :

- Sporné a problematické financování některých pomůcek a léků – zařízení jsou z jedné strany považována za instituci poskytující primární péči a ze strany druhé za instituci nahrazující domov. Cíl obou přístupů je zařízení jako takové – klient není dostatečně akcentován.

2.8.7 ZDRAVOTNICKÉ A DALŠÍ SLUŽBY V ÚSTAVECH PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Absence komplexního přístupu ke klientovi – klient je chápán jako subjekt přijímající zdravotnickou péči. Jeho sociální potřeby nejsou dostatečně akceptovány. Řešení leží v multidisciplinárním přístupu ke klientovi, v ideálním případě jsou to následující disciplíny, podílející se na péči o klienta: lékařská, zdravotnická a pečovatelská péče, logopedie, aktivity, ergoterapie, fyzioterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, psychologie a pastorační práce.

- Řeší se pouze okamžitý stav klienta – není vypracovaný individuální dlouhodobý plán péče, který v maximální míře rozvíjí zbylé schopnosti a dovednosti klienta. Je třeba individuální plán koncipovat na bázi multidisciplinárního přístupu následovně: sociální anamnéza, zdravotní anamnéza, subjektivní potíže, intervence, harmonogram konzultací disciplín.

- Nediferencované umístění klientů – umístění se řídí volnou kapacitou v zařízení, nebývají dostatečně rozlišeni klienti s geriatrickou a psychogeriatrickou indikací. To vede k problémům se zajištěním péče pro klienty s indikací psychogeriatrickou, kteří v mnohých případech potřebují zvláštní režim.

Základní problémy vnější :

- Neexistuje statut ošetrovatelského domova – i přes poskytování náročných ošetrovatelských úkonů není toto zohledněno.
- Absence minimálního standardu péče – značně ovlivňuje rozhodování klienta při volbě konkrétního zařízení.

2.8.8 PLÁNOVÁNÍ V ÚSTAVECH PRO SENIORY

Základní problémy vnitřní :

- Obtížná akceptace adaptace na trh – zařízení těžko přijímá fakt, že je to právě klient, který vytváří trh poptávky. Případná *ziskovost* při poskytování péče je chápána na úkor kvality služeb pro klienta. Je třeba cíleně oslovovat ředitele zařízení formou přednášek s hlavním tématem: *kdo je klient?* Je třeba si uvědomit, že ziskovost spočívá ve spokojeném klientovi, který se vrací a zařízení doporučuje. Forma vlastnictví je druhořadá.

- Nedostatečný globální přehled o vývoji trhu – zařízení těžko opouští zaběhnutý model funkce, případná zásadní změna je jen těžko akceptovatelná. Zařízení by měla dlouhodobě formulovat své postavení v síti sociálních služeb. Specializace umožní zařízením efektivněji využívat zdroje a zkvalitňovat své služby.

Základní problémy vnější :

- Absence dlouhodobého plánu rozvoje – zařízení nefunguje na základě dlouhodobého plánu rozvoje. Koncepce řeší momentální místní či okresní potřeby.
- Plánování na bázi *rozpočet – opatření – vize – zařízení* odvíjí svoji strategii od rozpočtu, se kterým disponují. Stavba rozpočtu nedává možnost pružně reagovat na měnící se strukturu klientů a jejich potřeb.

2.8.9 STRATEGIE FINANCOVÁNÍ ÚSTAVŮ PRO SENIORY

Požadavky na sociální zabezpečení v České republice se blíží modelu, který byl běžný v Západní Evropě v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Instrukce čelí finanční krizi, aby dosáhly srovnání se západoevropskými standardy a splnily rostoucí požadavky stárnoucí populace, musí být připraveny na splnění přemíry požadavků, které nemohou být financovány státem, aniž by byly zvýšeny daně. Kvalita služeb bude muset být vyšší, náročnější a nákladnější. V této souvislosti je také zřejmé, že budovy, v nichž instituce sídlí, jsou naprosto nevhodné, nejen pro svoji velikost, ale i pro obrovské náklady na jejich provoz.

Ředitelé čerpají z rozpočtů na provozní náklady, aby zabezpečili naléhavé opravy chátrajících budov, personál má nízké platy a klienti spí v mnohalůžkových pokojích. Je pociťován tlak nejen na okresní úrovni, kde odpovědné orgány jsou nuceny úzkostlivě omezovat rozpočty institucí, aby je udržely v rámci předepsaných limitů, ale též tlak na politické úrovni, kde existují požadavky z části populace na širší spektrum a lepší kvalitu služeb, a současně odpor k placení vyšších daní z druhé části populace.

Řešení, které bylo v západní Evropě nalezeno, spočívá ve vyhledávání alternativních zdrojů financování a vlastnictví sociálních a zdravotních služeb. Tato řešení se velmi liší od návrhu, aby jednotlivé instituce rozvíjely svoje vlastní přídavné zdroje financování (nadace založené příbuznými klientů). Je tím myšlena přímá privatizace, převedení instituce na soukromou organizaci, ať už dobročinnou nebo soukromou společnost. Konečným efektem bylo podstatné zvýšení množství prostředků, zvýšení počtu zdrojů a připuštění vyšší úrovně volnosti v rozhodování ředitelů, jak budou peněžní prostředky využity. Tento trend v západní Evropě změnil nejenom objem dostupných prostředků a vlastnictví institucí, ale také statut klienta a ředitele instituce.

Rovněž starosti s údržbou velkých budov v západní Evropě neznají, a starají se více o klienty a jejich potřeby. Klient je chápán jako občan, který potřebuje pomoc.

Úloha státu se v tomto procesu vyvíjí. Stát se přeměňuje z úlohy výhradního zabezpečovatele do role posledního útočiště, který péči v krajním případě poskytne, pokud potřeby klienta neuspokojí rodina (Friedmann, 2000).

2.8.10 NÁVRHY A OPATŘENÍ V OBLASTI ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY

Ze studií, které byly v rámci zpracování tohoto textu analyzovány a vzhledem k předcházejícím kapitolám lze vymežit koncepční závěry, které by mohly významně ovlivnit budoucí postavení a funkci ústavních zařízení pro seniory v České republice:

Pozice klienta:

Služby sociálního zabezpečení musí být orientovány na klienta. Na klienta musí být nahlíženo jako na občana se všemi občanskými právy. Právo na respekt osobnosti, soukromí, svobodu rozhodování při poskytování péče je prioritní. Budovy a zařízení jsou nástrojem poskytované péče.

Vymezení vlastnických vztahů:

Služby sociálního zabezpečení by měly být konstituovány na bázi různých vlastnických vztahů. Konkurence mezi zařízeními by měla být podporována. Stát by měl podporovat proces odstátnění formou pomoci technické, finanční či manažerské. Stát musí zůstat posledním útočištěm, nesmí však blokovat konkurenci.

Úloha ředitele:

Role řídicího pracovníka spočívá ve schopnosti odhadnout a flexibilně uspokojovat měnící se potřeby trhu (klientů), pomocí vzdělávacích programů realizovat proces změn. Měly by být posíleny kompetence ředitele zařízení jako nositele změn s ohledem na jeho kvalifikovanou znalost trhu.

Vazba na místní společenství:

Podporovat názor, že úspěch zařízení je úzce spjat s úspěšnými vztahy k místnímu společenství. Klient je volič a takto musí být též vnímán. Klient by měl mít možnost výběru na základě nabídky různých subjektů poskytujících sociální péči.

Zahraniční experti na základě analýzy stávajícího stavu vymezují tři hlavní fáze vývoje služeb v ČR:

1. Úvodní fázi, při které se mění postoj ke službám a náhled personálu, instituce přijímá filosofii většího soustředění na klienta a zahajuje nové vztahy s okresními a místními orgány.

2. Fázi experimentování a plánování, při které instituce přijímá novou strategii, prozkoumává nové možnosti financování a hledá cesty, jak minimalizovat omezení prostorové

a finanční. Nové vztahy jsou vytvářeny v místní oblasti zaváděním externích služeb a zaměřením se na péči v obci.

3. Fázi uvolnění, při které se zařízení uvolňuje ze závislosti na původní budově a začíná provádět program sociální péče založený na službách zabezpečujících multidisciplinární přístup ke klientovi žijícímu ve společenství za podpory rodiny, přátel a specialistů. Zařízení jsou provozována na bázi neziskové organizace řízené ředitelem a správní radou.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jak se vyvíjela ústavní péče v období prvních civilizací?
 2. Jak se vyvíjela ústavní péče v období starověku?
 3. Jak se vyvíjela ústavní péče v období středověku?
 4. Jak se vyvíjela ústavní péče v období novověku?
 5. Jaké jsou současné problémy ústavní péče?
 6. Jaký význam má existence ústavní péče v kontrastu k integraci a inkluzi ve speciální pedagogice?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vyberte jeden typ soudobé ústavní péče (nemocnice, domov pro seniory, centrum sociálních služeb s dlouhodobým pobytem, vězení, apod.) a vytvořte analýzu pozitiv a negativ tohoto zařízení ve vztahu k existenci vybraného ústavu. Ústavní zařízení vyberte konkrétně a vytvořte prezentaci na daný úkol, který se bude v rámci kontaktní výuky prezentovat a kriticky evaluovat.



DALŠÍ ZDROJE

- BUSS, D. (2009): *Evoluce touhy. Strategie sexuálního chování*. Praha: Volvox Globator
- ACKERKNECHT, H. *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: 1966.
- BROŽÍK, V. *Hodnoty, normy a projekty světa*. Bratislava: Epoque, 1969.

ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V. *Sociální ochrana*. Praha: Policejní akademie ČR, 1997.

ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994.

ELVERT, Ch. *Beiträge zur Geschichte d. königl. Städte, insb. D. königl. Landeshauptstadt Brünn*. Brno: 1860.

ELVERT, CH. *Geschichte der Heil- u. Humanitäts-Anstalten in Mähren und Oesterr. Schlesien*. Brno: 1858.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: NLN, 1994.

HÁDLÍK, J. *Poznámky k vývoji péče o duševně nemocné na území Moravy a Slezska*. In. Sborník 100 let psych. léčebny. Brno: 1963.

KOLEKTIV. *Filozofický slovník*. Praha: 1994.

KOLEKTIV. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: SLON, 1994.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1995.

NÁVRAT, V. *Vývoj choromyslnictví na Moravě a nový Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži*. Praha: 1908.

PALOUŠ, R. *Čas výchovy*. Praha: SPN, 1991.

PÁL, L. *Penitenciárna pedagogika*. Bratislava: SZNV SSR, 1985.

PÁNDY, K. *Die Irrenfürsorge in Europa*. Berlin: 1908.

PEJCHL, J. *Základ moderní psychiatrické péče na Moravě*. In. 120 let psychiatrické léčebny v Brně - Černovicích. Brno: 1983.

PEŠKOVÁ, J., ŠEVČÍK, O. *Filozofie - kultura - civilizace*. Praha: Karolinum, 1997.

PIKÁLEK, Š. *Ústavná sociálna starostlivosť pre ťažko mentálne postihnuté osoby*. Bratislava: PTK-ECHO, 1994.

PINEL, P. *Traité médico - philosophique sur l 'aliénation mentale ou la manie*. Paris: 1808.

SYŘIŠŤOVÁ, E. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.

VÁROSS, M. *Úvod do axiologie*. Bratislava: Epoque, 1970.

VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných časů*. Praha: Karolinum, 1996.

VOJTOVÁ, M. *Zprávy komise pro dějiny přír., lék. a techn. věd.* čl. 13, r. 1963, str. 18-28.

Wolman. Handbook of Clinical Psychogy. New York: 1966.



SHRNUTÍ KAPITOLY

V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém se-
pětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se první internační insti-
tucí jak léčebnou, tak trestní stal chrám. Bylo to místo náboženských obřadů i soudních
procesů. Na osobnostní a zdravotní abnormality bylo nahlíženo jako na nedílnou součást
společnosti. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti.

Antická společnost se vyznačuje stratifikací péče pro jednotlivé skupiny společnosti.
Nejstaršími ústavními institucemi v Řecku byla asklépia, která poskytovala léčbu balneo-
logického charakteru střední vrstvě společnosti. Historické prameny zaznamenaly vznik
soukromých klinik - iatreií, kde se věnovala péče nejbohatším členům společnosti. Pro
ostatní příslušníky polis byla realizována péče v rodinách - extramurální péče a zvláštním
druhem jakési "absolutní" internace bylo vyobcování ze společnosti, které znamenalo jistou
smrt, nebo přímá fyzická likvidace. V antice se objevily i první institucionalizovaná formy
péče vězeňské - robury, které se staly základnou pro výstavbu samostatných budov vězení.

Vedle léčebné funkce a výkonu trestu dominovala ochrana společnosti před jedinci psy-
chicky a fyzicky postiženými a sociálně nepřizpůsobivými.

Středověké pojetí internace je multifaktoriálně sociálně podmíněno (rozpad otrokářské
společnosti, vyčerpání a degenerace etnika, epidemie, morální krize, rozklad rodiny, mo-
rálky, osudovou se stala sama rozloha). V období raného středověku vznikaly při kláštorech
tzv. hospitaly, které poskytovaly sociálně charitativní péči. Křesťanství přináší na rozdíl od
antiky kvalitativní sociální změnu.

Specializovaná xenodochia znamenají kvalitativní sociální změnu v internační proble-
matice, poskytují specializovanou sociální péči a objevují se první profesionálové, ošetřo-
vatelé, kteří se rekrutují z řad mnichů, jeptišek, duchovních.

Problematiku internace výrazně doplňují i středověké věznice, podstatou internace byl
strach. Intelektuální centrum středověké společnosti - církev bylo zastáncem demonolo-
gické koncepce, která představovala jedinou možnou scholasticky přijatelnou koncepci.

Mocenské postavení církve prosazovalo démonickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem se stala ideologickou zbraní a fyzická likvidace postižených byla jediný možný způsob řešení problému.

Rozvoj lékařství po vzniku evropských univerzit oslaboval dogmata církve a nastupující renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst zapříčinil vznik samostatných objektů pro léčbu a internaci. Vznikly tzv. hospitaly.

Existenčně rozporuplné zůstává konstatování Foucaulta o řádem organizované institucionalizované Lodi bláznů.

Osvícenství přináší do sociálních struktur velké internační budovy, špitály trestní instituce. Tyto instituce měly polosoudní strukturu. Společnost odsuzuje zahálku a dochází k nucené práci, která diferencuje schopnosti jednotlivých typů postižení. Internace je instituční vynález 17. století. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu.

Novověká struktura přejala charakter internačních budov, na počátku 19. století však ostře kritizuje polyfunkčnost těchto zařízení. Devatenácté století je stoletím specializace ústavních zařízení. Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Současný charakter ústavní péče je mnohvrstevnatý. Ústavy, které byly primárně orientovány na vylučování lidí ze společnosti, se zaměřují na potřeby klientů. Ústav je spjat se třemi archaickými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování.

V ústavech existuje zvláštní hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřízeností neformální. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Mezi hlavní funkce ústavů patří podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení, represe. Specifickou je funkce rekreační. Uvedený přehled funkcí ústavu nelze chápat jako prezentaci ústavů s jednofunkčním zaměřením. Každý ústav je nositelem všech vyjmenovaných funkcí.

Transformační funkce ústavů je v souladu s některými lidskými rituály, které jsou založeny na principu transformace.

Represivní funkce je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždy moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci.

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají vůči okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá specifika v jednotlivých obdobích.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká člověka neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti. Patří sem i léčebny pro alkoholiky a toxikomany. V nich léčba probíhá jak dobrovolně, tak z rozhodnutí soudu jako léčba ochranná. Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí.

3 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ JAKO FORMA SOCIOEDUKATIVNÍ INTERVENCE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Myšlenky o síle a účinnosti vzdělávání při řešení společenských problémů byly v historii lidstva formulovány již mnohokrát. Od Sokratovského ztotožňování nevědomosti se zlem přes renesanční myslitele formulující utopistické ideje o osvícené vládě a vzdělaném národu, Komenského myšlenky o vzdělávání všech a pro všechny, ideje osvícenců apod. Přichází-li někdo dnes s podobnou myšlenkou, musí si být vědom toho, že se jen řadí k velikému zástupu, který už tu v historii lidstva byl.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je poskytnout studentům ucelený vhled do problematiky vzdělávání seniorů a zejména:

- Získají základní informace o vzniku vzdělávacích aktivit seniorů.
 - Pochopí zásady vzdělávání seniorů.
 - Seznámí se se základními didaktickými zásadami vzdělávání seniorů
 - Pochopí vznik a vývoj Univerzit třetího věku.
 - Získají informaci o dalších možnostech vzdělávání seniorů
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Vzdělávání světa, filozofická východiska, filozofie života, humanismus, diverzifikovanost, globální problém lidstva, globalizace světa, celoživotní vzdělávání, andragogika, integrální andragogika, postproduktivní věk, Lidová univerzita, Akademie třetího věku, Klub aktivního stáří, Univerzita třetího věku.

3.1 Filozofická východiska *Vzdělávání světa*

Myšlenky *Vzdělávání světa* jsou v různých modifikacích opět formulovány v posledních letech, kdy se lidstvo ztrátou obecných idejí stává bezmocné při řešení globálních problémů, problémů spojených s tempem udržitelného rozvoje, všeobecné devastace mravní, růstu globálních problémů ekologických, etických, kdy diktát komerce prostupuje zcela bezohledně všechny sféry společenského života a zabraňuje v řešení takových problémů, jako je bída a hlad, bezdomovectví, nezaměstnanost, etická nevraživost, lokální války apod.

Podnětem k uvažování o globálním vzdělávání a o vzdělávání jako o jednom z významných nástrojů pro řešení globálních světových problémů byla nejen bezradnost při nalézání jiných řešení, ale i úspěšnost při rozpracovávání koncepce celoživotního učení, která se v posledních dvou desetiletích ustálila jako převládající filozofie v oblasti vzdělávání – především vzdělávání dospělých – a začala nabývat zcela konkrétních forem a různých modifikací, jako jsou *učící se podnik, učící se město, učící se společnost*. Proč tedy ne *učící se svět*?

3.1.1 FILOZOFIE ŽIVOTA JAKO PŘEDPOKLAD EXISTENCE

Myšlenka vychází ze skutečnosti, že od počátku své existence žili lidé jako společenší tvorové a předpokladem jejich existence, průběhu života i štěstí bylo jejich začlenění do lidského společenství – do společnosti. Pro začlenění do jakéhokoliv společenství byla a je podmínkou schopnost socializace, tedy schopnost učení a výchovy.

Dnes, v době, kdy je člověk prezentován jako *homo sociologicus*, je v podstatě nemožné prožít plnohodnotný život bez bezproblémového sociálního začlenění, bez akceptování obecných sociálních hodnot a norem, bez přijetí převládající sociální filozofie, bez učení. Základní podmínkou pro obecné přijetí takovéto sociální filozofie a její všeobecné respektování je její odpověď na základní tužby lidstva jako celku; musí se tedy stát filozofií života. Problémem asi bude formulovat základní tužbu lidstva. Má-li mít takovou míru obecnosti, aby byla přijímána všeobecně, bude asi obsahovat ideu individuální lidské svobody, realizované v kontextu všeobecné humánnosti. Musí být univerzální a přijímat pro všechny stejná pravidla *lidského* bytí (podtržení slova *lidského* je zde významné) jako základní princip existence. Musí hledět dopředu, k lepší budoucnosti pro všechno lidstvo. Pokud se podaří takovouto filozofii nastolit, bude velmi dobře korelovat s konceptem *Vzdělávání světa*.

3.1.2 OBECNÁ VÝCHODISKA KONCEPCE *VZDĚLÁVÁNÍ SVĚTA*

Lidský druh se liší od ostatních druhů kromě jiného i výhodou lepší komunikativnosti. Její podstatou je nejen jazyk, ale i schopnost myšlení, společenské soužití a v rámci něho možnost lidského souznění, soudržnosti a spolupráce. Jazyk vždy umožňoval člověku komunikovat s člověkem přítomným na stejném místě v ten samý čas. V průběhu času padlo toto omezení jak prostorové, tak i časové. Padly téměř všechny technické komunikační bariéry, a pokud lidé chtějí a jsou ochotni komunikovat, nic jim již nebrání. Komunikační

exploze se tak v současnosti – s možnostmi a významem vzdělávání – stává ještě výraznější a může sehrát stále významnější roli v prosazování myšlenek nové koncepce lidství.

Koncept *Vzdělávání světa*, jak již bylo zmíněno, není ideou zcela novou. Humanismus a filozofie *vzdělávání světa* prolínají celé dějiny filozofie od antiky přes renesanci až po současnost. Humanistické ideje a světový optimismus prolínaly veškeré pokrokové myšlení až do druhé světové války. S jejím skončením se opět mluvilo o novém světovém řádu. Z tohoto přesvědčení vyplynulo i založení Spojených národů. Optimismus, s nímž byly zakládány, se brzy ukázal velmi relativním. Záhy se projevila omezenost jejich možností v podmínkách stále se prohlubujících diverzifikovaností světa a vznikající globální společnosti.

V padesátých letech minulého století se dostal do popředí koncept psycho-sociální evoluce, kterou propagoval např. Jilian Sorell Huxley (mj. první generální ředitel UNESCO) nebo Pierre Teilhard de Chardin (se svým spojováním darwinismu a křesťanství). Humanita se pro ně stala základním měřítkem při řešení možností sjednocení lidstva. Jejich optimismus vzal za své se studenou válkou. S jejím ukončením se opět očekávala změna – *Nový světový řád*. Ale i tato idea zanikla v lidské nevráživosti a následujících lokálních válkách, bezohledných komerčních zájmech, národnostních a náboženských hysteriích i bojích za lidská práva. Psycho-sociální ideje byly překonány politicko-ekonomickými a nacionálně-náboženskými silami.

Mezi psycho-sociální ideje patřila i idea komunismu, k jejímuž vzniku dal podnět západní výrobní systém. Aniž bychom chtěli význam této ideje přeceňovat, je třeba konstatovat, že šlo o sjednocující morální sílu, která nebyla postavena ani na náboženství, ani na nacionalismu. K deformaci myšlenek komunismu došlo patrně ze dvou důvodů. Tím prvním byl špatný odhad lidské mentality, a tudíž i lidského chování s jeho přirozenou snahou získat výhodu i v podmínkách společného vlastnictví výrobních prostředků. Druhým důvodem byla společenská realizace psycho-sociální ideje v Rusku, poznamenaném dlouhou historií despotismu, který se jako společenský fenomén prosadil i v podmínkách realizování nových idejí. Pádem komunismu padla nejen jedna alternativa sjednocující síly lidstva, ale je jím poznamenáno i celé západní filozofické myšlení, které ztratilo protipól pro své ideje, a tím i ideje samotné.

3.1.3 SOCIO-EKONOMICKÉ PROSTŘEDÍ JAKO GLOBÁLNÍ PROBLÉM LIDSTVA

Zmizely sebedůvěra a optimismus. Morální a sociálněpsychologické problémy jsou sice upřednostňovány jako základní pilíře tzv. svobodné společnosti, ale jsou stále nabourávány mocenskými zájmy, drogovou kulturou, zvyšující se kriminalitou, terorismem, úpadkem rodinné struktury, devastací životního prostředí a neustálou nukleární hrozbou. Na druhé straně většina světové populace žijící v tzv. rozvojových zemích (kde i pojem *rozvojové* je důsledkem obrany svědomí bohatých zemí) se snaží o holé přežití pod metlou chudoby, přelidnění a nevědomosti.

Rozdíl mezi chudými a bohatými zeměmi se prohlubuje ze dne na den. V roce 1994 byl podle údajů Světové banky rozdíl v HDP mezi nejbohatšími a nejchudšími zeměmi 1 : 474 (Rwanda 80 dolarů a Švýcarsko 37 230 dolarů). Nikdy v historii lidstva nebyl zaznamenán tak velký rozdíl v bohatství a životní úrovni mezi zeměmi. Vzhledem k prohlubování tohoto rozdílu se prohlubují i šance a možnosti řešení až k prahové možnosti řešení situace vlastními silami.

Hovoříme často o pojmech průmyslové revoluce – první, druhá, třetí apod. Při tomto členění se opět uvažuje pouze v kontextu průmyslových elit. Přitom je zcela evidentní, že k ukončení průmyslové revoluce zdaleka ještě ve světě nedošlo. Pro dvě třetiny lidstva tento proces teprve začíná. Řešení tohoto problému na světové úrovni by se mohlo stát i podnětem k překonání ideologické krize Severu – spojit síly s chudým Jihem ve společném boji za rychlou industrializaci světa. I když je dlužno poznamenat, že toto je myšlenka velmi hypotetická a téměř humorná, kdyby nešlo o fakt přežití.

Pro úspěch koncepce *Vzdělávání světa* je především potřebná globální společensko-sociální filozofie, liberální k většině lidí světa. V podmínkách rozdílného socio-ekonomického prostředí realizována být nemůže. Nemůže ani vzniknout jako konstrukce z logiky samotné; taková filozofie, její síla, musí být odvozena z ducha lidství, který je společným jmenovatelem lidstva a největším zdrojem lidské energie. Tímto duchem lidství se pochopitelně nemíní žádné náboženství nebo ideologie.

Stejně jako průmyslová revoluce také pojem lidská práva je dnes obsahem většiny světových dokumentů a prohlášení. Při analýze obsahu tohoto pojmu je nutno opět konstatovat, že jde zatím pouze o proklamaci. Není možno mluvit o lidských právech, nehovoří-li se i o rovnoprávném postavení a stejných možnostech. Nelze od sebe separovat práva a privilegia.

Všichni chudí na světě se chtějí stát bohatými. Při současném politickém a ekonomickém rozdělení světa je šance zmiňovaných dvou třetin světa nereálná. S rostoucí populací se chudí stávají každým dnem chudšími. Majetek světa je rozdělen a je osudovou otázkou, zda světové životní prostředí unese exploataci zdrojů dalších. Proto pesimisté hovoří o blížící se osudovém dnu, optimisté vidí budoucnost ve skutečnosti, že lidstvo zatím ve své dlouhé historii již přežilo několik osudových dnů, a přesto existuje.

3.1.4 GLOBALIZACE SVĚTA JAKO SOCIÁLNĚ ETICKÝ PROBLÉM

Je nepochybné, že nastal proces globalizace světa, a to nejen v možnostech komunikačních a v provázanosti ekonomické a finanční, ale především v oblasti životního prostředí a únosnosti jeho dalšího zatěžování. Výsledek této globalizace je zatím stále nejistý, protože není nijak regulován a prosazuje se v podstatě živelně, s převládající rolí samoregulačních tržních mechanismů. Globalizace vytváří nové prostředí pro prosazování skupinových komerčních a politických, popř. etnických či náboženských zájmů. Otázka regulace procesu globalizace je otázkou rovněž osudovou: jak udělat tento proces lidským, jak ho podřídit vytčeným humanizačním cílům? Znamená to neprohlubovat izolaci, ale spojovat všechny

pokrokové síly světa k utváření společných záměrů. Takováto spojení mohou sehrát významnou roli v prosazování jednotné světové filozofie, *filozofii vzdělávání světa* nevyjímaje.

3.1.5 VZDĚLÁVÁNÍ SVĚTA JAKO PROSTŘEDEK K ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ

Vzdělávání světa se v procesu globalizace stává významným prostředkem, který nelze zaměňovat s cílem, který by měl být obsahem již zmiňované filozofie světa. *Vzdělávání světa* může sehrát svoji úlohu jen za předpokladu vytyčení jasných cílů a možnosti i schopností organizačního zajištění realizace této myšlenky. Tato záležitost bude asi problémem základním. Vyplývá to např. ze skutečnosti, že v posledních letech se vydává relativně stále méně prostředků na vzdělávání, že vzdělávání nepatří mezi priority při vyjádření potřeb, že vzdělávání není pojímáno jako investice do lidských zdrojů, ale pouze jako nezbytný náklad. Proto by organizační zajištění projektu *Vzdělávání světa* asi bylo problematické.

Případný vznik světového sdružení, které by bylo pověřeno uvedeným posláním, by mohl mít smysl, pokud budou celému světu jasné nejen cíle, ale i jejich reálnost a dosažitelnost. Sebelépe formulované myšlenky dnes již nestačí. V historii lidstva již mnoho osvícených mužů proneslo řadu osvícených myšlenek, ale jejich dosah realitu světa neovlivnil a lidstvo se stále pohybuje po spirálových kruzích. Proto pro realizaci myšlenek a cílů globálního vzdělávání nestačí, budou-li přijaty pouze elitní skupinou. Měly by se stát všeobecným majetkem lidstva. K tomu je potřebná nejen cílevědomost, ale i rozpracování realizačních kroků i snahy všech vlád podřídit své záměry a politické ambice tomuto konceptu. Jen tak by bylo možné uvažovat o jednotném postoji v obecné filozofii, doprovázené rozmanitostí cílů a přístupů k rozmanitým skupinám lidstva bez ohledu na ambice politické. Nalézt a posilovat jednotu mezi rozšířenou rozmanitostí.

Jednou z možných cest je i využívání počítačových sítí a dálnic. Globální světové vzdělání by zde mělo mít své stálé místo, organizované na principu světovém i regionálním, respektujícím národní identitu a lokální vzdělávací potřeby, respektující rozmanitost etnickou, rasovou, zahrnující i všechny menšinové skupiny. V jakékoliv společnosti (národní i nadnárodní) není testem demokracie zajištění práv a privilegií většiny, ale právě v zajištění práv i u všech menšin a pro všechny. Pro filozofii globálního vzdělávání by tento přístup měl být samozřejmostí.

Prvním úkolem při vytváření jakýchkoliv sítí by bylo určení hypotetických cílů pro lidstvo, které by byly dosažitelné v určitém časovém horizontu. Bude třeba nalézt filtr, který umožní sjednotit řadu odchylných názorů, pohledů a idejí, nalezení konsensu při hledání cest k realizaci společných cílů. Úspěch takového projektu by závisel na mnoha neznámých. Bylo by nutné předem analyzovat na různých realizačních stupních vstupní předpoklady, udělat jejich kritickou analýzu a předem vyloučit ty, které mají minimální šanci na úspěch příp. k nim hledat alternativní možnosti.

Primární aktivitou by mohlo být použití satelitního TV kanálu pro šíření idejí *Vzdělávání světa*. V oblasti komerčních reklam v podstatě takového světové sjednocení existuje, v oblasti vzdělávání by bylo zřejmě složité takovou akci financovat. Musela by být zřejmě založena nadnárodní společnost. V oblasti komerce již dnes takové společnosti hrají významnou roli v globalizačním procesu, i když ne všechny mají globalizační charakter. Nadnárodní společnost je opravdu globální, když její totální kapitálová investice v některé zemi je menší než polovina její investiční činnosti ve světě. Takovéto společnosti by mohly ideu světového vzdělávání podpořit.

Zároveň s rozvojem světových komunikačních sítí musí *Vzdělávání světa* rozvíjet svoji organizační síť. Lokální centra této sítě by nemusela mít národní základ. Národní identifikace by neměla překrývat přístupnost všem lidem světa, bez ohledu na národnost, rasu, pohlaví, náboženství nebo etnickou příslušnost. Lokální centra vzdělávací sítě by musela tento přístup respektovat jako základní atribut svého poslání. Proto by ustavení světové komunikační sítě mělo být významnější než ustavení regionálních nebo lokálních center. *Vzdělávání světa* by tak pomohlo při řešení problémů, vyplývajících z globalizace i v boji proti nacionalismu, který byl příčinou světových krizí a kolizí v několika posledních stáletích. *Vzdělávání světa* by mohlo být významným činitelem v boji za přežití lidstva.

3.2 Učící se společnost jako sociální nutnost

Odborníci v oblasti vzdělávání a zvláště v oblasti celoživotního vzdělávání se shodují v názoru, že existuje formule, která vyjadřuje schopnost společnosti vyrábět národní statek v 21. století. Je to:

$$1/2 - 2 - 3$$

To znamená, že bude potřeba jenom polovina pracovních sil, ale musí být dvakrát schopnější, připravenější, čili vzdělanější, a budou tedy vyrábět třikrát více, než vyrábí současný stav. To je vzorec, na jehož druhé straně je zisk čili profit. Je to trend, kterým se naše civilizace vydává, je to trend, který vede k prosperitě, k seberealizaci jednotlivců, k seberealizaci celých skupin lidí. Je to jakýsi Damoklův meč nad společnostmi, který říká, že v této chvíli nejdůležitější investicí pro budoucnost je vzdělávání celého společenství, celé společnosti.

Významný odborník na problematiku vzdělávání dospělých prof. Kotásek chápe celoživotní vzdělávání systémově a průřezově, kdy není možno zcela oddělit jednotlivé složky jednotlivé soustavy, protože každá je pouze prvkem nebo subsystémem, který ovlivňuje fungování celku. Ten má svůj vývoj odpovídající společenským podmínkám i úrovni poznání. Úroveň naší vzdělávací soustavy lze dokumentovat řadou konkrétních údajů. Ze sociologických výzkumů je známo, že nejčastěji se dalšího vzdělávání zúčastní lidé s vyšší úrovní vzdělání, a nejméně lidé s nižší úrovní. Projekt OECD *Přechod mezi školou a prací* (School to Work transition) prezentuje potřebu realizace programů pro ty, kteří nemají sklon se dále vzdělávat. Navrhuje, aby tito lidé byli v období školní docházky, případně po

ní, k dalšímu vzdělávání vhodnou sociální politikou a politikou zaměstnanosti přitahování a motivování. Vzdělání není pouze věcí pedagogů či andragogů, ale věcí celospolečenskou.

Přední rakouský teoretik prof. Werner Lenz nastavuje současně pojímanému *novému Evropanovi* kruté zrcadlo: vychází nám jasně ekonomicky determinovaný obraz člověka: *vyžaduje se flexibilní kus lidského potenciálu, polyglotní, ze života se těšící konzument, disponibilní, kvalifikovaná pracovní síla, kterou neruší, daří-li se mnoha bližním špatně, a která s plnou důvěrou spoléhá na svou výkonnost*. A hned říká svůj názor: sympatizuji s takovým chápáním vzdělávání, které v sobě zahrnuje schopnost říci "ne" a vzepřít se učení (pozn. nového evropanství), a které uznává jako podstatnou lidskou kvalitu kritiku ve smyslu posuzování věcí. Staví se proti (i u nás vzdělavateli kritizované) pragmatizaci a ekonomizaci vzdělávání. Lenz dále konstatuje, že za daných společenských poměrů se nezdá být účelné zdůrazňovat profesní vzdělávání proti vzdělávání všeobecnému, politickému (občanskému). Jde o *záhyby téhož oděvu*. Právě tak nevhodné se zdá oddělování školního, univerzitního a dalšího vzdělávání, označovaného často jako *model tří sloupů*. Vzdělávání jako život doprovázející komponenta lidské existence není žádný segmentovaný trh pro instituce, nýbrž sebeutvářející proces osobnosti.

3.3 Celoživotní vzdělávání v mezinárodních dokumentech

Tři významné mezinárodní dokumenty o celoživotním vzdělávání vyšly v roce 1996, (rok celoživotního vzdělávání). Jsou to: Learning: The treasure within (UNESCO), Lifelong learning for all (OECD) a White Paper on education and training: Teaching and learning – towards the learning society (European Commission).

Learning: The treasure within – Učení: dosažitelný poklad je zpráva pro UNESCO, Mezinárodní komise pro výchovu a vzdělávání v XXI. století. Tuto komisi expertů z celého světa ustavil Federico Mayor, generální ředitel UNESCO a vedl ji Jacques Delors, bývalý president Evropské komise. Tato zpráva je výsledkem procesu konzultací a analýzy ve světovém měřítku, provedených během tří let, který vyústil do návrhu ustavení celoživotního učení. Jak to již často v případě dokumentů UNESCO bývá, tón této zprávy je převážně filozofický.

Lifelong learning for all – Celoživotní učení pro všechny je referát ze schůze výchovně vzdělávacího výboru na ministerské úrovni z 16. – 17. 1. 1996. Obsahuje přehled hlavních politických otázek diskutovaných ministry výchovy, úplný text Communiqué, které ministři vydali na schůzi, jakož i výzkumné podklady připravené OECD pro tuto schůzi. Tento referát, jako většina publikací OECD, je založen na vědecké analýze dostupných faktů o současné situaci a budoucích potřebách na poli výchovy, vzdělávání a učení. Tento dokument má ze všech tří největší váhu, neboť dokumentuje dohodu mezi ministry výchovy OECD o důležitosti a potřebě celoživotního vzdělávání a strategiích pro jeho uskutečnění.

White Paper on education and training – Bílá kniha o vzdělávání – byl připraven z iniciativy Édithy Cressonové, komisařky pro výzkum, výchovu a vzdělávání, Pádraiga

Flynna, komisaře pro pracovní a sociální záležitosti a se souhlasem Martina Bangemanna, komisaře pro průmyslové záležitosti, informace a telekomunikační technologie. Tento dokument přináší přehled společenských a ekonomických faktorů v Evropském společenství, které mají vliv na výchovu a vzdělávání. Konstatuje potřebu politického pohybu ke *společnosti, jež se učí*; a přináší vodítka pro akci v členských státech ES.

Není úmyslem zde podat přehled a analýzu těchto dokumentů v jejich úplnosti. Omezuje se pouze na přehled a analýzu místa a úloh, kterých se v těchto dokumentech dostává vzdělání a učení dospělých v rámci celoživotního vzdělávání. I když všechny tři dokumenty obsahují odkazy na vzdělávání dospělých, důkaz, který je na ně kladen, a jeho rozsah, je od dokumentu k dokumentu rozdílný. Dokument UNESCO Learning: The treasure within se koncentruje převážně na výchovu dětí a dospívajících; odkazy na vzdělávání dospělých se nalézají ve velké míře v kapitole *Učení po celý život*, zatímco v jiných kapitolách se vzdělávání dospělých zmiňuje jenom sporadicky. V dokumentu Evropské komise White Paper lze odkazy na vzdělávání dospělých nalézt v celém textu, kde se rozvádí potřeba celoživotního vzdělávání. Dokument OECD Lifelong learning for all nejdůrazněji podporuje potřebu rozsáhlých možností pro vzdělávání dospělých jako nezbytnou podmínku pro realizaci celoživotního vzdělávání, (což není udivující, vzhledem k dlouhodobé podpoře pojmu *recurrent education* ze strany OECD). Všechny tři dokumenty silně podporují potřebu transformovat všechny společnosti na *společnosti které se učí*.

3.3.1 SPOLEČENÉ MYŠLENKY V TĚCHTO DOKUMENTECH

Na začátku jsme se již zmínili, že se pojmy *celoživotní vzdělávání* a *učící se společnost* používají a rozvádějí ve všech třech dokumentech. Ale je více myšlenek, které lze nalézt ve více než jednom z těchto dokumentů.

Výzva k používání médií a vzdělávací technologie, zejména ve vzdělávání dospělých, je rovněž rozebírána ve všech třech dokumentech. Zaznívá ovšem také varování před určitými problémy v jejich použití.

V otázce nutnosti změn ve financování, zapříčiněných dalekosáhlými hospodářskými změnami v nedávné minulosti, se autoři dokumentů také shodují a navrhují partnerství, které jde za rámec veřejných institucí a financování.

Všechny tři dokumenty analyzují sociální problémy, jimž společnost musí čelit, a vydvíhují úlohu, kterou výchova a vzdělávání musí sehrát v podněcování sociální soudružnosti.

Školy druhé šance jsou diskutovány jak ve zprávě pro UNESCO, tak ve White Paper Evropské komise. Je ale pozoruhodné, že oba dokumenty věnují v tomto ohledu nejvíce pozornosti potřebám dětí, zatímco dospělí jsou teprve na druhém místě, zejména v základním vzdělávání.

Jak zpráva pro UNESCO, tak White Paper Evropské komise se také překrývají v úvahách o užitečnosti uznávání dovedností a vědomostí nabytých mimo formální školní systém.

Dokument OECD a zpráva pro UNESCO se shodují na nutnosti diskuse o formách oprávnění pro výchovně vzdělávací čas.

Důležitá myšlenka, že jedinci mohou být jak učící se, tak i učitelé, je rozebírána jak ve zprávě pro UNESCO, tak i ve White Paper Evropské komise.

Konečně potřeba dalšího zkvalitnění a rozvinutí poradenství, zejména pro dospělé je diskutována v dokumentu OECD a ve White Paper Evropské komise.

Toto všechno jasně naznačuje rostoucí konvergenci názorů a myšlenek o výchově a vzdělávání dětí, mladistvých nejenom v evropském, ale i světovém měřítku.

3.4 Andragogika – věda o vzdělávání a výchově dospělých

Termín *andragogika* byl vytvořen po vzoru termínu *pedagogika* (*pais, paid-os* = chlapec) obdobným pojmovým rozšířením pojmu *anér, andr-os* = muž na dospělého člověk + *agogé* = vedení, výchova (z *agó, agein* = vésti, řídit).

Termín andragogika pochází již z první poloviny 19. století. Poprvé ho použil německý učitel Alexander Knapp v roce 1833, který mluví o andragogice neboli vzdělávání v dospělém věku. Po sto letech termín obnovuje v roce 1924 Rosenstock, který andragogikou chápe všechny školské formy vzdělávání dospělých. Jde tu pravděpodobně o první pokus programově oddělit výchovu dospělých od výchovy mládeže.

Současná andragogika začíná teprve v 50. letech 20. století dílem švýcarského teoretika výchovy dospělých H. Hanselmana a německého klasika andragogiky F. Pöggelera.

Henrich Hanselmann postuluje andragogiku jako disciplínu s výrazným terapeutickým zaměřením pomoci dospělým a se silným, až militantním náboženským (evangelickým) charakterem. Pro takto pojatou práci s dospělými vyžaduje použití metod principiálně se lišících od metod výchovně vzdělávací práce s mládeží, především oproštění se od jakékoli školské formy. Zdůrazňuje individuální výchovu na základě dobrovolnosti a místo dominantní role učitele a vychovatele vyžaduje vzájemné interakční působení obou pólů pedagogického vztahu.

Náboženský základ (tentokrát katolický) má také západoněmecká koncepce andragogiky reprezentovaná Franzem Pöggelerem. Na rozdíl od sociálně andragogického pojetí Hanselmannova jde tu výrazně o pojetí didaktické. V tomto akcentování vzdělávání jako pro dospělé specifické formy výchovy - na rozdíl od péče a formování charakteru, které se podle něho týká pouze dětí a mládeže - spočívá jeden ze základních rozdílů mezi pedagogikou a andragogikou, na jejichž stanovení klade Pöggeler velký důraz. Při jejich stanovení se shoduje v podstatě s Hanselmannem (dobrovolnost, neformálnost, odmítání školských

forem a neadekvátních metod aj.). V zásadě shodné je pro oba také odmítání výchovného působení u dospělých: dospělý je *nevychovatelný*, protože výchova a změna osobnosti po ukončení biologického vývoje neexistuje.

Andragogika je novou, dynamicky se rozvíjející disciplínou, a je proto pochopitelné, že je v mnoha směrech předmětem diskusí a že je podrobována kritice. Námitky směřují do řady oblastí:

- zásadní pochybnost o principiální nebo relativní odlišnosti vzdělávání dospělých a vzdělávání dětí a mládeže a oprávněnosti a o potřebě andragogiky jako samostatné disciplíny vůbec,
- zásadní pochybnost nejen na půdě pedagogiky, ale celého liberalistického proudu myšlení (viz např. Hannah Arendtová), až odpor aplikovat pojem *výchova* na dospělé: po zformování osobnosti je dospělý *nevychovatelný* a jakékoliv pokusy v tomto směru jsou nejen nemožné, ale dokonce nepřipustné. Jde tu v zásadě o základní spor mezi Komenského pojetím celoživotní výchovy, a Herbartovým chápáním výchovy jako pomoci v dospívání a odmítáním jakékoli výchovy dospělých (vznikla by všeobecná nedospělost),
- v rámci andragogiky samé se pak vedou spory o zařazení andragogiky do soustavy věd o výchově a o její poměr k pedagogice: jde o dvě zcela samostatné oblasti, které spolu nemají nic společného, nebo dvě větve obecné vědy o výchově a samostatnost je jen relativní?
- diskuse probíhá také o tom, zda je andragogika teorií, ideologií, nebo souborem pokynů pro praxi vzdělávání dospělých (nebo širěji vedení dospělých),
- vedou se diskuse o vymezení náplně, zda výhradně didaktické, technologické pojetí omezující andragogiku na teorii a praxi vzdělávání a učení, nebo širší pojetí, zasahující výchovu jako celkové vedení dospělých a jejich ovlivňování.

Bez ohledu na tyto neuzavřené diskuse je vznik andragogiky nesporně odrazem současné etapy vědecké a technologické revoluce druhé poloviny 20. století, především rozvoje vzdělávání dospělých, koncepce permanentního vzdělávání, celoživotního vzdělávání, celoživotního učení, ale také narůstání krizových jevů a růst problémů s postavením člověka a péče o něj v současné civilizaci.

Slovník vzdělávání dospělých definuje andragogiku jako vědu o výchově, péči a vzdělávání dospělých, respektující všestranně zvláštnosti dospělé populace a zabývající se její personalizací, socializací a enkulturací. V oblasti výchovy a vzdělávání se zabývá zvláštnostmi působení pedagogických zákonitostí na dospělou populaci, definuje osobnost dospělého ve výchovném a vzdělávacím procesu, definuje systém výchovy a vzdělávání dospělé populace, jakož i zvláštnosti ve vztahu k ostatním pedagogickým a společenským vědám.

Širší definice výchovy konstatuje, že *výchova je jedna ze základních sociálních funkcí, spočívající v permanentním formování osobnosti člověka jako společenské bytosti a v jeho přípravě pro výkon jeho sociálních rolí, jakož i ve sjednávání podmínek, především sociálních a psychických pro jeho život jako společenské bytosti, výkon sociálních rolí, konzumpci kultury a seberealizaci.*

Andragogické pojetí výchovy pojem *výchova* podstatně rozšiřuje: nejen výchova dětí a mládeže, ale i dospělých, nejen intencionální působení, ale i působení funkcionální, nejen edukace a vzdělávání, ale i péče.

Výchova je jedna ze základních sociálních funkcí a antropin (jí se liší člověk od zvířat). Lze ji chápat jako:

- formování osobnosti - člověka - jako společenské bytosti schopné seberealizace,
- socializaci ve smyslu osvojování sociálních regulativů a přípravu pro výkon sociálních rolí,
- enkulturaci - vpravování člověka jako jednotlivce do kultury, která je znakem lidské společnosti jako takové a základní charakteristikou jednotlivých globálních společností.

Výchova je komplexní proces, mající dva základní typy:

- funkcionální působení - působení sociálního prostředí, nezáměrné, pro formování osobnosti primární,
- intencionální působení - záměrné, výchova v užším slova smyslu, v rozvinuté společnosti vlastní jádro výchovy.
- Z hlediska náplně lze výchovu dělit na:
- péči, jíž rozumíme sjednávání podmínek (především sociálních a psychických) pro výkon a seberealizaci člověka a pro výkon jeho sociálních rolí,
- edukace (výchova v užším slova smyslu) jako osvojování sociálních rolí,
- vzdělávání jako přenos a osvojování znalostí, dovedností a návyků potřebných pro výkon sociálních funkcí.

Andragogiku lze operacionalisticky členit na následující oblasti:

- vzdělávání (andragogika v užším slova smyslu), které lze dále členit na školní (vysokoškolská pedagogika, postgraduální studium, distanční studium), podnikové či resortní (bankovníctví, sektor ministerstva vnitra) a mimoškolní (kursy, přednášky apod.),

- edukace ve smyslu politická výchova, propaganda, zdravotnická výchova, výchova k občanství, tělesná výchova, reedukace delikventů, prevence sociálních patologií, kulturní výchova, vojenská výchova),
- péče (kulturně výchovná péče, knihovnictví, podniková péče o lidi, personalistika, sociální péče včetně gerontologické péče, zábava, rekreace, volný čas a seberealizace),
- funkcionální působení - masové komunikační prostředky, výchovná práce různých organizací a institucí (Jochmann, 1992).

Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří Univerzity třetího věku (U3V), Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka (1982) prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi: funkce preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje **životní pomoc** v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i **Charta práv a svobod starších lidí**. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

3.5 Koncepce integrální andragogiky

Koncepce integrální andragogiky operuje s premisou, že andragogika není pouze pedagogickou disciplínou zabývající se výchovou a vzděláváním dospělých. Není humanitní vědou **o člověku**, ale **pro člověka**. Tato koncepce se začala rozvíjet na Univerzitě Palackého v Olomouci pod vedením doc. Jochmanna, nestora české andragogiky 90. let.

Skutečnost, že andragogika se široce zabývá individuálními i sociálními souvislostmi kultury, ekonomiky a politiky, a potřeba odlišit toto široké pojetí od užšího konceptu andragogiky jako teorie vzdělávání dospělých, vede k užívání názvu **integrální andragogika**. Možná by bylo vhodnější užít výrazu **integrující**, protože:

- andragogika integruje pohled řady vědních disciplín na možnosti i problémy uplatnění člověka ve všech oblastech společenského života (v kulturním, ekonomickém i politickém kontextu),
- andragogika integruje všechna období životní dráhy jedince,
- andragogika integruje zkoumání procesů a jevů, kterým je člověk vystaven v prostředí neustálých společenských změn.

Nejobecnější definicí integrální andragogiky je její **pojetí jako aplikované změny o mobilizaci lidského kapitálu v prostředí sociální změny**. Lidský kapitál si lze představit jako určitý stupeň kvality příslušníků určité společnosti. Tato kvalita je dána dvěma hlavními složkami: **kapitálem kulturním** (vlastně kulturní úroveň, v podstatě dovednostmi používat informace získávané nejen vzděláním, ale i působením rodinného prostředí) a **kapitálem sociálním** (sítěmi společenských kontaktů, vazeb, známostí apod.).

Jiným přístupem je definování integrální andragogiky jako **aplikované vědy o orientování člověka v kritických bodech jeho životní dráhy či při problémovém průběhu jeho životní dráhy**. Takto chápaná andragogika se daleko více zajímá o socioterapeutický či psychoterapeutický vztah k člověku, který se nedokáže vlastními silami vypořádat se svými problémy.

Třetí variantou definování integrální andragogiky je možnost vidět ji **jako vědu o animaci dospělého člověka**. Animace, tj. oduševňování, nikdy nekončící humanizace člověka je přitom vztažena na **enkulturaci** (získávání a rozvíjení kulturních kompetencí), **socializaci a resocializaci** (tj. na optimalizaci sociálních pozic a rolí, včetně - a hlavně - rolí socioprofesionálních) a **edukaci** (tj. záměrné a cílevědomé formování člověka, jeho vychovávání a vzdělávání).

Nejperspektivnější by možná mohlo být sociologizující chápání integrální andragogiky jako **vědy o sociálních a individuálních souvislostech změn syntetického statusu**. Vedle **statusu vrozeného** (pohlaví, rasa), **statusu připsaného** (postavení bez vlastního úsilí) a **statusu získaného** (socioekonomická pozice, která vlastně zařazuje člověka v síti sociální struktury společnosti) existuje **status syntetický**, který lze popsat pomocí následujících ukazatelů:

- objektivní charakteristika profese, kterou člověk vykonává (práce manuální, intelektuální, řídicí, jednoduchá, složitá),
- prestiž této profese (jaká vážnost je profesi přisuzována veřejným míněním),

- dosažená kvalifikace, dosažený stupeň vzdělání,
- vliv, moc, kterou člověk disponuje,
- příjmy, kterých dosahuje,
- životní způsob, který vykazuje (jak bydlí, jak tráví volný čas, jaké zájmy má mimo svou profesi apod.), (Šimek, 1997).

3.6 Vzdělávání v postproduktivním věku

Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako proces celoživotní. Jedním z důležitých požadavků celoživotního vzdělávání je, aby příležitost k němu měli skutečně všichni. Cílem je vytvořit takové podmínky a vzdělávací příležitosti, aby lidé cítili potřebu vzdělávat se a zdokonalovat a také mohli a chtěli tuto svou potřebu uspokojit v průběhu celé své životní dráhy, tedy i v postproduktivním věku.

Že se člověk učí, pokud žije, a že se může a má učit i ve starším věku, je už dávno známo. Jako příklad můžeme uvést Komenského *školu stáří*, v níž se lidé mají učit moudře využívat výsledků své práce a správně prožívat zbytek svého života. Přesto však byly vzdělávací potřeby starších a starých lidí dlouhou dobu ignorovány. Svůj podíl na tomto stavu měla i věda o stárnutí a stáří, gerontologie, která spolu s gerontopsychologií vytvářela negativní obraz stáří. Tato etapa životní cesty byla spojována především s různými omezeními, nemocemi, ztrátami a z nich vyplývající pasivitou starších a starých lidí.

K přehodnocování úlohy stárnoucí a staré populace ve společnosti dochází v 60. letech 20. století. V souvislosti s vědeckotechnickým rozvojem v západoevropských zemích, který přinesl zejména pro starší generaci řadu negativních důsledků, se v oblasti vzdělávání dospělých objevuje nová cílová skupina, na níž je vzdělávání zaměřeno. Jsou jí lidé v postproduktivním věku.

Zájem odborníků o vzdělávání stárnoucích a starých lidí je doprovázen i konstituováním nové hraniční vědní disciplíny, která studuje tyto speciální otázky. Zaměříme se nyní na dvě dílčí otázky, a to na význam vzdělávacího úsilí v postproduktivním věku a na formy vzdělávání v postproduktivním věku.

3.6.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ – EDUKATIVNÍ POHLED

Podle doporučení Mezinárodního plánu aktivit může většina lidí žít mnoho let po dosažení nároku na důchod. Proto nelze přípravu na odchod do důchodu chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života. V souvislosti s tím značnou roli, na níž závisí jejich budoucí prospěch, sehrávají jak sami jednotlivci, tak osoby zodpovědné za přijatá rozhodnutí. Mezinárodní plán aktivit doporučuje vládám zemí podnikat nebo podporovat

opatření vedoucí ke zmírnění a zabezpečení přechodu z aktivního života k přerušení pracovní činnosti a pružněji určovat věk, v němž vzniká nárok na důchod. Tato opatření mohou zahrnovat kurzy přípravy na odchod do důchodu a ulehčení práce v posledních letech zaměstnání, např. podporou postupného zkracování pracovní doby.

Příprava na stáří je neprávem podceňovaným programem ovlivňování občanů směrem k úspěšnému stárnutí a aktivnímu stáří. Měla by být chápána jako přirozená součást široce koncipované andragogiky, orientované na osobnostní rozvoj. Předpokladem k ní je vytvoření reálné představy o povaze života ve stáří, jeho délce a ovlivnitelnosti. Zde je velký prostor pro účinnou, neformální vzdělávací a osvětovou činnost především hromadných sdělovacích prostředků.

Příprava zahrnuje zdravý životní styl, podporu zdraví (salutogenezi) ve středním věku s eliminací rizikových faktorů epidemiologicky nejvýznamnějších příčin disability (nezpůsobilosti) ve stáří, podporu aktivit tělesných a duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací, výběr vhodných alternativních aktivit v rámci substituční teorie požadující zaplnění prostoru uvolněného penzionováním, tj. zachovávání zájmových aktivit ve středním věku a jejich racionální upřesnění pro další období ve věku předdůchodovém. Významná je prevence maladaptace na penzionování se ztrátou smyslu života a s projevy degradace.

Významné je též:

- Vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život ve stáří a včasné řešení bytové situace s úsilím o zajištění kvalitních nenáročných bytových podmínek.
- Ujasnění pracovních možností a průběhu penzionování, nejlépe postupného.
- Posilování dobrých mezilidských vztahů a sounáležitostí, stejně jako pozitivní vztah k sobě i k životu a aktivní, cílevědomě pozitivní ovlivňování svého životního pole. Psychosociální faktory, kultivace osobnosti i komunikace jsou neméně důležité než faktory materiální.

Příprava na stáří bývá rozlišována jako:

- dlouhodobá (celoživotní),
- střednědobá (asi od 45 let),
- krátkodobá (2-3 roky před penzionováním).

3.6.2 TVŮRČÍ SCHOPNOSTI VE STÁŘÍ

Tvůrčí schopnosti zůstávají zachovány do vysokého věku, i když ve vrcholné podobě kulminují obvykle do 45 let věku. Již v základní monografii *Senescence* (G. Hall, 1922) je údaj, že 70% geniálních lidí vytvořilo své objevené dílo do 45 let a 80% do 50 let. Je to

dáno nejen tím, že nápady již byly realizovány, ale také tím, že s rostoucím věkem se u jedince jeví úbytek hodin, po které může pracovat, energie, již může vynaložit a rychlosti, s jakou se může zotavit po únavě.

Ve stáří se mění charakter umělecké i vědecké produkce pozdního období, časté jsou i některé korekce předchozích názorů, uplatňuje se iniciační přínos pro mladší spolupracovníky, odhad dalšího rozvoje oboru a jeho priorit, schopnost integrace dílčích poznatků do širších souvislostí a koncepcí.

Příhoda (1974) konstatuje, že vědecká tvořivost je ve stáří omezena nejen psychofyzilogickými změnami, včetně narůstající rigidity, ale také zkušenostmi a shromažďováním informací - upevňují se pracovní a myšlenkové mechanismy a omezuje se fantazie, schopnost vidění věci jinak. Rozlišuje tvůrčí sílu a tvořivou schopnost. Tvůrčí síla vyvěrá ze samé hloubky energické osobnosti, nedbá toho, co bylo a je, neopírá se o vnější autority, ani o dosavadní vlastní zkušenosti. Nese znaky bezprostřednosti a neomezenosti myšlenkového rozmachu. Objevit a vytvořit něco do té doby nepoznaného předpokládá specifické mentální schopnosti, zejména schopnost spojit izolovaný a zdánlivě bezvýznamný fakt s určitou ideou, schopnost vazby ideje s jinou vzdálenou ideou a jiné podobné úkony nejvyšší abstrakce, svrchovanou koncentrací pozornosti, myšlení ryze racionalizované, imaginaci, fantazii a oproštěnost od toho, co bylo a co vládne myšlení. Tento klastr vlastností, jež podmiňují schopnost tvořit, tedy uskutečnit nebo vyjádřit to, co dosud nikdo neuskutečnil nebo nenapsal, vyžaduje intenzivní duševní napětí, kterému se říká energická průbojnost.

Tvorbě vyššího věku tedy nehrozí úbytek dokonalosti, nýbrž únava, úbytek novátorství, převratné objevnosti a také zastarávání technologických dovedností. Ovšem získané automatismy šetří psychickou energii a zvyšují výkonnost v obvyklých situacích - myšlenkové pochody využívají cenných zkušeností a vyznačují se větší plynulostí a jistotou.

Zde je nutno připomenout osobnostní princip. I tvořivá produkce je ve stáří ovlivňována, nejen involučními jevy, ale také zdravotním stavem, sociálními podmínkami, osobnostním vývojem (únava, změna hodnotové hierarchie, ztráta motivace). Při uplatňování kreativních schopností a zkušeností se stejně jako v mladším věku spolupodílejí i další faktory jako sociální inteligence, altruismus, morálně volní vlastnosti atd.

Je otázkou, jak bude tvořivost i tvůrčí produktivita i ve stáří ovlivněna současnou fází vědeckotechnické revoluce s otevíráním počítačových sítí a obrovských databází (Internet) i s počítačovou podporou vlastní kreativní činnosti.

3.6.3 KREATIVNÍ MYŠLENÍ A JEHO ROZVÍJENÍ VE STÁŘÍ

Už známý citát *Cogito ergo sum* (myslím, tedy jsem) francouzského matematika a filosofa René Descarta zdůrazňuje myšlení jakožto prvořadou schopnost člověka. Tato specifická lidská schopnost se však musí rozvíjet, podporovat, a to by mělo být cílem výchovného a vzdělávacího procesu: ne tedy naučit jen fakta, znalosti, ale naučit tvořivě myslet.

Myšlení lze chápat jako kombinaci logického a intuitivního přístupu. Intuitivní myšlení odpovídá přirozenosti člověka, představuje schopnost bezprostředně reagovat, je to osobitá forma poznávání. Logické myšlení ctí zákonitosti vzniku a vývoje správného, krok za krokem jdoucího usuzování, vytváření závěrů.

U tvořivého myšlení převažuje syntéza, tj. slučování, spojování. Představujeme si, co by mělo existovat (tedy kritika současného stavu), jak by měl vypadat další vývoj (nastínění budoucího stavu), a co udělat, v jakém sledu a jakými prostředky, abychom žádoucího stavu dosáhli.

Podstatou kreativního myšlení jsou následující myšlenkové operace:

- Poznávání - chápání jako příjem informací. Poznáváme okolní svět přímo svými smysly nebo zprostředkovaně, prostřednictvím poznatků jiných lidí.
- Paměť - představuje operaci ukládání a uchovávání informací s možností si je znovu vyvolat. Někdy nám to sice činí potíže, ale přesto tam ty informace uloženy jsou.
- Vytváření nových informací, tj. vlastní tvořivé produktivní myšlení, které zahrnuje jak vybavování obsahů paměti, tak přicházení na nové poznatky, které formulujeme v nových myšlenkách. Můžeme zde rozlišovat konvergentní a divergentní myšlení. Konvergovat znamená sbíhat se, sbližovat a konvergentní myšlení tedy zahrnuje myšlenkové operace vedoucí k jedinému správnému cíli. Toto řešení plyne z podmínek úlohy a s ní spojených pravidel (např. slovní úlohy v matematice, úlohy v testech inteligence). Divergentní myšlení (divergentní = rozbíhavý) naproti tomu zahrnuje myšlenkové operace s několikerým možným řešením (např. psaní slohové práce na dané téma, malování obrazu, projektování stavby...).
- Čtvrtou myšlenkovou operací v procesu tvořivého myšlení je hodnocení, ověření správnosti nebo reálnosti navrhovaného řešení.

Vlastní podstatou kreativity je myšlení divergentní, kdy přicházíme na nové, originální nápady, záměrně se zbavujeme toho, jak se věci dosud řešily, klademe si např. otázky, proč to neudělat zcela opačně, v jiném pořadí atd.

Zkušenosti posluchačů univerzit třetího věku dokazují, že reagují na řadu úkolů v podstatě správně. Uvádí, že dlouho nosí v sobě nápad, myšlenku, odhodlání, ukazují, jak se jim námět vrací. Probíhá to přesně tak, jak se učí v psychologii kreativity:

- První fáze tvůrčího procesu je fáze přípravná. Může být velmi dlouhá, seznamujeme se s problémem nebo úlohou, kterou máme vyřešit. V duchu si formulujeme, čeho chceme dosáhnout.
- Druhá fáze je tzv. inkubace. Je to pojem dobře známý z lékařství: inkubační čas je

doba, která uplyne od nakažení do vypuknutí infekční nemoci. Inkubace v psychologii je doba, během níž dochází k nevědomé přípravě na tvůrčí proces, na tvůrčí vyřešení problému.

- Třetí - nejkratší fáze - je fáze iluminace. Toto osvětlení přichází náhle, najednou se nám zjeví, "jak dobře do sebe všechno zapadá". Je to jako *blesk z čistého nebe*. Najednou víme, "jak na to". Toto osvětlení může přijít i v noci, je to myšlenka, na kterou jsme čekali třeba dlouhé týdny. A pak je tady, je to nápad, který musíme zachytit.

Jak tedy podporovat, stimulovat kreativní myšlení? Podporu kreativity lze shrnout do jakéhosi *desatera*:

1. Udržovat kontakt s tvůrčím člověkem, jevit upřímný zájem o jeho aktivity. Prostě vřelý a vstřícný přístup je povzbuzující.
2. Druhá stimulační zásada zní: Nátlak přizpůsobit cílům. Mnozí tvořiví lidé potřebují cítit tzv. jemné *přitažení uzdy*. Musí mít určitý cíl a zároveň časový limit, který by měl být splněn. To je něco jiného než tlak, který nutí ke spěchu nebo ke stálému soustředění. Tvořivý člověk často nejlépe pracuje v náhlých návalech. I když tomu tak ve skutečnosti není - musí mít vždy prostor pracovat vlastním tempem! Přesto mu pomáhá, má-li vytvořen potřebný pocit naléhavosti.
3. Zhodnocení úsilí. Tvořivý člověk nutně potřebuje pomoc nebo pochvalu, věcnou kritikou. Potřebuje vidět zhodnocení své námahy a ocenění důležitosti své práce, event. znát reakce dalších lidí.
4. Tvůrčí pracovník potřebuje chránit. Někdy je okolí vůči tvůrčím lidem netolerantní, vidí a zdůrazňuje jejich chyby a nedostatky. U lidí zaměstnaných je to třeba pozdní příchod do práce. Ale kreativní člověk mnohdy pracuje o víkendech, o dovolené, do noci a moudří vedoucí to ví a před ostatními tvůrčího pracovníka obhájí. Mýtus kolem kreativity však nesmí být zneužíván.
5. Je vhodné nechat tvořivého člověka v klidu. Mnohého člověka napadají nejlepší myšlenky v období klidu, který následuje bezprostředně po období intenzivního soustředění. Tehdy se inspirace a nápady přenášejí z jeho podvědomí do vědomí.
6. Poskytnout tvůrčímu člověku jistotu. Žádný člověk nemůže pracovat dobře, je-li příliš nejistý, postrašený, rozptýlený. Sám problém, který chce řešit, v něm už vyvolává dostatek napětí. Proto okolí by v něm mělo vzbuzovat pocit jistoty, klidu a pohody, nikoli další napětí. Týká se to i barev, některé barvy interiéru vyvolávají napětí.
7. Tolerovat neúspěchy. Nelze být vždycky úspěšný. Tvůrčí myšlenky mohou být někdy neskutečné a neuskutečnitelné, ale proto je nemusíme odmítat. K selhání tvůrčího člověka musíme být tolerantnější, jinak bude strach z neúspěchu "svazovat jeho rozlet".

8. Tvůrčí ovzduší. Sem patří pohodlné a vlídné prostředí, které danému člověku nejlépe vyhovuje. Někdo pracuje rád při hudbě, jiný dává přednost absolutnímu klidu. Většinu tvůrčích lidí pomáhá, mohou-li se ze svého problému vypovídat, poradit se s někým, kdo dané problematice nerozumí. Už jen tím, že ho vyslechnete, mu pomůžete. On si vlastně formulováním své myšlenky ujasňuje.

9. Tvůrčí myšlenky hodnotit rychle. Nic neodradí více než to, že hodnocení je v nedohlednu, že tvůrčí člověk musí měsíce čekat na výsledek.

10. Vytrvalost, houževnatost. Uvědomit si, že nic není zadarmo. Chceme-li něco dokázat, vyžaduje to energii, mnohdy dřinu, ale i odvalu a nadšení. Podporujme tedy tvůrčího pracovníka v jeho vůli, v jeho snaze po dosažení odborných znalostí, jeho úsilí o překonání něčeho vžitého a zastaralého. V tvůrčí činnosti lze uplatnit všechny své kladné vlastnosti, a tak se realizovat.

Königová (1997, str. 140) uvádí příklady mentální rozcvičky před tvůrčí aktivitou:

- napište krátkou povídku ze slov začínajících stejným písmenem (nejvíce slov v češtině začíná písmenem „p“),
- napište básničku na čtyři náhodně vybraná slova (např. váza, květina, škola, pes) v časovém limitu např. 10 minut,
- vymyslete nová, neexistující slova či názvy a vysvětlete, co znamenají,
- vymyslete reklamní slogany na žvýkačky, zahraniční zájezdy, kurzy kreativity ap.,
- vymyslete nové názvy nových knih (např. pro *Babičku - Žena, které kněžna závi děla*).

3.7 Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku

Podle odhadu odborníků zabývajících se demografickým vývojem měla v roce 2000 přibližně jedna pětina obyvatel Evropy šedesát a více let. Nejvíce poroste skupina osmdesátiletých občanů a starších, což představuje značné nároky na finanční zdroje z oblasti zdravotní a sociální péče. V naší republice činil koncem roku 2000 podíl obyvatel v důchodovém věku asi jednu pětinu. Z celkového počtu obyvatel šedesátiletých a starších jich je téměř čtvrtina ve věku sedmdesát pět a více let. Tyto změny v populační skladbě se výrazněji projeví až v prvních desetiletích 21. století a je tedy třeba se připravit na řešení problémů souvisejících s kvalitou života v postproduktivním věku.

Kvalita života je kategorie velmi subjektivní a individuální - představuje různé věci pro různé lidi a v různém čase. Je pochopitelné, že individuální tempo stárnutí vede i k větší diferenciaci kvality života v postproduktivním věku. Kromě takových diferenciacních znaků, jako je věk, zdravotní stav a s ním související fyzická a psychická výkonnost se do posuzování kvality života promítají další faktory - pohlaví, rodinná situace, životní úroveň,

vzdělanostní úroveň, získaný socioprofesionální status apod. Subjektivní prožívání kvality života v postproduktivním věku ovlivňují i životní aspirace jedince, hodnotové orientace, zejména pak hodnoty spojené s kultivací osobnosti. Obecně lze konstatovat, že i ve starším věku je nejdůležitějším kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, psychické nebo sociální.

Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku - především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. Odchod do důchodu a s ním související úbytek sociálních kontaktů znamená omezení aktivity a sníženou možnost komunikace. Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou *funkční identitu*. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu.

Jeden z důležitých kompenzačních mechanismů je spatřován v rozvíjení systému vzdělávání pro starší populaci. Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Vzdělávání může usnadnit zvládnutí vývojových úkolů v průběhu života a může pomoci zajistit úspěšný přechod a adaptaci v pozdějších stádiích. Může také zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatně se rozhodovat. Vzdělávání ve starším věku se tak stává nutnou podmínkou pochopení života ve stále se měnícím světě. Prostřednictvím nových informací poskytuje seniorům možnost volby jak uspořádat svůj vlastní život, jak být psychicky vyrovnanější a spokojenější.

Spolu s Livečkovou (1982, str. 297) lze shrnout následující **funkce vzdělávání** v postproduktivním věku:

- preventivní
- anticipační
- rehabilitační
- posilovací

Preventivní funkce je naplňována různými opatřeními, které za předpokladu, že jsou prováděny v určitém předstihu, pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a stáří. Anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti na změny ve stylu života, k nimž dochází zejména ve spojení s odchodem do důchodu. Rehabilitační funkce je spojena se znovuobnovováním a udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další existenci jedince. Za nejvýznamnější je považována posilovací funkce. Ta přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, k podpoře jejich aktivity, ke kultivaci jejich zájmů a potřeb. Podle charakteru působení bychom tuto funkci měli označovat jako stimulační, příp. kultivační.

3.8 Formy vzdělávání v postproduktivním věku

Občané v postproduktivním věku jsou sociální skupinou, k jejímž znakům patří homogenizace na straně jedné, a diferencovanost na straně druhé. Za homogenizovanou považujeme tuto skupinu proto, že většina jejích členů je vyvázána z pracovního procesu. Diferencovanost této skupiny je dána např. takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, sociální zařazení v mikroklimatu rodiny, finanční možnosti a osobní celoživotní zkušenosti. Připočteme-li ke zmíněné diferencovanosti velké rozptylové pole podmínek učení, pak pochopíme nezbytnost hledat pro skupinu občanů v postproduktivním věku rozmanité specifické vzdělávací formy různého charakteru. Může jít zejména o Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku.

Lidové univerzity představují specifickou podobu vzdělávání v postproduktivním věku, která se osvědčila zejména ve skandinávských a v německy mluvících zemích. Starší člověk, který má zájem o studium, absolvuje vzdělávací program spolu s mladými posluchači. Pozitivní je zde zejména vzájemné ovlivňování a sblížování dvou generací: mladé lidi vede k porozumění problémům pokročilého věku, starší generace pak profituje z toho, že její komunikační pole zůstává ve společnosti, která ji akceptuje.

V našich podmínkách mají poměrně dobrou tradici tzv. **Akademie třetího věku** a **Kluby aktivního stáří**. Obě tyto formy uspokojují vzdělávací potřeby občanů v postproduktivním věku zejména v těch regionech, kde nejsou vysoké školy. Akademie třetího věku jsou organizovány pod záštitou různých organizací (např. Červený kříž) či institucí (Akademie J.A.Komenského, Domy kultury). Vyznačují se přístupností výkladu a přizpůsobováním obsahu místním potřebám a individuálním zájmům občanů postproduktivního věku. Kluby aktivního stáří mají podobné poslání, ale na rozdíl od výše uvedených forem se vyznačují trvalejšími neformálními vztahy, rozvíjením osobních zájmů seniorů a uspokojováním potřeby vzájemného kontaktu.

Nejnáročnějším způsobem vzdělávání pro seniory jsou **Univerzity třetího věku** (dále jen U3V). Jedná se o oficiálně uznané instituce, které umožňují občanům postproduktivního věku studium vysokoškolské úrovně v nejrůznějších oborech. U nás jsou postupně zaváděny podle možností příslušné vysoké školy (fakulty) a podle zájmů zúčastněných seniorů. V České republice se realizuje tento typ studia v rámci celoživotního vzdělávání.

První U3V vznikla v r. 1973 ve Francii na Univerzitě společenských věd v Toulouse. Založil ji profesor práva a ekonomických věd P. Vellase s cílem vytvořit vzdělávací příležitost pro stárnoucí a starou populaci a nabídnout takový program činností, které by odpovídaly podmínkám, potřebám a aspiracím, jež jsou této věkové skupině vlastní. Hnutí U3V se rychle šíří do dalších evropských zemí a posléze i mimo kontinent. Ze zemí střední Evropy se myšlenka U3V ujala nejdříve v Polsku (1975). U nás vznikla první U3V v r. 1986 v Olomouci z iniciativy ČSČK, o rok později byla založena U3V v Praze na 1. lékařské fakultě UK. V současné době je studium pro seniory organizováno přibližně na 45 vysokých školách či fakultách ČR.

Rostoucí počet U3V a potřeba vzájemné komunikace mezi nimi vedla v roce 1977 k založení Mezinárodního sdružení U3V - AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Age), které sídlí v Toulouse.

Základní cíle AIUTA jsou následující:

- podporovat zakládání a další růst U3V po celém světě,
- navazovat a udržovat kulturní a vědecké kontakty mezi členy,
- podporovat navazování styků v oblasti regionálních zájmů,
- koordinovat činnost mezi členy, zejména vzdělávání, studium a výzkum,
- poskytovat členům informační služby,
- spolupracovat s organizacemi, jejichž činnost se týká vyššího vzdělávání a životních podmínek starší generace.

V posledních letech vystupuje do popředí především sociálně psychologická funkce, kterou má vzdělávání v rámci U3V plnit. Kromě uchování přiměřené kvality života se klade důraz na prevenci možného sociálního napětí mezi mladou a starší generací (tzv. ageismus). Cílem vzdělávacích aktivit v U3V je pak vytvářet předpoklady pro setkávání generací, nalezení báze pro výměnu zkušeností, pro smysluplný dialog mezi mladšími a staršími lidmi.

Jako příklad takového setkávání lze uvést dánský projekt *Starší lidé na lidových vysokých školách v cizích zemích*. Tento vzdělávací program stimuluje starší i mladé účastníky k tomu, aby získávali poznatky o cizích zemích a aby je využívali při vzdělávacích zájezdech. Ty organizují mladí nezaměstnaní, kteří také seniory na zájezdech doprovázejí. Kromě výše uvedených vzdělávacích forem se ve světě rozvíjejí další. Jsou to např. univerzity volného času, univerzity mezigeneračního sblížení apod. V Kanadě a v USA, kde se neujala evropská koncepce U3V, je významným prostředkem vzdělávání seniorů tzv. Elderhostel (studentský domov pro seniory). Jedná se o dobrovolnou organizaci, která ve spolupráci s univerzitami a kolejiemi organizuje letní vzdělávací programy.

3.9 Univerzity třetího věku

Univerzity třetího věku jsou specifickou součástí celoživotního vzdělávání. Jejich základní charakteristikou je, že poskytují seniorům vzdělávání na nejvyšší možné, tedy vysokoškolské (univerzitní) úrovni, čímž se liší od jiných forem osvětové a vzdělávací činnosti, byť také orientované na seniory. Účastníci mají obvykle statut mimořádných studentů dané vysoké školy. Vzdělávání má výlučně charakter osobnostního rozvoje, nikoli profesní přípravy a nezakládá tak nárok na profesní uplatnění (kromě dobrovolnických aktivit, např. v rámci seniorské populace).

První U3V vznikly ve Francii počátkem 70. let 20. století jako přímá reakce na generační konflikt, který se na vysokých školách vyhrotil v souvislosti se studentskými nepokoji na konci 60. let minulého století. Nabízely nejen vzdělávání posluchačům-seniorům, ale také akademickou aktivitu penzionovaným či z vedoucích míst přeřazeným starším vysokoškolským učitelům.

V průběhu posledního čtvrtstoletí, kdy se hnutí univerzit třetího věku rozvíjelo, krystalizovaly názory na cíle univerzit třetího věku. V první fázi byly uvažovány především tyto cíle:

- seznámit starší občany s vědeckými poznatky,
- prohloubit jejich sebepoznání,
- pomoci jim získat nadhled a tím ulehčit jejich přizpůsobování a orientaci ve stále složitějším a měnícím se prostředí. Potvrzuje se totiž, že vzdělávání a další vzdělávání v průběhu dospělosti i v postproduktivním věku významně ovlivňuje kvalitu života ve stáří.

V posledních letech se v tomto kontextu klade důraz především na sociálněpsychologické aspekty vzdělávání starších lidí v univerzitách třetího věku. Cílem je pak vytvářet předpoklady pro setkávání generací, nalezení báze pro výměnu zkušeností, pro vyvedení starého člověka z jakéhosi gheta (Petřková, 1994, str. 24 -32).

Jak vyplývá z řady studií (Svensson 1990, Pearce 1991, Kolland 1993 aj.), jsou vzdělávací aktivity považovány za jeden z nejdůležitějších faktorů udržení kvality života v postproduktivním věku. Vzdělávání v této životní etapě přispívá nejen k mobilizaci intelektuálních a kognitivních funkcí, ale i k upevnování fyzického a duševního zdraví, k posilování sebedůvěry a tím i k životní spokojenosti. A nejen to. Vzdělávací aktivity jsou též důležitým parametrem sociální pozice pro ty seniory, kteří již nepokračují v pracovní činnosti, představují pro ně nové zaměstnání a doplnění role starších.

V souvislosti s hledáním vzdělávacích příležitostí pro občany třetího věku je vhodné připomenout, že jde o skupinu značně diferencovanou. Diferencovanost této skupiny není dána pouze takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, sociální zařazení v mikroklimatu rodiny či finanční možnosti. K dalším znakům patří zdravotní stav, celoživotní zkušenosti, mentální výkonnost a v neposlední řadě i životní orientace staršího člověka.

Poslání U3V je spatřováno nejen v zabezpečování práva starších na učení a vzdělávání, v realizaci jejich zájmového vzdělávání na současné vědecké úrovni, v udržování a zlepšování jejich fyzické kondice, ale také v aktivitách výzkumných. Analýza realizovaných výzkumných projektů naznačuje, že je věnována dostatečná pozornost přípravě na stáří, tréninkům směřujícím k uchování fyzického zdraví, kognitivní aktivizaci psychických funkcí

apod. Poněkud stranou zůstávají motivační a emocionální aspekty života v postproduktivním věku, učení a vzdělávání nevyjímaje.

V problematice U3V se do popředí dostává zaměření, obsahová náplň a účelnost (výstupy) této dnes již plně etablované činnosti. Zvláště v souvislosti se stoupající vzdělávací aktivitou pro seniory v mimouniverzitních institucích.

Existuje několik možných přístupů a úrovní (při všech se uplatňuje aspekt společenské události s navazováním kontaktů a rozšířením komunikačních příležitostí):

- pouhá nabídka programu pro volný čas,
- běžná osvětová a populárně naučná činnost,
- diskusně seminární forma (ve Velké Británii např. malé kroužky expertů, jejichž členové se střídají v přípravě seminářů),
- ucelené cykly přednášek, zaměřené na oblast možných zájmů (astronomie, historie umění apod.),
- ucelené cykly přednášek inovační povahy, usnadňující integraci seniorů do společnosti i spoluúčast při rozhodování tím, že vzdělávají v oblasti nových technologií, nových problémů, měnícího se světa (práce s počítači, ekologická problematika, činnost médií, násilí ve společnosti apod.) - tato inovace znalostí postihuje i mezigenerační komunikaci, včetně významné komunikace prarodičů s vnuky. Tuto náplň lze vhodně kombinovat s programem zaměřeným na životní postoje a životosprávu (relaxační a psychoterapeutické postupy, kurzy kreativního myšlení, komunikace, asertivity, adaptace na život ve stáří, tělesná výchova pro seniory včetně jógy apod.). Není zanedbatelné, že takto získané dovednosti a znalosti z oblasti životosprávy i mezilidských vztahů budou senioři uplatňovat i v rámci svých rodin a širší veřejnosti,
- ucelené cykly zaměřené na samosprávnou aktivitu seniorů - např. zakládání a vedení seniorských center, příprava trenérů pro výcvik paměti a kognitivní aktivaci, metodika úpravy bytového prostředí, ochrana zájmů seniorů např. v oblasti dopravní bezpečnosti, kriminality, týrání a zanedbávání apod. Senioři vyškolení v metodice sociologických výzkumů se mohou podílet na sběru dat, pomáhat v dotazníkovém i jiném monitorování situace zvláště mezi svými vrstevníky.

Kombinací zvláště posledních dvou okruhů aktivit může být vytvořeno opravdu ucelené vzdělávání seniorů se společensky významnými výstupy, přesahujícími osobnostní rozvoj či jen ukrácení volného času jednotlivých účastníků. Do programů mohou být se značným efektem zakomponovány hodiny cizojazyčné konverzace a pohybových a relaxačních aktivit včetně jógy.

Významu univerzit třetího věku by měla být přizpůsobena kvalita výuky, její příprava a důsledné dodržování nejen obecně pedagogických, ale specificky gerontagogických postupů.

V propracování gerontagogické metodiky, respektující involuční psychické změny, jsou stále velké rezervy. U3V by měla aspirovat na víc než na přednášky. Je třeba se více zabývat výběrem témat, přípravou pomůcek, tempem přednášky i zpětným vyhodnocením a pedagogickým auditem. I zde by mělo platit důsledné sledování vytčeného cíle a využívání zpětné vazby.

Právě metodika výuky by měla odlišovat U3V od vzdělávacích aktivit pro mladší jedince, včetně osob předčasně penzionovaných či dlouhodobě nezaměstnaných v předdůchodovém věku. Pro tuto mladší populaci organizované programy jsou někdy označovány jako *univerzita volného času*.

3.9.1 PRAXEOLOGIE GERONTOPELAGOGIKY

Gerontopedagogika jako disciplína může nabývat různých podob. Mezi základní lze řadit i přípravu profesionálů pro realizaci výchovně vzdělávacích aktivit se seniory. Tedy patří sem zejména:

- výchova metodiků pro problematiku volného času seniorů, jejich seberealizaci, pro činnost seniorských center, klubů aktivního stáří, akademií třetího věku, ale také pro aktivaci a aktivizaci geriatrických pacientů a klientů v dlouhodobé ústavní péči, včetně tréninků paměti (profiluje se odbornost pedagog volného času s možností specializací na seniorskou problematiku),
- výchova terapeutů pro práci se zvláště handicapovanými geriatrickými pacienty, především s demencí či kombinovaným postižením - zvláště zraku a sluchu (v návaznosti na speciální pedagogiku),
- větev andragogiky, zabývající se nikoliv profesním vzděláváním (specializační a rekvalifikační kurzy, doškolování a inovační kurzy apod.), nýbrž osobnostním rozvojem seniorů, dotažením konceptu celoživotního vzdělávání ve formalizované podobě i do pozdních fází ontogeneze, kultivací komunikace, pozitivního myšlení, adaptace na stáří.

V tomto smyslu je gerontopedagogika na počátku svého vývoje. Je třeba rozvinout metodiku vzdělávání (včetně metodického poradenství lektorům nejrůznějších vzdělávacích pořadů hojně seniory navštěvovaných, aniž by tomu příprava přednášek obvykle odpovídala), výběr témat, hodnocení efektivnosti výstupů. Zájem seniorů, jak svědčí i naplněné běhy univerzit třetího věku, je velký. Je však třeba dosáhnout stavu, kdy seniorské programy budou charakterizovány metodikou vzdělávání, nikoliv věkem posluchačů.

Zvláštní výzvy staví před gerontopedagogiku šířící se kultura komunikativního vzdělávání a učení, která chápe člověka jako bytost tvořenou komunikací a dialogem, žijícího

nejen v pospolitosti osobního života, ale také v *komunitě lidí dobré vůle*. Mají-li se komunikativní kultura a společnost rozvíjet, nemůže se tak dít bez pozitivní účasti seniorů. A jejich výchova musí být uzpůsobena jejich postojům a možnostem. Pokud by seniorské generace z komunikativního (i jiného) vzdělávání společnosti vypadávaly, velmi by se zvyšovalo riziko jejich faktické segregace a generačního neporozumění.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Kde a kdy vznikly U3V?
 2. Jaké jsou základní funkce vzdělávání seniorů v postproduktivním věku?
 3. Jaké formy vzdělávání seniorů znáte?
 4. Vymezte vznik a vývoj andragogiky jako disciplíny o vzdělávání dospělých.
 5. Jaká jsou specifika vzdělávání senior.
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte esej na téma *Vzdělávání seniorů jako společenská nutnost*. Argumentujte faktografií, která je uvedena v předloženém učebním textu.



DALŠÍ ZDROJE

- ROOT-BERSTEIN, R. (1999). *Productivity and Age*. In M. A. Runco & S. Pritzker (Eds.), *Encyclopedia of Creativity* (Vol. 2., pp. 457-464). San Diego: Academic Press.
- SIMONTON, D. K. (1989). *The swan-song phenomenon: Lastwork effects for 172 classical composers*. *Psychology of Aging*, 4, pp. 42-47.
- SIMONTON, D. K. (1997a). *Creative productivity: A predictive and explanatory model of career trajectories and landmarks*. *Psychological Review*, 104, pp. 66-89.
- SIMONTON, D. K. (1997). *Genius and creativity: Selected papers*: Greenwich, CT: Ablex.
- SIMONTON, D. K. (2006). *Creativity*. In R. Schultz (Ed.), *The Encyclopedia of Aging* (4th edition, Vol. 1, pp. 269-270). New York: Springer Publishing.

SVOBODA, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

ŠVANCARA, J. (1983). *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN.

URBÁNEK, T. (2002). *Základy psychometriky*. Brno: PsÚ AV ČR, PÚ FF MU.

http://www.totemdevelopment.co.uk/blog/wp-content/uploads/2009/10/convergent_divergent_thought-1024x434.png [cit. 2011-05-20]

SHRNUTÍ KAPITOLY



Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří U3V, Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi funkce preventivní, antipačnická, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i Charta práv a svobod starších lidí. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

4 TABU V SENIORSKÉ POPULACI



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V rámci této kapitoly se bude student seznamovat s problematikou, která se ve vztahu k seniorskému věku jeví jako problematika tabuizovaná. Jedná se témata věnující se sexuálnímu životu seniorů, specifickému chování seniorů, trestných činů seniorů a na seniorech a v neposlední řadě o problematiku umírání a smrti.



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámit studenty s problematikou tabuizovaných témat. Student získá následující kompetence:

- Bude schopen diagnostikovat specifické projevy chování seniorů
 - Získá přehled o základních sociálních situacích seniorů (kontakt s institucemi, policií, mezigenerační vztahy)
 - Bude seznámen s vybranými sociálně patologickými projevy seniorů a na seniorech
 - Získá základní přehled v problematice umírání a smrti
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Senioři, stáří, domácí násilí, intervence, prevence, ochrana obětí, informovanost, konfrontace pachatele, typologie agresivního zacházení, syndrom závislosti, teorie vzniku závislosti, diagnostická kategorie zneužívání látek, abúzus látek, závislost na látkách, epidemiologie závislosti, terapeutické strategie, sexuální život, sexuální dysfunkce, sexuální apence, dyspareunie, algopareunie, sexuální delikvence, umírání, smrt.

4.1 Senioři v kontaktu s institucí

V seniorském věku se lze setkat s překvapivě velkou rozmanitostí typů a chování. Senioři jsou natolik různorodou a obsáhlou sociální skupinou, že je nelze jednoduše převést

do jedné šablony a unifikovat je. Na místo obecných univerzálně platných doporučení pro účinný postup odborníků v komunikaci se seniory je třeba zvolit jinou strategii uvažování. Jako produktivní se v tomto ohledu jeví především pokus zmapovat nejtypičtější obrazy stáří, se kterými se odborníci v reálných situacích mohou setkat. Ty totiž určují i způsob, jakým reagují senioři na vynucený či aktivně zvolený kontakt s profesionály v souvislosti se sociálně patologickým projevem. Soustředíme se dále jen na takové projevy stáří, které mohou být problematické a zakládat vyšší pravděpodobnost navázání obtížného kontaktu.

4.1.1 DŮVĚŘIVÉ STÁŘÍ

Ve vyšším věku stoupá náš respekt před institucemi a jejich úředníky, svým způsobem roste poslušnost vůči oficiální autoritě. Důvěřivé stáří má této slepé víry příliš moc. Je proto snadným objektem pro podvodné iniciativy. Důvěřivý senior se nechá oklamat uniformou, titulem, důležitě se tvářící vizitkou, slušně vypadajícím zevnějškem a efektně prezentovanými sliby falešných agentů a nepravých obchodních zástupců. Někdy je z pohledu policisty těžké pochopit, jak mohla být oběť tak lehkovážná a nekritická. Není však vhodné vyčítat podvedeným seniorům chybu, kterou již nemohou vzít zpět. Na místě je spíše seni-ora povzbudit, aby se z události poučil.

4.1.2 PODIVÍNSKÉ STÁŘÍ

Více či méně svérázného seniora, ze kterého přímo čiší určitá povahová nápadnost, už potkal každý z nás v soukromí či profesionálně. Takový starý člověk přivádí své okolí k zoufalství třeba tím, že sbírá neúčelné věci a odmítá vyhodit i evidentně nepotřebné věci. Spořivost až lakota, zvýšená podezíravost, potutelnost, ulpívání na určitých postupech a jejich důsledné vyžadování - to jsou pro stáří celkem běžné povahové nápadnosti. Silně nápadná, dominantní vlastnost bývá téměř neovlivnitelná z vnějšku. Dotyčný neslyší na své okolí, chová se stále po svém. V tom tkví hlavní jádro problému.

4.1.3 BLÁZNIVÉ STÁŘÍ

Souvisí úzce s podivínstvím. Hranice mezi nimi je neostrá. I pro odborníky je někdy obtížné určit, zda dotyčná osoba už ztratila kontakt s realitou a žije v jiném a pro nás ne-skutečném světě, zda hovoří o tom, co skutečně zažila, nebo co se odehrává jen v její mysli. Bludy a jiné psychotické příznaky (jako např. těžké a nápadné změny nálad) mohou skutečně propuknout až ve stáří. Je však třeba varovat před unáhlenou diagnózou starý člověk = blázen. Taková úvaha není odborně ničím podložena.

4.1.4 INTELEKTOVĚ UPADAJÍCÍ STÁŘÍ

Představa, že s nastupujícím stářím automaticky ubývají intelektové schopnosti, je zcela mylná. Existuje sice tzv. *stařecká zblbělost*, ale vždy jde o vážné onemocnění - senilní demenci. Demence má celkem přesné příznaky. Odborníci v kontaktu se seniory by o nich měli být poučení. Pomůže jim k tomu, aby se vyhnuli nepřijemným přehmatům. Tím máme na mysli nesprávné vyhodnocení situace.

4.1.5 NESNÁŠENLIVÉ STÁŘÍ

Ve stáří mnohdy klesá tolerance až k bodu nula. Senioři mohou dojít k silnému pocitu nesnášenlivosti. Ruku v ruce s ní si vypěstují zášť zacentrovanou na konkrétní osoby. A protože je nesnášenlivost velmi silně prožívaný cit, zvyšuje i pravděpodobnost emocionálního chování. Jeho prudkost, síla a ničivé důsledky mohou překvapit. Od starého člověka už to naivní okolí nečeká. Pro odborníky je nesnášenlivost ve stáří známým faktem. Vysvětluje totiž některé až kuriózní případy *kriminální energie* seniorů. Dřívější snášenlivost a ústupnost se ve vyšším věku mohou náhle a celkem nečekaně zlomit a vyústit v afektivní kriminální agresi. Jde o nečetné případy, tím více však způsobí rozruch. Senior bez dřívějších prohřešků proti zákonu, který se náhle zhostí role pachatele na první pohled nerozumného útoku, trpí obvykle stařeckou nesnášenlivostí.

4.1.6 ODBRŽDĚNÉ STÁŘÍ

Odbržďenost či odborně deliberace sexuálního pudu ve stáří je v literatuře popisována jako spíše okrajový, ale nicméně vyskytující se jev.

4.1.7 OSAMĚLÉ STÁŘÍ

I osamělé stáří může být okolností, které je třeba z pohledu specialistů věnovat pozornost. Osamělost jde zpravidla ruku v ruce s pocitem bezmocnosti. Je faktem, že osamělí senioři jsou rizikovější skupinou z hlediska možné viktimizace. Staří občané, kteří žijí jako singlové, se mohou stát obětí vloupání a loupežných přepadení. I když přežijí vlastní kritickou událost bez fyzických zranění, téměř vždy si odnesou hluboké emocionální rány. Policisté by se proto k nim měli chovat zvláště šetrně a do puntíku dodržovat psychologická doporučení pro jednání s oběťmi trestních činů.

4.1.8 SENIOŘI V KONTAKTU S POLICIÍ

Na vynucený či aktivně zvolený kontakt s policií reagují senioři výrazně individuálně. Zpravidla se způsob, jakým reagují senioři v kontaktu s policií, zakládá na takových povahových vlastnostech, které právě vlivem stárnutí vystupují více na povrch a stávají se i pro okolí nápadným. Zatímco dříve byly obroušeny sebekontrolou či situačními tlaky, nyní mají větší prostor pro vyniknutí. Stáří má mnoho podob a tváří. Policisté se proto v živé situaci mohou setkat s velmi rozmanitými, pochopitelnými i méně srozumitelnými reakcemi seniorů. Obecně platí, že apriorní silně odmítavý a konfrontační vztah k policii není pro duševně svěží seniory typický. Určitá obtížnost dobře komunikovat a účinně jednat se seniorem v libovolné úřední situaci plyne spíše z malé obratnosti (a někdy i nezájmu) policistů přizpůsobit se individuálnímu svérázu staré dámy či pána a zvolit správný styl

Pro postup policie vůči starším občanům neexistují žádné zvláštní předpisy. Tak jako k ostatním občanům mají policisté i k seniorům přistupovat korektně a slušně a dbát obecně závazných instrukcí, ať už jde o jednání na služebně či někde na veřejnosti. Navíc lze doporučit následující kroky.

V kontaktu se seniory je třeba respektovat obecně platné zásady korektního a slušného vystupování. Nutno si uvědomit, že ve stáří se obvykle zvyšuje důvěra lidí k formálním autoritám, uniformám a úřadům. Z toho ovšem často vzniká i větší nervozita v průběhu oficiálních jednání. Při přímém kontaktu s policistou pak mohou senioři vystupovat na počátku jednání nejistě, přerývají se nebo si nemohou hned vzpomenout a nalézt správný výraz. Nutno používat uklidňovací formulky, nejlépe uklidníme druhého člověka, když pořádně vysvětlíme situaci. Dopřejme starším osobám čas.

Při kontaktu se seniory vždy projevujte respekt, úctu ke staré osobě, trpělivost. To by mělo zabrat vždy, ať už je povaha úředního jednání jakákoli.

Na tomto obecném pozadí přemýšlejte o zvláštностech konkrétní situace. Nenechte se unést prvním dojmem. Nediskvalifikujte seniora jenom kvůli stáří. I ve vysokém věku jsme schopni si zachovat duševní svěžest a spolehlivý úsudek. Pevný smysl života a trénovaná mysl jsou signálem zdravé a životní síly i ve stáří. I velmi stará osoba může být kvalitním partnerem policie.

Usilujte o navázání dobrého kontaktu. Záleží především na vás. Využijte psychologii i svou intuici. Svě chování přizpůsobte stylu vystupování seniora. Zvolte vhodný individuální styl:

- ještě více trpělivosti, jestliže registrujete špatné formulační schopnosti a vyjadřování,
- ještě jednodušší otázky a jejich pomalé opakování, jestliže se senior těžko orientuje, váhá, je nejistý,
- ještě klidnější a přesvědčivější projev, jestliže senior nechce přijmout vaše vysvětlení, pochybuje a nevěří vašim sdělením,
- ještě více tolerance tam, kde se jen s obtížemi můžete vžít do způsobu uvažování seniora.

I v ryze pracovních situacích je nutné myslet lidsky. To platí dvojnásob při jednání se seniory, kteří se zřejmě ocitli v tísní. Splnění všech policejních povinností (například přijetí trestního oznámení nebo sepsání věci, ve které starý člověk přišel) nemusí řešit hlavní problém seniora. Přemýšlejte, jak můžete skutečně pomoci, i když jste již své povinnosti splnili. Často pomůže i informace, kam se senior se svým problémem může obrátit. Vyhledejte aktivně informace o místech sociálních služeb a krizových či poradenských centrech v místě svého působení. Nabízejte je aktivně seniorům.

4.2 Senioři jako oběť domácího násilí

Zhruba před dvěma roky se v ČR začalo hovořit o domácím násilí jako o naléhavém, svébytném problému, který je hoden zvláštního zřetele ze strany státu a jeho institucí. Od

té doby se ovšem pro oběti ani pachatele příliš nezměnilo. Situace rodin postižených domácím násilím zůstává téměř stejná. Odborníci, politici i úředníci - my všichni setrváváme ve stadiu odborných diskusí a debat o tom, kde a jak složitý problém domácího násilí uchořit. Zaměříme se na dvě otázky: na **klíčové problémy** současného přístupu k domácímu násilí a dále na **zásady**, ze kterých by měla vycházet prevence a intervence v případech domácího násilí.

4.2.1 KLÍČOVÉ PROBLÉMY SOUČASNÉHO PŘÍSTUPU K DOMÁCIMU NÁSILÍ

V oficiálních postojích je domácí násilí, pokud je formulováno jako abstraktní fenomén, samozřejmě odsuzováno. Citlivost tématu se objeví až v okamžiku, kdy je domácí násilí převedeno do reálných souvislostí, jako je např. otázka, zda a jak má stát v případech domácího násilí **konat** a jak se má vůči pachatelům a obětem domácího násilí **chovat**. **Nutnost změn** v dosavadních přístupech k domácímu násilí plyne podle mého soudu z následujících okolností a argumentů:

4.2.1.1 *Domácí násilí je specifický problém vyžadující specifická opatření*

Většina postupů proti násilí, které garantuje stát, je vyladěna na *násilí mezi cizími lidmi*. Domácí násilí se však odehrává *mezi blízkými lidmi*. Pachatel a oběť jsou citově, sociálně a ekonomicky vzájemně závislé, blízké osoby. Domácí násilí představuje opakované a dlouhodobé týrání partnera, se kterým se dělíme o soukromí! Do intimního svazku tudíž pachatel i oběť kdysi vstoupili dobrovolně a na základě svého privátního rozhodnutí. Na své soukromí mají státem garantované právo. Jenomže násilí vůči partnerovi páchané v soukromí bytu ohrožuje nejdřív důstojnost, pak zdraví, a nakonec i život oběti. To už jsou hodnoty, které je stát povinen chránit. *Klíčové je tedy rozhodnutí, že domácí násilí budeme akceptovat jako legitimní důvod pro vstup státu a jeho institucí do privátní sféry rodiny. Tím okamžitě vzniká otázka, podle kterých pravidel bude stát "urovnávat" soukromé vztahy, které definuje jako nežádoucí domácí násilí. Jakou podporu poskytne oběti a jaká opatření uplatní vůči pachateli? Politika státu vůči domácímu násilí musí být jasně deklarována.*

4.2.1.2 *Nutnost oficiální intervence z venku*

Ačkoliv privátní rozhodnutí stálo na počátku a svým způsobem skutečně odstartovalo domácí násilí, nelze pouhým privátním rozhodnutím partnerské násilí ukončit. Je faktem, že bez pomoci zvenčí nemá oběť ani pachatel šanci z rozjetého vlaku domácího násilí vystoupit. Oběti chybí síla a prostředky řešení, pachateli zájem. Dokonce i když jednotlivé incidenty prosáknou ven ze zavřených dveří a vyplní lékařskou zprávu či policejní protokol, reálně se nic nezmění. Agresor i oběť jsou ponecháni napospas dalším peripetím násilí. *Neexistuje totiž státem garantované místo, které by zajišťovalo prevenci a intervenci pro postižené rodiny.*

4.2.1.3 **Nebezpečnost spočívající v opakování domácího násilí**

Specifickým znakem domácího násilí je opakování a postupný nárůst intenzity jednotlivých incidentů. Pro policejní ale i často správný postup je podstatné, že **jednotlivé incidenty, jsou-li posuzovány izolovaně, nemusejí dosahovat prahu trestné činnosti**. V oficiální (policejní) reakci je tudíž lze bagatelizovat či zcela přehlížet. V praxi to pak znamená, že oběť musí vyčkat, dokud u ní nenastanou takové následky, které překročí šedou zónu mezi morálkou a zákonem. Takový moment zlomu sice udává platný trestní zákon, ale ten řeší pouze eventuální postih pachatele, nikoli ochranu oběti před pokračujícím domácím násilím. V nemálo případech pak končí domácí násilí tragicky. *Chybějí totiž procedury včasné a rychlé intervence blokující opakování incidentů partnerského násilí.*

4.2.1.4 **Absence institutu ochrany oběti**

Postup policie při kontaktu s domácím násilím se opírá o všeobecně platné zákony a normy. Policisté v našich podmínkách se na místě domácí rozepře řídí především trestním zákonem, zákonem o přestupcích a zákonem o policii. Ve srovnání s řadou jiných států (např. Rakousko, Švédsko, Velká Británie, USA) tak zůstávají vězet v tradiční roli policie jako převážně represivní složky. Jejich povinnosti **směřují především k osobě pachatele a stíhání trestných činů**, otázka účinné pomoci oběti stojí stranou. Oběť je dnes v situaci, kdy si svou (fyzickou) bezpečnost a (lidskou) důstojnost musí zajistit na své vlastní náklady, například útekem do azylového domu. *Stát a jeho instituce se zatím nepřihlásily k ochraně a zajištění lidských, ale také sociálních práv obětí domácího násilí.*

4.2.2 **ZÁSADY PREVENCE A INTERVENCE DOMÁCÍHO NÁSILÍ**

Hlavním cílem prevence a intervence není primárně stíhat a potrestat pachatele, nýbrž *pocitivý úmysl pomoci partnerskému vztahu stopnout násilné incidenty vhodným zásahem z vnějšku!* Pomoci odstranit násilí mezi partnery je leitmotiv všech oficiálních aktivit, který musí stát a jeho instituce věrohodně prezentovat občanské veřejnosti. Tím je jasně řečeno, že izolovanými tvrdými opatřeními vůči pachateli nelze problém domácího násilí vyřešit. *Výslovně zdůrazňují, že ani oběti domácího násilí nevolají po tvrdé represí, naopak jejich hlavní potřebou je žít slušný lidský život v partnerském svazku bez násilí. Naším úkolem je tedy hledat ucelený a diferencovaný systém opatření*, který by postihl různé podoby a stupně domácího násilí a dával by čas i šanci na ozdravení nemocného vztahu, tam kde ještě oba partneři, tj. pachatel i oběť mají vůli k nápravě, a ochránit oběť tam, kde udržení vztahu již nepřichází v úvahu.

Prevence i intervence garantovaná státem by měla začít u tří uzlových bodů, kterými jsou: **informovanost, ochrana oběti a konfrontace pachatele s oficiální reakcí.**

4.2.2.1 **Informovanost**

Informovanost veřejnosti o domácím násilí se v posledním roce výrazně zvýšila. Téma partnerského násilí se objevuje v médiích, zejména různá občanská sdružení zajišťují

osvětu veřejnosti v této věci. Výrazný posun znamená také **vznik nonstop linky pro oběti domácího násilí provozované Bílým kruhem bezpečí**. Oběti z celé republiky nyní dosáhnou poměrně snadno alespoň na jedno místo pomoci. Značné rezervy však přetrvávají v **informovanosti odborníků**. Mnozí lékaři, učitelé, ale i policisté a sociální pracovníci jsou při kontaktu s oběťmi domácího násilí nejistí, nedovedou jim poskytnout základní informace, ani poradit. Přitom právě lékaři, sociální pracovníci a policisté jsou vstupní branou, kterou se domácí násilí dostává ze soukromí na veřejnost. Základní profesně zaměřené školení všech pomáhajících profesí považují proto za žádoucí.

4.2.2.2 Ochrana oběti

Před čtyřmi roky stálo Rakousko tam, kde je dnes ČR. Hledalo jasnou oficiální strategii pro řešení případů domácího násilí. Po dlouhých a místy vyhrcovaných diskusích expertů dospělo Rakousko k názoru, že stát musí zaujmout vyhraněnou pozici proti násilí, a tudíž ve prospěch ohrožené oběti. Když jde o ukončení násilí v rodině, stává se nejvyšším příkázáním tzv. *strategie vměšování*, neboť pasivita a "nicnedělání" pomáhá pachateli a nesvědčí oběti, uvádí se přímo v rakouském materiálu. Tento postoj ovšem neznamená, že pachatel je zcela odsunut na vedlejší kolej anebo že je mu odepírána pomocná ruka. V jeho cestě za nápravou musí být ovšem nejdříve okamžitě konfrontován s tím, že jeho chování je nežádoucí. V rakouských *novinkách* je proto použit celkem jednoduchý princip: agresor může být vykázán ze společného bytu, zatímco oběť má právo zůstat doma a být chráněna před dalším násilím. Povinnost chránit oběť před fyzickým útokem přešla v plném rozsahu na policii. Další formy ochrany a podpory oběti, například poskytování informací v právní a sociální oblasti, zajišťují navazující instituce financované státem a provázané ve své činnosti s nestátní sférou. Považují rakouské zkušenosti za inspirativní i pro naše podmínky. K tomu podotýkám, že nulová ochrana obětí domácího násilí je jednou z příčin opakování domácího násilí. To jsou fakta vyplývající z renomovaných výzkumů.

4.2.2.3 Konfrontace pachatele s oficiální reakcí

Strategie intervence směřující k pachateli je založena na myšlence **netolerování domácího násilí**. Agresor musí rychle pocítit, že jeho chování je nežádoucí a nebude tolerováno. Princip netolerance vychází z přesvědčení, že za domácí násilí nese v plném rozsahu zodpovědnost právě agresor, nikoli oběť. Násilí vůči blízké osobě je totiž nepřípustné a neomluvitelné za jakýchkoli okolností. Převzetí zodpovědnosti za své agresivní chování je pak příznivým signálem pro nápravu agresora. Výzkumy pachatelů domácího násilí běží naplno. Zatím je nesmírně obtížné stanovit obecně nejefektivnější postup, který by byl vhodný pro většinu případů domácího násilí. I v rámci kategorie domácích agresorů se rýsují různé osobnostní typy, které pak dobře reagují na různá opatření od krátkodobého vykázání z blízkosti oběti přes soudem nařízený antiagresivní převýchovný program určité délky až po regulérní trestní proces. Předběžně se zdá, že domácí násilí je jen výjimečně podmíněno nápadnou duševní patologií pachatele ve smyslu agresivní psychopatie či sadismu. Většina pachatelů domácího násilí nekopíruje ani struktury osobnosti chronických kriminálních. Velmi často to bývají jinak celkem slušní lidé, kteří kromě partnerského násilí nemusejí mít problémy se zákonem nebo morálkou. Intervence směřující k pachateli

proto kombinuje sankce (restrikce) s terapií. V našich podmínkách zatím chybí okamžitá konfrontace pachatele s oficiální reakcí, pomysleme jen na přestupková řízení, která lze v tomto ohledu pokládat spíše za trest pro oběť než sankci pro agresora. Jak systém sankcí, tak nabídka terapeutických programů neodpovídá naléhavosti problému domácího násilí u nás.

K domácímu násilí existuje dnes množství renomovaných odborných studií a poznatků. Některé způsobily ve svých domovských zemích doslova legislativní zemětřesení. Řada států šla cestou zvláštního zákona na ochranu rodiny před násilím, v jiných zemích se prosadila odlišná cesta například dílčí úpravy v platných zákonech. I pro nás je momentálně klíčovou otázkou, zda domácí násilí je natolik specifické, že nemůže být dostatečně postihováno běžnými postupy policie, justice i orgánů sociální péče a zda tudíž vyžaduje podstatnější normativní změny. V tomto příspěvku jsem nabídla argumenty podporující nutnost zásadních změn. Vždyť účinná prevence a intervence při kontaktu s domácím násilím může výrazně ovlivnit kvalitu života téměř jedné z pěti rodin v ČR.

4.2.3 DESATERO O DOMÁCÍM NÁSILÍ

1. Každý šestý občan ČR přiznává násilí ve svém partnerském vztahu, tzn. že domácím násilím v České republice trpí minimálně 16 % populace ve věku od 15 let. Charakteristickým znakem domácího násilí v naší zemi je jeho dlouhodobost a převaha násilí fyzického, které je provázeno psychickým týráním.

2. Tři pětiny populace starší 15 let znají případy násilí mezi partnery z doslechu, více než čtvrtina se s ním setkala přímo (jako svědek, jako oběť, případně jako násilník).

3. Dvě třetiny našich občanů soudí, že domácí násilí je závažný jev, o němž nelze mlčet. Společnost nemůže domácí násilí tolerovat, protože je rodina sama nevyřeší - to je názor většiny naší populace (71%).

4. Celé čtyři pětiny občanů jsou přesvědčeny, že k projevům domácího násilí nesmí zůstat okolí (příbuzní, sousedé, lékař, policie) lhostejné.

5. Avšak každý druhý člověk by tvář v tvář domácímu násilí váhal pomoci nebo by to nechal bez povšimnutí. V naší zemi chybí lidem informace o tom, jak se domácímu násilí bránit. Dostatek takových informací má totiž jen necelá pětina obyvatel ČR.

6. Dvě třetiny obyvatel ČR se mylně domnívají, že napohled slušní lidé se domácího násilí nedopouštějí. Tři pětiny občanů jsou pod vlivem mýtů a předsudků přesvědčeny, že oběťmi domácího násilí se stávají jen slabé a bojácné ženy.

7. V 84 % našich domácností, ve kterých se odehrává násilí, vyrůstají děti. V 69 % z těchto domácností se násilí mezi dospělými partnery dokonce odehrává v přítomnosti dětí.

8. Oběť vyhledá oficiální pomoc v průměru až po šesti letech strádání za zavřenými dveřmi. Rozhodne se k tomuto kroku zpravidla až tehdy, když jí podle jejích slov *jde o život*.

9. Oběti domácího násilí se snaží vystoupit ze soukromí na veřejnost dvojitým způsobem: nejčastěji hledají pomoc u lékaře a ochranu u policie.

10. Z pohledu obětí jsou nejčastější příčinou domácího násilí povahové vlastnosti agresivního partnera, jako spouštěč násilí je uváděn převážně alkohol.

4.2.4 TYPOLOGIE AGRESIVNÍHO ZACHÁZENÍ SE SENIORY

Následující typologie prezentuje možné způsoby zacházení se seniory, kteří se stávají obětí domácího násilí:

- **Zastrašování**

Způsobit, aby se oběť bála, a to zlými pohledy, různými činy, gesty, rozbíjením věcí, ničením jejího majetku, předváděním zbraní, demonstrativním týráním zvířat.

- **Osamělost**

Mít dohled nad tím, co dělá, s kým se vídá a mluví, co čte, kam jde, omezovat její zájmy mimo domov, používat žárlivost k ospravedlnění svých činů.

- **Používání dětí**

Způsobit aby oběť měla výčitky svědomí ve vztahu k dětem/vnukům, používat je k vyřizování vzkazů, organizovat návštěvy s cílem osočovat, napadat a vyhrožovat, že se s nimi již nesetká.

- **Ekonomické týrán**

Zamezit této oběti násilí získání nebo udržení zaměstnání, způsobit, aby musela o peníze žádat, dávat jí kapesné, brát jí peníze, znemožnit jí přístup k rodinným příjmům.

- **Citové týrán**

Srážet oběť, působit, aby o sobě měla špatné mínění, nazývat ji hanlivými jmény, způsobit, aby si myslela, že je blázen, kritizovat její paměť, ponižovat ji, způsobit, aby se cítila provinile, že něco zavinila.

- **Zapírání a kárání**

Říkat, že k týrán

- **Ponižování**

Zacházet s obětí jako se služkou, všechna rozhodnutí dělat za ni, být tím, kdo rozhoduje.

- **Omezování a výhrůžky**

Říkat či splňovat hrozby a způsobovat bolest, přinutit oběť násilím, aby vzala zpět svou žalobu, vyhrožovat, že zůstane sama, nutit ji, aby prováděla nezákonné věci a vyhrožovat jí oznámením této činnosti.

4.3 Psychologický dopad katastrofických událostí u seniorů

Události z 11. září 2001 zaostřily zájem na témata psychologie, která doposud stála stranou.

Jde především o :

- psychologický dopad katastrofických událostí na velké skupiny lidí,
- hromadné chování typu paniky a panikaření v situaci zabarvené vyhoceným pocitem možného ohrožení,
- chování jednotlivců i velkých skupin lidí v tzv. fázi *alarmu*, kdy se něco děje, je zvýšené riziko ohrožení, ale nejsou přesné signály, nebezpečí zatím nemá pevné kontury, není známa přesná tvář hrozby ani její časové a jiné parametry.

Při reálném uvažování o psychologickém dopadu katastrofických událostí na velké skupiny lidí psychologie rozlišuje mezi:

1. **krátkodobými a dlouhodobými důsledky** katastrofické události na psychiku lidí, a
2. dopadem na **osoby v místě katastrofy** (zde se ještě blíže diferencuje mezi tzv. ohniskem a prstencem) a dopadem na **osoby mimo zasažení místo krize**.

Krátkodobé důsledky zahrnují bezprostřední emocionální reakci na extrémní událost. Obvykle se projevují v době od jejího vzniku do zhruba 4 až 6 týdnů po extrémní události. Pro jednotlivce i sociální soubory žijící mimo skutečné či předpokládané centrum ohrožení se krátkodobé psychické důsledky zpravidla odvíjejí především jako začleňování silně zneklidňujících a dříve nepředstavitelných událostí do osobních mentálních struktur. Jednoduše řečeno lidé musí investovat svou energii do smíření se s představou, že se může přihodit něco, s čím dříve vůbec nepočítali nebo co považovali za nemožné, iluzorní, nesmyslné. Pochody kognitivní restrukturalizace (tj. přehodnocení dosavadních měřítek pro dobro a zlo, pro reálné a nereálné děje atd.) jsou poměrně náročnou záležitostí, která poutá

po určitou dobu mentální energii. Extrémní krizová situace totiž rozrušila dvě životně důležité iluze: iluzi dobrého světla a iluzi kontroly, které se musí znovu poskládat tak, aby odpovídaly nové realitě.

Krátkodobé psychické důsledky mají svou vnitřní dynamiku:

- začínají momentem nárazu, ve kterém bývá často přítomen pocit neskutečna (je vyjadřován např. větou *to nemůže být pravda, to je jen špatný film...*),
- přechází do fáze *připoutání k události* neboli fascinace (krizová událost funguje jako magnet, vyhledáváme informace k věci, spontánně se k nám stáčí myšlenky i pocity, často *o tom* mluvíme..). Po této uzdravující taktice, založené na ventilaci emocí, nakonec pozvolna dochází k
- fázi odpoutání (návrat ke všednímu dni) - to ovšem za předpokladu, že se nevyskytnou nové podněty, které představují pro sociální celky hromadně působící stres.

Uvedené tendence se mohou prosazovat v různých podobách, neboť ve hře jsou vždy i individuální faktory (povaha, postoje, dřívější zážitky atd.)

Obecně platí, že krátkodobým dopadům katastrofické události jsou vystaveni všichni, dlouhodobé následky však postihují pouze některé osoby či skupinu osob.

Dlouhodobé důsledky představuje souhrn specifických potíží označovaných jako posttraumatická stresová porucha, eventuálně jako poruchy adaptace. Posttraumatická stresová porucha je vnímána jako normální reakce na extrémní stresový zážitek, zatímco poruchy přizpůsobení už představují vzácnější a psychopatologicky závažnější vzorec.

Důsledky extrémních a život ohrožujících prožitků jsou v psychologii známy již delší dobu. První pozorování dlouhodobých účinků krizových zážitků pochází z roku 1879, kdy došlo k několika velkým železničním neštěstím na teritoriu USA. Další poznatky přinesly obě světové války (diagnóza tzv. traumatické neurózy). Intenzivní a systematický zájem o problém a jeho řešení je však spojen až s vietnamskou válkou, kdy USA jsou konfrontovány s readaptací vietnamských veteránů (National Vietnam Veterans Readjustment Study).

Pojem posttraumatická stresová porucha se v roce 1979 stává oficiální diagnostickou kategorií. Za nejdůležitější příznaky této poruchy jsou považovány následující projevy a potíže:

- prožitek události přesahující běžnou lidskou zkušenost a ohrožující potřebu bezpečí,
- opakované prožívání události v mysli (opakující se noční můry, opakující se nutkavé vzpomínky na událost, intenzivní úzkost při setkání s věcmi, které událost připomínají, náhlé impulzy chovat se tak, jako by událost znovu nastala),

- vyhýbání se podnětům souvisejícím či připomínajícím kritickou událost, úporná snaha vyhnout se myšlenkám na událost, nápadné úsilí vyhýbat se činností připomínajícím kritickou událost, neschopnost rozpomenout se na důležité okolnosti kritického děje, nápadný nezájem o jinak důležité věci nebo úkoly, pocit izolace od ostatních, pocit ztráty životních perspektiv,
- nervová labilizace (poruchy spánku, podrážděnost a záchvaty vzteku, poruchy koncentrace, hypervigilance, zvýšená lekavost).

V každém případě však doposud známe vznik posttraumatické stresové poruchy (tj. dlouhodobějších potíží vyvolaných vnější traumatizující událostí) **pouze u osob, které se skutečně ocitly na místě hrůzy (tzv. expozice traumatu)**. Obecně platí, že u osob s přímým kontaktem s život ohrožující a silně traumatizující událostí vznikají závažnější psychické problémy a potíže asi u jedné čtvrtiny z nich. Z nich polovina se vyléčí sama (lépe řečeno nevíme, zda dojde ke spontánnímu uzdravení, či zda pomohla nějaká forma laické podpory či naivní terapie) a polovina se ocitá v péči odborníků. Tato zjištění vedla některé odborníky k výroku, že posttraumatické poruchy vzniklé velkými katastrofami (ať už přírodního původu či zaviněných lidmi) jsou spíše výjimkou, nikoli pravidlem. U osob bez přímého kontaktu s ohniskem či prstencem katastrofy, které byly o události pouze informovány či vyrozuměny, se dlouhodobější emocionální dopady nepředpokládají. To znamená, že diskuse vedená v některých českých médiích o hrozbě vážných dlouhodobých psychických následků dosahující práh potíží PTSP pro naše podmínky nekoresponduje příliš s odbornými poznatky.

Na tomto místě je ovšem nutné zdůraznit, že psychologie hromadných katastrof čerpala doposud z takových reálných událostí, které jsou nesrovnatelné s tím, co se odehrálo 11. září 2001 v USA.

4.4 Syndrom závislosti u seniorů

Závislost je kategorie, která vždy patřila k člověku, po staletí s ním existovala a vyvíjela se. Po staletí se lidstvo snaží tuto vlastnost dostat pod kontrolu a stále se mu to nedaří. Problém závislosti, či jejího předstupně-abúzu, je problémem multidisciplinárním. Kombinují se zde vlivy sociální, psychologické i biologické. Záleží na okolnostech, který z vlivů je v daném momentu rozhodující. Dochází tak ke vzájemné interakci všech faktorů, které ovlivňují vznik, vývoj a projevy závislosti (Urban, 1973). Farmakologické faktory reprezentuje droga, tedy substance, která má schopnost ovlivnit některou či některé z psychických funkcí. Faktory psychické se projeví ve struktuře osobnosti, zvláště v její odolnosti, schopnosti adaptability na stres a zátěž. Tyto vnější faktory prezentuje prostředí, sociální klima, schéma začlenění jedince do vztahů k okolí. Konečně pak precipitující faktor, který vstupuje do interakce, je podnět, konkrétní situace, konkrétní problém.

Sama závislost je aktivním, dynamickým dějem, který odráží vzájemné vztahy vyjmenovaných faktorů. Vznik závislosti je postupný, kdy chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti. Činy, které závislí vykonávají pro získání látky, jsou stejně důležité jako

droga sama. Tyto činy tvoří součást pozitivního rituálu který je zase částí denního rituálu a téměř neměnné náplně dne. Droga se tak stává částí ustáleného způsobu jednání. Závislý člověk tak žije způsobem života, který nechce nebo nemůže změnit.

4.4.1 TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Multidisciplinárnost problému závislosti také podmiňuje mnohorozměrnost chápání vzniku závislosti. Lze proto přistupovat k posouzení vzniku závislosti z různých pohledů a přístupů.

Psychoanalytická teorie vychází z názoru, že závislost je součástí narušeného já s projevy omnipotence, sklonem k agresi, potřebou uspokojení. Narušené relační vztahy a droga vytváří pak pseudovztahy. Jedná se také o narušenou frustrační toleranci, nutnost okamžitého uspokojení potřeby s narušenou sebekritičností a odhadem skutečnosti, následkem čehož vzniká potřeba samodestrukce. Jsou také zřetelnější projevy zlosti a podrážděnosti. Zvyšuje se touha mezi ostatními ve společnosti vyniknout na úkor schopnosti tuto touhu uskutečnit. Zvláště pak v období adolescence, kdy je emocionální napětí a nejistota maximální, je sklon k regresi nejvýraznější. Namísto aktivní adaptace se projevují sklony k pasivnímu podřízení a diskrepance je tím výraznější, čím je větší rozdíl mezi společenskou možností jedince a jeho omnipotentními, narcistickými tužbami.

Behaviorální teorie pracuje s pojmem "odměňování", kdy odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím více, čím rychleji se dostaví účinek a žádný efekt. Znamená to, že nepříjemné průvodní účinky při užívání drog psychologicky nevyváží okamžité zvláštní uspokojení po požití drogy. Okamžitý pocit uspokojení po požití drogy se nedá srovnat s pozdějšími negativními účinky, naopak tyto negativní účinky se dají překonat dalším požitím drogy. Tím se uzavírá bludný kruh závislosti.

Je možné, že zde fyziologický mechanismus návykovosti nalézá psychologický protějšek, kdy udržování závislosti je zajímavé pouze v tom případě, kdy intenzita prožitku zůstává na původní úrovni. Proto je nutné zvyšovat dávky, proto jsou voleny prostředky, které potlačují pocity strachu a bolesti a vedou k výrazné redukci celkového pocitu nejistoty, úzkosti a bolesti.

Princip generalizace konstatuje, že vědomí závislosti se stává způsobem života. Nepříjemný proces odvykání pak narušuje tento princip a může být důvodem pokračování v požívání drog.

Teorie predisponované osobnosti je stále diskutována a rozvíjena, ale stále chybí jednotící princip, případně průkazné nálezy. Je zde nutno odlišit osobnostní rysy osob léčených pro závislost od rysů premorbidní osobnosti v jejím vývoji.

Sociální teorie hodnotí vznik závislosti s ohledem na sociální strukturu, klima a možnosti společnosti. Vychází se z premis, které postulují pravidla:

a) jsou-li drogy snadno dosažitelné, je jejich spotřeba větší a počet závislých také. Jsou-li drogy dosažitelné ztěžší, jejich cena je vysoká, je také sklon k jejich užívání nižší. Přitom dosažitelnost drog je na úrovni technické, ekonomické a sociální.

b) je-li možná účast v deviantní subkultuře, kde je možno se vyhnout nepříjemným situacím, které společnost přináší, je zde zároveň možno se té společnosti pomstít. Být částí této subkultury přináší pocit sebeuznání, který se v *normální* společnosti nepodařilo získat. I toto soužití má své normy, hierarchii a zákony, ale jsou přijatelnější než zákonné normy běžné společnosti. Je-li jedinec úspěšný v této subkultuře, ztrácí motivaci začlenit se do běžné společnosti a ztratit tak své postavení. Užívání drog je při tom akceptovanou hodnotou. Následkem této sociální seberealizace vzniká *sociální závislost* na této subkultuře. Výsledky systémové teorie u velkého množství rodin závislých jedinců ukazují silný strach před separací. Mnohým jedincům se nepodařilo být samostatnými. Jinými slovy odtržení od rodiny vedlo k nadměrnému užívání drog a tím k ještě silnějšímu posílení vazby na rodinu. Tato situace je také prototypem rodinné struktury závislého jedince. Silná pozitivní spoluúčast jednoho z rodičů oproti druhému, který má odmítavý či trestající postoj. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a příliš starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost jedince na drogách, trvá také společenství, a tím se posiluje stabilita takového rodinného schématu.

Biologické teorie závislosti vycházejí ze zjištěných nebo předpokládaných, vrozených a získaných odchylek v metabolismu drog. Nejvíce je citována a přijímána endorfinová teorie, která předpokládá insuficienci autonomního endorfinového systému jedince. Exogenně je pak tento systém saturován drogami - prekurzory endorfinů vnitřních k tlumení tenze či přímo abstinčních projevů. Obsazování morfinových receptorů různého typu se pak děje náhradními, zvenku dodanými ligandami, které jsou ale často toxické a podporují vznik tolerance vůči užívané droze či vznik abstinčních projevů. Mimo endorfinovou teorii je také, zvláště u alkoholové závislosti, zvažována enzymová abnormalita jako etiopatogenetický stimul. Rozdíly v aktivitách alkoholdehydrogenázy, aldehyddehydrogenázy - enzymů účastnících se na metabolismu etanolu v organismu - vedou k různé saturaci organismu acetaldehydem, látkou daleko toxičtější nežli etanol samotný, který se pak transformuje na látky typu tetrahydroisochinolinů. Ty pak mohou obsazovat receptory morfinové a mohou suplovat endorfiny organismem vytvářené. Tyto nálezy korespondují s genetickým pojetím vzniku závislosti, kdy se předpokládají právě geneticky podmíněné odchylky ve způsobu metabolismu etanolu v organismu.

Prezentované teorie (Skála, 1987; Hanzlíček, 1978; Chvíla, 1984; Tonneyck, 1992) podávají přehled názorů na vznik závislosti z různých pohledů a přístupů k ní. Medicínský přístup si ale vynucuje preciznější diagnostické začlenění a definici problému. Zatím nejpečlivěji se s problémem diagnostiky závislosti vypořádává DSM-IV, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti.

Diagnostická kategorie zneužívání látek (Substance Use Disorder) se zabývá behaviorálními změnami souvisejícími s víceméně pravidelným užíváním látek, které ovlivňují centrální nervový systém. Příkladem takovýchto změn je postižení běžných sociálních a

profesionálních funkcí jako projev výsledku užívání látky, dále neschopnost kontroly v užívání nebo neschopnost zastavit užívání, dále rozvoj abstinenčních příznaků po snížení nebo ukončení užívání látky. U většiny látek lze jejich patologické užívání rozdělit na abúzus látek (Substance Abuse) a závislost na látkách (Substance Dependence).

Abúzus látek - charakterizují v obecné rovině následující kritéria:

Kritérium patologického užívání: v závislosti na typu látky se může abúzus manifestovat intoxikací během celého dne, neschopností snížit nebo zastavit užívání, opakovanými pokusy kontrolovat abúzus občasnou abstinencí nebo omezením v určité době, pokračováním abúzu i při vážném tělesném onemocnění, které je i abuzérem považované za exacerbované právě vlivem látky a potřebou denního užívání. Také se ale manifestuje epizodami komplikací vzniklými intoxikací látkou jako jsou "okénka", předávkováním a halucinatorními prožitky.

Kritérium narušení výkonu běžných sociálních nebo profesionálních funkcí způsobené patologickým užíváním. Sociální vztahy mohou být narušeny ztrátou schopnosti jedince udržet důležité závazky k přátelům, rodině, impulzivním chováním a neadekvátním vyjadřováním agresivních tendencí. Jedinec může mít i problémy se zákonem pro komplikace během intoxikace nebo pro kriminální chování za účelem získat látku či peníze k jejímu zakoupení. Profesionální fungování se může zhoršit, opouští-li jedinec zaměstnání nebo školu nebo je neschopen fungovat, protože je intoxikován. Pokud je narušení těžké, stává se pro život postiženého zcela dominujícím užíváním návykové látky s výraznou deteriorací fyzických a psychických funkcí.

Kritérium časového určení poruchy - doba trvání poruchy je minimálně jeden měsíc. Příznaky poruchy nemusí být přítomny kontinuálně celý měsíc, ale měly by být dostatečně časté, aby bylo splněno kritérium podmíněnosti narušeného sociálního chování patologickým užíváním návykových látek.

Závislost na látkách - je oproti abúzu charakterizována následovně:

Jedná se obvykle o těžší formu psychické poruchy ze zneužívání látek nežli je při abúzu a znamená fyzickou závislost prokazatelnou buď stoupající tolerancí nebo abstinenčním syndromem. Pravidelně bývá splněno kritérium patologického užívání, způsobující narušení výkonu běžných sociálních a profesionálních funkcí.

Tolerancí je chápána potřeba jedince výrazně zvyšovat množství látky k dosažení žádaného účinku nebo naopak jde o projev výrazně sníženého účinku při pravidelném užívání stejných dávek.

Abstinenční syndrom se projevuje při přerušení podávání látky nebo při redukci množství pravidelně podávané látky. Projevuje se jako specifický látkový abstinenční syndrom dle kategorizace návykových látek a jejich charakteru.

Stanovení srovnatelných a obecně platných diagnostických pravidel je nezbytné pro specifikaci problému. Také problém závislosti ve stáří je nezbytné precizovat pomocí těchto kritérií. Často se totiž směšují různé diagnostické roviny a dochází ke zkreslení výsledků. V dimenzi pojmu závislosti ve stáří lze odlišit dvě oblasti diskutabilních informací.

Jedná se o otázku epidemiologie či četnosti výskytu tohoto problému v populaci. Další oblastí je pak posuzování psychopatologie samotné, kdy dochází ke zkreslení při nedodržení diagnostické purity.

4.4.2 EPIDEMIOLOGIE ZÁVISLOSTI VE STÁŘÍ

Informace o problému závislosti na návykových látkách ve stáří jsou chudé a často rozporuplné. Pohybují se v rozmezí krajních tvrzení o masivní promořenosti staré populace návykovými látkami až k bagatelizaci celého problému.

Diagnostika závislosti ve stáří je poněkud složitější, jelikož sociální vazby jsou často redukovány, tolerance vůči návykovým látkám je snížena fyziologicky, a ne projevem závislosti, intelektová kapacita a s tím spojené projevy adaptability jsou sníženy. Také je nutné odlišit osoby s dlouhodobým abúzem návykových látek, které se přesto stáří dožily, a osoby, které podlely abúzu návykových látek až ve stáří.

Konstatování, že problém závislosti na alkoholu je ve stáří daleko subtilnější, ale o to častější, je dokumentováno na skutečnosti, že jde především o problém sociální, a až v druhé řadě medicínský (Zimberg, 1983). Hovoří se také o řešení problému osamělosti a sociální izolace. Naproti tomu studie dokumentující nízkou prevalenci problému závislosti na návykových látkách zdůrazňují zvýšenou vnímavost starých lidí vůči noxám, tudíž výrazně sníženou spotřebu těchto látek. Zdůrazňují se také osobnostní faktory, kdy se problém týká vyzrálých jedinců, které je možno snadno resocializovat. Hovoří se o daleko výraznějších počtech abstinentů ve stáří nežli ve srovnatelných skupinách mladší populace (Meyers et al., 1985). Tento relativistický přístup pak otupuje problém závislosti a snižuje jeho důležitost.

Jestliže je problémem epidemiologie jevu závislosti ve stáří diagnostická čistota, pak obdobným problémem psychopatologie tohoto jevu je zjištění metabolických zvláštností, somatických interakcí a odlišení často fyziologických změn od patologických projevů duševních funkcí. Stejně jako hluchota je často nazývána negativismem, také projevy organických poškození CNS se vydávají za deliriosní syndrom při závislosti na alkoholu a podobně. V obecné rovině dlouhodobý abúzus alkoholu, stejně jako akutní efekt účinku drog, zvyšuje membránovou rigiditu a akceleruje normální stárnutí mozku (Crook et al., 1986). S tím korespondují nálezy poškození mozku a výskytu demence doprovázené subakutním či dlouhodobým abúzem alkoholu či jiných návykových látek. Výskyt syndromu Wernicke-Korsakov je ve stáří častější nežli v mladším věku, což ale zřejmě nesouvisí s etiopatogenetickým deficitem saturací organismu thiaminem, ale spíše sníženou úrovní prokr-

vení mozku (Iber, 1982; Meyer et al., 1984). Obecným problémem je proto fragilita centrálního nervového systému, akcelerované stárnutí mozku, rigidita membrán a jejich zvýšená propustnost a neuronální degenerace.

K těmto objektivním příčinám se přidružují také subjektivní, často způsobené medicínskou péčí. Zvláště výrazné jsou problémy s různorodou medikací, kdy různí odborní lékaři preskribují sady medikamentů bez následné konzultace o případných interakcích. Dále jde o problém různorodosti účinků a interakcí medikamentů v případě chronických somatických onemocnění (Lamy, 1984), zvláště jaterních lézí či vylučovacího systému.

Psychopatologické poruchy se pak vysvětlí spíše nevhodnou medikací, nevhodným terapeutickým přístupem nežli doprovodným abúzem návykových látek, který není v těchto případech rozhodující, ale pouze modifikující. Je tomu např. v případě sexuálních dysfunkcí, kdy abúzus alkoholu, narkotik, barbiturátů, ale také nikotinu způsobuje poruchy v sexuálních funkcích (Van Arsdalen, 1984). Obdobná situace je také při hodnocení suicidálních pokusů, kdy často nevýznamný, doprovodný misuzus alkoholu či hypnotik bývá označován za příčinu. Při podrobnějším rozboru lze zjistit dominující příčiny spíše v sociální oblasti, pocitu osamělosti, depresivních stavech (Osgood, 1987).

4.4.3 TERAPEUTICKÉ STRATEGIE PŘI SYNDROMU ZÁVISLOSTI VE STÁŘÍ

I když je hlavním problémem sociální oblast při vzniku závislosti ve stáří, je prvořadým terapeutickým cílem při jeho léčbě zvládnutí doprovodných somatických potíží. Toto tvrzení vychází ze skutečnosti, že i relativně menší množství konzumovaných návykových látek, případně ne tak dlouhou dobu, způsobí výraznější somatické škody nežli u mladších jedinců. Je proto nutné zaměřit se na somatickou restituci, zvládnutí poruch spánku, zažívání. Významná je saturace vitaminy, zvláště ze skupiny B - thiamin, pyridoxin. Komplexní rehabilitace doplněná vodoléčbou a aktivační terapií výrazně zkrátí toto roborační období. Ke zvládnutí abstinčních potíží lze užívat také trankvilizéry a benzodiazepiny, i když v nižších dávkách a se znalostí interakcí v případě další medikace (Pinsker, 1984).

Teprve po této fázi léčby je vhodné se zaměřit na vlastní odvykací léčbu. Zde již hraje významnou úlohu sociální klima, možnosti začlenění do rodiny či jiné, akceptující skupiny. Těžiště terapeutických aktivit nemusí být ani tak v psychoterapeutických postupech, zdůrazňují se spíše behaviorální metody a aktivační terapie. Výsledky jsou často překvapivě dobré a pohybují se kolem 50% plných remisí a více jak 15% výrazně redukováného abúzu (Carstensen, 1985).

Závislost ve stáří je tedy jev, který má svá specifika. Je často zamlžen doprovodnými projevy, a to jak fyziologickými, tak psychologickými. Určujícím se ale jeví sociální konstelace, možnost zpětného začlenění do rodiny, posílení sociálních vazeb. Abúzus drog či alkoholu je často pro starého člověka únikem ze samoty, bolesti, somatických potíží. Často je sám neschopen situaci řešit, vyhledat pomoc. Odpovídá tomu pak výrazné procento efek-

tivity léčebných zákroků. Více než v případech dospělých či mladistvých se v jevu závislosti ve stáří uplatňuje multidisciplinárnost celého jevu. S tím pak souvisí také multidisciplinárnost přístupu k celému jevu.

4.5 Sexuální život ve stáří a jeho poruchy

Hodnocení kvality života starých lidí by nebylo úplné bez přihlédnutí k pohlavnímu životu.

Sexualita je oblast života fundamentálně spojená s rozmnožováním. Na vrcholu své reprodukční kapacity jsou lidé v mladém dospělém věku. Z tohoto aspektu je panující kult mládí v pohlavním životě lidí plně pochopitelný. Proto také je nejvyšší sexuální aktivita u mužů i žen v reprodukčně aktivním období.

Ani s pokročilým věkem pohlavní potřeby lidí zcela nemizí. Bretschneider a Mc Coy (1988) vyšetřením mužů a žen ve věku nad 80 roků zjistili, že 62 % mužů a 30 % žen mělo v tomto věku alespoň občas pohlavní styky, a že 72 % mužů a 40 % žen alespoň někdy onanovalo. Pečlivě provedená švédská studie zjistila, že ze 179 žen ve věku nad 70 roků více než třetina (35 %) dosahuje alespoň někdy pocitové vyvrcholení a více než pětina (22 %) realizuje koitus (Lunde et al., 1987).

Pohlavní život je spolehlivým zdrojem kladných citových zkušeností. To může být zejména ve stáří velmi důležité. Sotva je jiné životní období, ve kterém by lidé tolik postrádali pozitivní emoce.

Význam, který starý člověk sexualitě přikládá, není u všech stejný. Mnoho záleží na biologickém stavu jedince a na jeho psychosociální situaci. Sexualita je interakční fenomén a v podmínkách absence zevních sexuálních podnětů se naléhavost sexuální motivace rychle snižuje. Transkulturální studie sexuálního života ve stáří, provedené v různých mimoevropských civilizacích ukázaly, že většina kultur přiznává starým mužům i ženám jisté sexuální potřeby (Winn a Newton, 1982). Je samozřejmé, že sexuální aktivita lidí koreluje s tělesným a duševním zdravím, sociálním statutem a úrovní životní spokojenosti. Existují značné rozdíly mezi pohlavími. Jen čtvrtina žen prý ve stáří považuje sex za vysoce pozitivní hodnotu, zatímco u mužů více než polovina (Adams a Turner, 1985, Raboch a Pondělíčková, 1983).

V různých dotazníkových průzkumech je kamenem úrazu již samotná definice *sexu*. Lidé někdy toto slovo vykládají jako *pohlavní styk*, nebo dokonce přímo jako kopulační aktivitu. Nejsou-li kopulačně aktivní, mají pocit, že jsou bytostmi asexuálními. Víme přitom, jak významné pozitivní emoce dovedou i lidé dospělí a staří čerpat z nekoitálních sexuálních aktivit. Od prosté koketérie až po mazlení a petting.

4.5.1 ZMĚNY POHLAVNÍCH ORGÁNŮ VE STÁŘÍ

U žen jsou změny hormonálních poměrů s věkem podstatně dramatičtější než u mužů. Menopauza, nastupující u dnešních žen někdy po 50. roce věku, znamená ztrátu nejvydatnějšího zdroje estrogenů v ovariích. Jen menší část žen dovede tento nedostatek dokonale kompenzovat tvorbou estrogenů v extragonadálních zdrojích, zejména v tukové tkáni. Nedostatek estrogenů vede k poruchám trofiky genitálu a s tím souvisejícímu úbytku cévní tumuscence a lubrikace. Estrogeny mají ovšem své receptory v celém nervovém systému, zejména mozku. Proto v menopauze pozorujeme pravidelně také zřetelný pokles sexuální apetence. Chybějící gonadální steroidy ohrožují ženu také osteoporózou (Rosenthal a Schmidt, 1985). Požadavky na substituci estrogenů po menopauze jsou tedy zcela oprávněné. Tato substituční léčba je jednou z možností, jak udržet sexuální aktivitu žen ve stáří na žádoucí úrovni. Současně má veliký význam pro prevenci tak závažných jevů, jako jsou osteoporóza a involuční deprese. V moderní podobě, kdy je podávání malých dávek estrogenů doplněno periodickým přidáváním gestagenů, odpadá i hlavní riziko této substituce, totiž nežádoucí stimulační endometria u žen s intaktní dělohou.

Stáří přináší ženě zákonitý pokles tělesně sexuální atraktivity. Je tomu tak samozřejmě též u mužů. Ženy se však s touto skutečností vyrovnávají mnohem obtížněji. Platí, že tělesná atraktivita je pro ženu mnohem významnější životní hodnotou než pro muže. Sexuální deviace, vyznačující se erotickou fascinací starými ženami, je fenomén extrémně vzácným (Zvěřina a Mellan, 1982).

Pohlavní spojení je možnou, ale nikoli zcela nezbytnou složkou partnerských vztahů. U starších párů je třeba propagovat také nekoitální intimní aktivity. Péče o slušnou tělesnou kondici a úhledný exteriér nemá být zanedbávána.

Pokles zájmu o sexualitu zaznamenávají různí autoři u žen zejména po 50. roce života. Jde o pokles výraznější, než je útlum u mužů, a zdá se, že není beze zbytku vysvětlitelný pouze hormonálními změnami po menopauze (Adams a Turner, 1985, Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983, Weiss et al., 1988). Některé ženy však naopak uvádějí, že teprve po menopauze zmizel jejich vleklý stres, související s obavami z nežádoucího otěhotnění, takže je sexuální život začal více přitahovat. Takových žen může být v populaci téměř pětina. Sama tato skutečnost svědčí dokonale o tom, jak velmi jsou sexuální praxe a cítění lidí ovlivňovány reprodukčními aspekty.

U obou pohlaví platí, že sexuální aktivita se ve stáří udrží tím déle, čím byl subjekt sexuálně aktivnější v mládí a dospělosti.

Na rozdíl od žen nedochází u mužů k tak náhlému zlomu v reprodukčních funkcích. Pokud se nepřidávají některá z chronických onemocnění starého věku, pak reprodukční schopnost muže a jeho sexuální aktivita s pokročilým věkem nezaniká. Klesá ovšem jak sexuální apetence, tak frekvence orgasmu. Uvádí se, že ve skupině 25 - 29 letých mužů je frekvence orgasmů asi 3,2 týdně, zatímco ve skupině 50 letých mužů asi 1,2 týdně. S dalším

věkem pak tato hodnota plynule klesá až na 0,3 koitu u mužů nad 75 roků. Existují zde však vysoké interindividuální rozdíly (Mulligan a Katz, 1989, Winn a Newton, 1982).

Hladiny hlavního mužského pohlavního hormonu testosteronu v krvi s věkem klesají pomalu. Žádné výpadové fenomény, podobné stavu po menopauze u žen, však u mužů nepozorujeme (Bremner et al., 1983). Obě pohlaví bývají ve své sexuální aktivitě zranitelná různými negativními vlivy. Především jsou to chronická onemocnění. Z nich jmenujme arteriosklerózu, cukrovku a hypertenzi za všechny ostatní.

Obecně negativní vliv na pohlavní život lidí má deprese. Z interakční povahy sexuality plyne klíčový význam dostupného sexuálního partnera. Častým důvodem dlouhých přestávek v sexuálním životě lidí je právě ztráta životního partnera či partnerky. V již zmíněné studii Bretschneidera a McCoye z roku 1988 nemělo žádný partnerský vztah 47 % mužů a 75 % žen ve věku nad 80 roků.

4.5.2 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE VE STÁŘÍ U ŽEN

- **Poruchy orgasmu**

Neschopnost dosažení pocitového vyvrcholení a potíže s ním jsou nejčastější sexuální poruchou žen ve všech věkových skupinách (Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983). Ženy, které byly celý život dobře orgastické, neztrácejí tuto schopnost často ani v pokročilém věku. V populaci však je nejméně třetina žen, u nichž orgasmus zdaleka není samozřejmou součástí jejich sexuálního života. U těchto žen se schopnost orgasmu s věkem zpravidla dále zhoršuje.

Daleko nejčastější příčinou sekundárních poruch orgasmu je změna vztahů mezi partnery, popřípadě změna partnera jako takového. Jak známo, orgasmus žen je zevními vlivy mnohem zranitelnější než stejná emoce mužů. U některých žen je orgastická emoce dokonce specificky dependentní a vázaná na určitého partnera. Všechny negativní emoce, zejména deprese, anxieta a zlost mohou tlumit schopnost pocitového vyvrcholení.

V léčení poruch orgasmu má hlavní místo psychoterapie, podle potřeby doplňovaná párovou léčbou nebo masturbačními nácviky. Z léků je třeba zvažovat antidepressiva a ergolinové deriváty. Zkoušet můžeme podávání individuálně volených dávek yohimbinu. Endokrinologickým vyšetřením je vhodné ověřit indikaci estrogenní substituce. Při masturbačních nácvicích u poruch ženského orgasmu se v poslední době častěji uplatňují různé erotické pomůcky. V první řadě vibrátory různých tvarů a typů, které mohou pomoci ženě k efektivnější stimulaci genitálu.

- **Nízká sexuální apetence**

Snížený zájem o pohlavní život zjišťuje řada autorů jako častý jev u starších žen. Je pravděpodobné, že deficit estrogenů v postmenopauze je zde hlavní příčinou. Tyto stavy mohou mít své kořeny rovněž v partnerské disharmonii, v pocitu ztráty erotické atraktivity

a sociální izolaci. Stáří je životní etapa bohatá na různé negativní emoce, zejména na deprese.

Ženy citlivě reagují na deterioraci své atraktivity s věkem. U některých starších žen lze pozorovat až projevy rezignace na ženskou sexuální roli. Navenek se taková rezignace manifestuje sníženou péčí o zevnějšek, stupňující se obezitou a třeba i zvýšenou potřebou po sociálně dominantní pozici a kariéře. Z psychiatrického hlediska je hlavním atributem poklesu sexuálního zájmu starých žen depresivní nálada.

V léčebném ovlivňování nízké sexuální apetence se zaměřujeme na zlepšení intimní komunikace páru a na individuální psychoterapii. Náladu a sexuální aktivitu ženy pomůže zlepšit podávání estrogenů (v indikovaných případech), ale též léčba antidepresivy, anxiolytiky a ergolinovými deriváty.

- **Dyspareunie a algopareunie**

Podle některých autorů je dyspareunie a algopareunie (tj. bolestivá soulož) nejčastější sexuální dysfunkcí starých žen (Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983). Nelze opomenout, že dyspareunie je velmi častým, ale málo reflektovaným symptomem u žen všech věkových kategorií.

Koitální dyskomfort u starších žen má svou příčinu nejčastěji v nedostatečném zvlhčení poševní sliznice (lubrikaci). To bývá způsobeno sníženou sexuální dráždivostí a špatnou trofikou poševní stěny.

Jako symptomatická léčba se doporučuje aplikace lubrikačních prostředků. Lepší fyzikální vlastnosti mají lubrikační prostředky komerčně připravené. Bolesti při pohlavním styku však mohou mít svůj původ též v atrofii poševní sliznice při deficitu estrogenů, tak častém ve stáří. V takových případech je na místě hormonální substituční léčba. Existuje také možnost podávat gely s estrogeny lokálně.

Nelze zapomínat na možnou přítomnost závažnější gynekologické patologie. Proto každému léčení dys- a algopareunie musí předcházet důkladné gynekologické vyšetření. Kromě vleklých zánětů je zde třeba myslet též na gynekologické malignity nebo na prolaps dělohy, který může koitální aktivitu u starších žen významně negativně ovlivnit.

Zvláštní kapitolou je stresová inkontinence moče. Zejména u starších žen, které opakovaně rodily, nebo jsou jinak k podobným potížím disponovány, má toto onemocnění negativní vliv na sexuální život. Moderní gynekologická urologie nabízí těmto ženám účinnou pomoc. Pro falešný stud však tato léčba není zdaleka využívána všemi ženami, které by ji potřebovaly.

4.5.3 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE VE STÁŘÍ U MUŽŮ

- **Poruchy ejakulace**

S věkem po čtyřicítce se plynule snižuje objem semenné tekutiny. Tento úkaz nepochybně souvisí jednak s pozvolným poklesem hladiny testosteronu, jednak snižující se citlivostí periferních tkání (Bremer et al., 1983). Stěžuje-li si tedy starší pacient na nízký objem ejakulátu, není to samo o sobě žádný důvod ke znepokojení. Nižší sexuální aktivita starých mužů je spojena s nižší vzrušivostí. To pak prodlužuje latenci orgasmu a vede ke spontánní úpravě některých předčasných ejakulací.

Prodloužení ejakulační latence není vždy prožíváno jako pozitivní jev. Zejména kardiaci, hypertonici, muži obézní a málo fyzicky zdatní mohou být prolongovaným pohlavním stykem i velice vyčerpaní (Zvěřina et al., 1979).

Zatímco stesk na předčasnou ejakulaci je u starých mužů vzácný, případů retardovaného orgasmu s věkem přibývá.

Nepřítomnost ejakulátu při orgasmu (anejakulaci) pozorujeme tam, kde je ejakulační děj narušen. Může jít o pravou anejakulaci, kdy není při orgasmu vypuzena žádná semenná tekutina do močové trubice. Jindy je ejakulace úplně zablokována farmakou (hypotensiva, psychofarmaka), nebo porušením vegetativních nervových vláken (např. pro retroperitoneální břišní chirurgii, nebo po radikální prostatektomii, provedené z perineálního přístupu).

Další možnou příčinou suchého orgasmu je retrográdní ejakulace. Při ní je semenná tekutina vypuzena nikoliv do močové trubice, nýbrž do močového měchýře.

Anejakulaci nesmíme zaměňovat za anorgasmii. Při anorgasmii není jedinec schopen pocitového vyvrcholení. Pravá anorgasmie, tedy neschopnost orgasmu v bdělém stavu, je u mužů velmi vzácná. Avšak v diferenciální diagnóze poruch ejakulace je třeba i na ni myslet.

Farmakologicky navozená anejakulace zpravidla rychle ustupuje po vysazení příslušného medikamentu. Anejakulace způsobené chirurgickými zákroky mají pochopitelně ireversibilní charakter. Při retrográdní ejakulaci se doporučuje léčení alfamimetiky (efedrin), ale často nebývá úspěšné. Sama anejakulace ani retrográdní ejakulace nijak neohrožují celkový zdravotní stav pacienta. Jde však o stav, který dokáže pacienta vystrašit. Proto by na ni měli myslet všichni ti lékaři, kteří mohou iatrogenními vlivy anejakulaci navodit.

- **Poruchy erekce**

Potíže s dosažením a hlavně udržení pevné erekce patří k nejčastějším problémům starých mužů. Schopnost erekce a její pohotovost jsou snižovány omezením sexuální vzrušivosti. Ve stáří klesá i četnost ranních a nočních erekcí. Schiavi a Engel (1988) vyšetřením nočních tumescencí penisu zjistili, že většina mužů starších 60 let neměla při vyšetření plnou erekci. Ve stáří se také snižuje frekvence erekce při REM fázích spánku.

Hlavním efektozem plné erekce jsou cévy penisu a topořivá tělesa. Nedostatečný tepenný přívod a poruchy mechanismu, který při ztopoření omezuje venózní drenáž penisu, jsou hlavními příčinami vaskulogenní impotence. Léčení těchto poruch je svízelné. Zejména tehdy, když se arteriální i venózní defekt kombinuje. Je přitom známou skutečností, že častá příčina poruch periferního prokrvení, arterioskleróza, postihuje podstatně častěji muže než ženy (McGill a Stern, 1986).

U mužů v involuci se častěji než v mládí vyskytuje plastická indurace penisu. Toto onemocnění vzniká degenerací elastického vaziva topořivých těles. Vede ke ztrátě pružnosti a tím různě intenzivnímu zakřivení pohlavního údu při erekci. V léčení plastické indurace se málo uplatňují medikamenty, protože nebývají účinné. Snad jen lokální podávání preparátu Peroxinorm a některé fyzikální procedury mají jistý smysl. Jinak lze chirurgicky korigovat deformaci penisu tam, kde působí mechanické problémy. Při tom se ovšem neodstraňuje ložisko indurace, nýbrž pohlavní úd se narovnáva vytětím příslušného úseku dutého topořivého tělesa proti ložisku plastické indurace (operace sec. Nesbit).

Velkou roli při poruchách erekce hrají také záněty, benigní adenomy a karcinomy prostaty. Na potíže s erekcí se stěžuje více než polovina mužů před operací prostaty a po operaci téměř dvě třetiny. Adenom prostaty je přitom patologickým stavem, který se vyskytuje u více než dvou třetin mužů starších 60 roků (Korenman a Stanik, 1984).

Při psychogenních poruchách erekce se u starých mužů uplatňují partnerské problémy.

Negativně zde působí delší vynucené přestávky v pohlavním životě (ztráta partnerky, vleklé onemocnění apod.), a jak bylo již uvedeno, také depresivní nálada. Poruchy erekce se vyskytují u mužů všech věkových kategorií. Věk je však obecně známým rizikovým faktorem.

V léčení poruch erekce je třeba uplatňovat především psychoterapeutické a sexoterapeutické postupy. Také ty stavy, které mají nesporně organickou příčinu, lze výrazně pozitivně ovlivnit tím, že zlepšíme sexuální komunikaci páru a zavedeme do jeho intimní komunikace nekoitální praktiky. U zvláště vzdorných poruch lze podporovat sexuální vzrušivost mužů podáváním individuálně volené dávky yohimbinu, ergolinových derivátů, anti-depresiv a malými intermitentními dávkami androgenů. Exogenní androgeny mohou překvapivým způsobem zlepšit celkovou vitalitu starých mužů. Působí preventivně proti osteoporóze a zvyšují svalovou hmotu. Problém je zde s dávkováním a s dostupností vhodných preparátů. Až v posledních letech se i na našem trhu objevily méně hepatotoxické androgeny zahraniční provenience.

Anabolicky působící hormony mají také významný androgenní účinek. Překvapivě dobrý vliv na poruchy erekce může mít vegetativní stabilizace pacienta anxiolytiky. Zkusit lze také vazodilatační terapii. Tyto zásahy jsou v plné kompetenci lékaře.

U organických příčin sekundárních poruch erekce je třeba pátrat po neurogenní etiologii neurologickým vyšetřením (taktilní citlivost genitálu, bulbokavernózní reflex apod.). Poruchy vaskularizace lze objektivizovat moderním angiologickým vyšetřením. Terapie organicky podmíněných poruch erekce můžeme být kauzální (chirurgické úpravy poruch vaskularizace), nebo symptomatická (penilní endoprotézy, aplikace vazoaktivních látek do topořivých těles penisu, léčba vakuovými pumpami).

Chirurgické léčebné metody by měly být v této indikaci používány co nejméně (Zvěřina et al., 1988). Také na lékaři záleží, zda se v partnerském vztahu pacienta podaří kompenzovat organickou poruchu erekce přechodem na nekoitální sexuální aktivity. Při našich výzkumech pohlavního života pacientů, kteří přestáli srdeční infarkt, jsme se opakovaně setkali se staršími muži, kteří nebyli schopni erekce. Nikdy se pro tuto poruchu neléčili a řada z nich vedla uspokojivý nekoitální sex se svými partnerkami.

- **Nízká sexuální apetence**

Pohlavní aktivita mužů ve stáří nezaniká, nýbrž se postupně snižuje. Také sexuálních deliktů ve vyšších věkových kategoriích ubývá (Raboch a Pondělíčková, 1983, Zvěřina a Mellan, 1982).

Jako inhibiční faktor sexuální aktivity se ve stáří může uplatnit také strach. Pohlavní styk je pro některé lidi vlastně jedinou větší kardiovaskulární zátěží. Tato zátěž může být zdrojem oběhových potíží, neurologických komplikací nebo i smrti. Avšak zkušenosti ukazují, že i pacienti, kteří přestáli infarkt myokardu nebo iktus, jsou často schopni uspokojivé sexuální aktivity (Kříž, 1970, Zvěřina et al., 1979). Strach zde není na místě. Zdravotní komplikace při pohlavním styku nejsou častější než při jiných pohybových aktivitách. Uvádí se, že pohlavní styk je asi takovou oběhovou zátěží jako chůze svižným krokem nebo výstup do prvního poschodí. Kardiaci, kteří dobře tolerují 75 W na ergometru, zpravidla souloží se svými partnerkami bez oběhových potíží.

Existuje přirozený mechanismus, kterým se snižuje naléhavost sexuálních potřeb, pokud v určitém životním období jedinec sexuálně aktivně nežije. Takový mechanismus může být výhodný u mužů v extrémních situacích (vojenská služba, námořní plavba, trest odnětí svobody). U mužů ve stáří chybí potřebná dynamika sexuální aktivity, která po vynucené delší přestávce pomáhá vrátit sex na dřívější úroveň. Proto při vynucených pauzách v sexuálním životě ve stáří radíme, aby muži alespoň masturbací udržovali minimální pravidelnost výronu semene jednou za 7 až 14 dní. Masturbační a nekoitální nácviky hrají vždy velkou roli při snahách o obnovení sexuální aktivity po takto vynucených pauzách. Je třeba těmto mužům neustále zdůrazňovat, že každý orgasmus působí tonicky a svým způsobem usnadňuje navození orgasmu příštího.

Sexuální apetenci můžeme příznivě ovlivnit podáváním exogenních testosteronových derivátů. Nízkou sexuální apetenci může zlepšit léčba antidepressivními nebo ergolinovými deriváty.

4.6 Sexuální delikvence ve stáří

Transkulturní výzkumy nás poučují o tom, že v řadě civilizací staří lidé nejen zůstávají sexuálně aktivní, ale někdy se jejich sexuální chování stává nápadně vyzývavé a sociálně rušivé. Všude na světě a tedy i u nás se staří muži na sexuální delikvenci podílejí jen malou, však nikoliv zcela bezvýznamnou měrou.

Nejvyšší je podíl starých mužů ve skupinách pachatelů sexuálních deliktů vůči dětem, a to obou pohlaví. U těchto deliktů hraje často roli určitá sexuální deprivace pachatelů. Řada těchto starých mužů totiž tvrdí, že nemají žádné sexuální potřeby. O to více jsme pak překvapeni jejich poměrně bohatou sexuální delikvencí (Zimanová et al., 1986).

U starých pachatelů pedofilních deliktů může být přítomna pravá sexuální deviace ve smyslu pedofilie. Zdá se při tom, že jejich schopnost ukojit se na nepreferovaném (tedy dospělém) objektu s věkem klesá a nebezpečí realizace deviantního programu se zvyšuje (Zvěřina a Mellan, 1982).

V případech repetitivních sexuálních deviantů neváháme ani u starých pachatelů doporučovat terapeutickou kastraci. Tento zákrok ani v pokročilém věku nepředstavuje veliké zdravotní riziko. Alternativou kastrace je léčba moderními antiandrogeny, nikoliv však stilbeny, které jsou dnes již zcela zastaralé pro vysoký výskyt kardiovaskulárních a hepatotoxických účinků.

Stará žena není nijak specificky disponována k páčání sexuálních deliktů. Může se však stát obětí sexuálního útoku bezohledného psychopata nebo specificky vybaveného gerontofilního sexuálního agresora (Zvěřina a Mellan, 1982).

I když pro staré lidi sex není tak významnou životní hodnotou jako pro lidi v mladém a středním věku, může hrát významnou roli v celkovém hodnocení kvality života. Lékaři by proto sexuální život svých stárnoucích a starých pacientů podceňovat neměli.

4.7 Umírání a smrt

Srovnáváme-li proměny lidského údělu, života a smrti v posledních sto letech, pak zjistíme, že v nedávné minulosti nás provázela smrt životem již od samotného narození. Ve střední Evropě byla na sklonku 19. století registrována více než polovina všech úmrtí u dětí do pěti let. Opravdového stáří se tehdy dočkal jen malý zlomek (6%) dospělých (Rosenmayer, 1983). Dnes u nás umírají děti jen výjimečně, a smrt se stala doménou především stáří: koncem osmdesátých let 20. století umíralo více než 80% populace až ve věku nad 60 let. Druhým nápadným rozdílem v této relativně krátké středoevropské historii je místo umírání. Dříve se umíralo především doma, dnes hlavně v nemocnicích a ústavech - ve velkých městech ČR v r. 1990 téměř v 80 %, na venkově v 60 %. S touto skutečností se smíruje jen menší část obyvatelstva, a ještě méně zdravotníků (Vojtěchovský a Haškovcová, 1991). Sociologové si právem kladou otázku, proč se na počátku 21. století umírá obtížněji než ve

staletích předchozích. Usoudili (Šiklová, 1976), že smrt se stala v mírových dobách především výsadou stáří. Smrt jako společenský fenomén byla degradována, vytlačena na okraj společenského vědomí a přesunula se z domovů do nemocnic. V tradici vžitá povinnost členů nejbližší rodiny být v posledních hodinách s umírajícím leží dnes především na bedrech zdravotníků psychologicky na tuto situaci nepřipravených. V průběhu života posledních dvou generací se postupně vytrácí osobní konfrontace člověka se smrtí, a proto dnes zastihuje umírající ve stáří zkušenostně zcela nepřipraveny. Smrt přestávala být také smysluplnou a pro většinu je považována i ve stáří za událost předčasnou. Zakořenila se falešná představa, že problém smrti vyřeší již v blízké budoucnosti věda. Naproti tomu mnozí badatelé světové geriatrické psichiatrie opakovaně upozorňovali, že odsunutí problematiky smrti do pozdního stáří, její společenské tabuizování, jakož i narůstající náboženská vřávnost, podmiňují častější vznik úzkostně-depresivních stavů, ale i jiných duševních poruch a chorob, včetně sebevražd ve stáří.

Úvahy o **individuální psychologii smrti** ve stáří, jak je u nás proklamoval akademik Charvát (1974), spočívaly ve snaze odbourat onen zakořeněný falešný mýtus o naději na brzké vymýcení smrti pomocí moderní vědy. Charvát zdůrazňoval, že smrt ve stáří je z hlediska ekologického dokonce žádoucí, neboť zabraňuje potenciálnímu přemnožení života na zemi. Doporučil, aby moderní lékařství vzdělávalo specialisty v obtížné úloze, jak s lidským porozuměním usnadňovat odchod ze života, když ve stáří nastal čas. Vlastní smrti by měl předcházet pocit naplnění života a potřeba stáhnout se a nechat místo mladším. Lékaři by měli více propagovat poznání, že biologická nesmrtelnost existuje v našich potomcích, což by většinu mohlo naplnit uspokojením. Charvátův žák a pokračovatel akademik Pacovský (1976) je toho názoru, že starý člověk sice chápe, že smrt se blíží, ale nese snadno se s tím smíruje. Smrt ve stáří přijímá a pozitivně chápe jedině tehdy, když břemeno stáří je příliš těžké a další život přináší více utrpení než radosti. Kumulovaná smrt ve stáří v nemocnicích však přináší velké problémy těm, kteří umírající v posledních týdnech a hodinách života ošetřují. Psycholožka a filosofka Haškovcová (1990) se domnívá, že lékaři a zdravotníci by měli v této nesnadné úloze vystupovat spíše v roli rádce než spasitele. Jejich psychologická pomoc umírajícím by měla jít ruku v ruce ve spolupráci se členy rodiny, a to mnohem dříve, než nastoupí terminální fáze fatální choroby. Úloha rodiny je totiž v psychologii umírajícího jedince nezastupitelná.

Psychologicky formulované individuální postoje ke smrti ve stáří jsou nejednotné. Jak konstatoval Dobiáš (1976), platí pro starého člověka 20. století totéž, co bylo lapidárně řečeno antickými filosofy. *Cicero* se smrti bojí, *Cato* po ní touží, *Sokratovi* je lhostejná, *Epikuros* se jí dokonce skrytě vysmívá. Z četných průzkumů o postojích ke smrti ve stáří na světě i u nás vyplynulo, že Sokratovu pohledu bazírujícímu na vyrovnanosti se přibližují především ti, kteří jsou i ve stáří tělesně a duševně zdraví, ve svých zájmech stále aktivní, a žijí ve stabilních rodinných podmínkách. U této skupiny se totiž velmi účinně uplatňuje obranný psychologický mechanismus pro zvládnutí životních nejistot, nazvaný **popření a vytěsnění**, který se vynořuje v lidské mysli již kolem padesátky. Tento fenomén selhává obvykle jen u dlouhodobě a vážně tělesně nemocných a prakticky chybí u některých duševně nemocných s příznaky deprese. Tato menšina stárnoucích jde v záměrech Catonova

toužení nebo urychlení příchodu smrti, a v krizových situacích může snadno ukončit život vlastním přičiněním. Ciceronovo tvrzení, že stáří se smrti bojí, platí především pro poměrně četnou skupinu stárnoucích neurotiků. Tito lidé se kdysi bránili přijmout proces citového zrání a ve stáří se bojí blízké konečnosti svého života ještě více, nežli se obávali v mládí přijmout dospělost se všemi jejími psychologickými atributy. Jdou tedy životem v záměrech výroku Seneky: kdo se bojí života, bojí se i smrti. Stárnoucí neurotici obvykle myšlenku na vlastní konec z vědomí vytěšňují, a to se pak projeví jako chorobná úzkost, smutek nebo jako hypochondrická deprese (Condrau, 1975). Na rozpor mezi rozumovým chápáním životní konečnosti na straně jedné, a nevědomým přesvědčením o vlastní nesmrtelnosti na straně druhé, poukázali ostatně již Freud (1910, 1912) a Jung (1934). Podle Junga zůstává smysluplně žít v druhé polovině života jedině takový člověk, který se životem chce i zemřít. Neumět stárnout je podle něho stejně nesmyslné, jako je neumět vyrůstat z dětských střevíčků. Je proto divné, proč většinu starých lidí vůbec nenapadne, aby svou smrt chápali jako životní cíl a naplnění. Život ve své druhé polovině neznamena totiž vzestup a rozmach, ale smrt. Konečným cílem života je jeho konec. Starý člověk, který na sklonku svého života neumí vnímat harmonii světa, je podle Junga pouze duchovní mumíí, která není ničím jiným než ztrnulou minulostí. Tento názor je až na vzácné výjimky filozofujících intelektuálů, psychologii většiny naší stárnoucí populace velmi vzdálený.

K nahlédnutí do psychiky stárnoucího člověka konfrontovaného s realitou blížící se smrti nám pomůže mnohdy lépe **umělecká tvorba** než studium učených vědeckých knih. Jako příklad nám může posloužit drama stárnoucího lékaře ve filmu švédského režiséra Bergmanna Lesní jahody. Vhled do složitosti vztahů mezi dcerou a velmi starou matkou umírající na rakovinu nabízí román Simone de Bovoirové Příliš snadná smrt (Čs. spisovatel, 1969). Mnohé z psychologie stárnoucího muže pochopíme z četby thanatofobních básní J. Seiferta ze sklonku jeho života, nebo naopak adoraci smrti v básnickém díle O. Březiny. Přijetí smrti se odráží v hudební symfonické básni R. Strause Smrt a vykoupení, hrůza a boj se smrtí v díle F. Lista Tanec mrtvých. Truchlení a žal po úmrtí nejbližších milovaných osob se zrcadlí ve slavných Requiem Dvořáka nebo Verdiho, anticipace blízké smrti v Mozartově Requiem. Odvěkou lidskou touhu po důkazech o nesmrtelnosti lidské duše najde čtenář kteréhokoliv věku v knize R. A. Moodyho Život po životě (1975), kterou u nás Neubauer (1990) vhodně zařadil k novověké variantě slavné Tibetské knihy mrtvých, a která má silný psychotherapeutický potenciál pro mnohé, nalézající se v hluboké existenciální krizi.

Není náhoda, že u *základů moderní thanatologie*, interdisciplinární nauky o problematice smrti a umírání, stáli *psychiatři*. V první polovině 20. století S. Freud a C. Jung, v druhé psychoanalytici K. Eissler, E. Kübler-Rossová, T. Hackett, M. Bowersová a jiní.

Jednou z hlavních námitek proti psychiatrům, proč právě oni mají být průkopníky medicínské thanatologie, bylo tvrzení, že na duševní choroby se umírá jen málo. Zapomnělo se, že ve statistikách příčin smrti figurují na předním místě sebevraždy - jsou mezi prvními deseti v pořadí - a jejich častost ve stáří vrcholí. Opomíjí se i demence, které dle světových statistik lze zařadit na čtvrté místo příčin smrti ve vyšším věku. Málo se ví, že samotná

existence duševní choroby je rizikem pro akcelerovanou smrt. Tak na příklad se u nás dožívají schizofrenici v invalidním důchodu v průměru jen 39,5 let (Baudiš et al., 1991). Do povědomí lékařů málo pronikla koncepce psychiatra Menningera o tak zvaných chronických sebevraždách podmíněných chorobnými návyky. Jiná námitka, proč psychiatři a psychologové přicházejí s thanatologií tak pozdě, když psychologie smrti existuje od nepaměti, má jen částečné opodstatnění. Je pravdou, že až do nedávna měli psychiatři jen malý kontakt s umírajícími nejen na svých odděleních, ale i ve všeobecných nemocnicích. Jako konsiliáři byli voláni jen k závažným psychotickým komplikacím. Rovněž je málo zajímal vnitřní svět moribundních nemocných, a podobně jako ostatní lékaři, i oni považovali smrt za profesionální selhání. Se starými duševně nemocnými umírajícími se ani nemluvalo, a do nedávna se jim nedostávala ani adekvátní medicínská péče. Přetrvával zakořeněný mýtus, že oblast psychiky umírajících je doménou kněží, a nikoliv lékařů. Co dělají psychiatři, angažující se v thanatologii dnes? Předně se snaží o prevenci sebevražednosti, hlavně ve vyšším věku včasnou diagnózou a léčbou depresivních pacientů a jejich dispensarisací.

Psychiatři rovněž patricipují v týmech psychosomaticky orientovaných disciplín medicíny s vysokým rizikem letality, např. na jednotkách intenzivní péče, na dialyzačních odděleních, na onkologických centrech. Projevují snahu o zlepšování poskytované péče u pacientů v terminálních fázích vážných chorob, zvláště na geriatrických a gerontopsychiatrických odděleních. Aktivně se podílejí na snaze o prolomení doposud tabuizovaných horů o smrti. Více přednášejí a publikují. Snaží se, aby thanatologie byla zařazena nejen do pre- a postgraduální výchovy mediků a lékařů, ale i středních zdravotnických pracovníků. Zaměřují se na prevenci akcelerované smrti ve stáří u dvou rizikových skupin: ve fázi časného ovdovění a u osob překládaných z domova do instituce pro dlouhodobý pobyt (léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy důchodců apod.).

O teorii thanatologie víme v naší republice za posledních 25 let relativně mnoho, a to nejen z časopisů odborných, ale i z řady monografií (Haškovcová, 1975, 1985; Dostálová, 1986; Křivohlavý, 1986; Blumenthal-Barby, 1987). V současné postmoderní době bude nutné problematiku umírání a smrti systematicky a kvalifikovaně detabuizovat. A to jak na úrovni odborné, tak i laické.

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jaká jsou specifika chování seniorů v kontaktu s institucemi či neobvyklými situacemi?
2. Jak lze hodnotit seniorskou situaci ve vztahu trestné činnosti (na seniorech a trestnou činnost seniorů)?
3. Jaká jsou specifika seniorské populace ve vztahu k pozdnímu stáří, umírání a smrti?

4. Jaká jsou specifika závislostního chování u jedinců seniorského věku?
 5. Jaké dopady na seniory má realita katastrofických událostí, terorismu, migrace apod.?
 6. Jaké nejčastější poruchy sexuálního života se diagnostikují u seniorů?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku seniora se zaměřením na Vámi vybranou tabuizovanou oblast života seniora. Pokuste se o reálnou konstrukci sociální pomoci s cílem eliminovat bariéry v dané oblasti.



DALŠÍ ZDROJE

ANTUNES, G. E., COOK, F. L., COOK, T. D., SKOGAN, W. G. (1977): *Patterns of Personal Crime Against the Elderly. The Gerontologist*, Vol. 17, No. 4, pp. 321-327.

BARATTA, A. (1995): *Sociologie trestního práva*. Brno: Masarykova univerzita.

BUMBÁLEK, M. (2005): *Stáří a osamělost*. In Mühlpachr, P. (ed.): *Schola gerantologica*. Brno: Masarykova univerzita, s. 21-41.

CANTER, E., ALISON, L. J. (1999): *The social psychology and crime*. Offender profiling series. Vol. III. Aldershot: Ashgate.

ČECHOVÁ, M., ČECHOVÁ, J. HOŘÍNOVÁ, A., MRÁZOVÁ, Z. (2007): *Bílá místa v péči o oběti domácího násilí, Persefona, LLP*. on-line text. http://www.persefona.cz/download/analyza_bila_mista.pdf, ověřeno ke dni 1. 4. 2001

ČÍRTKOVÁ, L. (2008): *Moderní psychologie pro právníky. Domácí násilí, stalking, predikce násilí*. Praha: Grada Publishing.

FISCHER, S., ŠKODA, J. (2009): *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.

GIDDENS, A. (2005): *Sociologie*. Praha: Argo.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000): *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2010): *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2. vydání.

HENDL, J. (2006): *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2. vydání.

HOUBOVÁ, D. a kol. (2006): *Psychologie pro právníky*. Brno: Masarykova univerzita, 3. vydání.

HRIB, N. (2010): *Kriminalistika a zdravotnictví*. Plzeň: Aleš Čeněk.

HRON, J. (2010): *Problematika domácího násilí*. Brno: Masarykova univerzita (bachelářská práce).

<http://www.policie.cz/clanek/dalsi-duverivy-senior-okraden.aspx>, ověřeno ke dni 1. 4. 2011.

JŮZL, M. (2010): *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno.

KAISER, G. (1994): *Kriminologie. Úvod do základů*. Praha: C. H. Beck.

KLAPAL, V. (2010): *Problematika seniorů z pohledu „právě dospělých“*. In Šimková, E. (ed.) Socialia 2010. Sociální deviace v kontextu společenských věd. Sborník recenzovaných příspěvků z konference Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 186-193.

KLIMEŠ, L. (1998): *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 6. vydání.

KOVÁŘOVÁ, P. (2006): *Kvalita života v období stárnutí a stáří*. Brno: Masarykova univerzita (diplomová práce).

Krajské ředitelství policie, Ústecký kraj (2011): *Další důvěřivý senior okraden*. On-line text:

KUCHTA, J., VÁLKOVÁ, H. a kol. (2005): *Základy kriminologie a trestní politiky*. Praha: C. H. Beck.

KVASIL, B. (ed., 1985a): *Malá československá encyklopedie*. II. Díl. Praha: Academia.

KVASIL, B. (ed., 1985b): *Malá československá encyklopedie*. V. Díl. Praha: Academia.

LANGMEIER, J. (1998): *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicenum.

MANDELBLIT, B. (2002): *Crimes Against Seniors – A Disturbing Trend*. On-line text: <http://archive.newsmax.com/archives/articles/2002/7/30/214351.shtml>, ověřeno k 1. 4. 2011.

MARTINKOVÁ, M. (2010): *Senioři jako oběti trestné činnosti*. In Večerka, K. (ed.): *Kdo slyší hlas volajícího na poušti*. Referáty z konference ve Vranově nad Dyjí v roce 2010. Praha: Sekce sociální patologie, Masarykova česká sociologická společnost, s. 184-188.

- MARTINKOVÁ, M., VLACH, J., KREJČOVÁ, S. (2009): *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku – se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. Praha: IKSP.
- MÜHLPACHR, P. (2004): *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- MÜHLPACHR, P. (2005): *Gerontologie – sociální nutnost postmoderní společnosti*. In Mühlpachr, P. (ed.): *Schola gerantologica*. Brno: Masarykova univerzita, s. 7-20.
- NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. (2001): *Kriminologie*. Praha: Eurolex Bohemia.
- OPK MV ČR (2007a): *Nenechte se povést! Prevence*. Příloha časopisu *Policista*, č. 6. s. 4.
- OPK MV ČR. (2007b): *Jak se bránit okradení a přepadení. Prevence*. Příloha časopisu *Policista* č. 6, s. 5.
- PAULASOVÁ, J. (2010): *Senior jako oběť trestného činu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- PROCHÁZKA, V. (ed., 1967a): *Příruční slovník naučný*. I. Díl. Praha: Academia.
- PROCHÁZKA, V. (ed., 1967b): *Příruční slovník naučný*. IV. Díl. Praha: Academia.
- PUNCH, K. F. (2008a): *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál.
- PUNCH, K. F. (2008b): *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- PUTWAIN, D., SAMMONS, A. (2002): *Psychology and crime*. East Sussex: Routledge.
- RABUŠIC, L. (1995): *Česká společnost stárne*. Brno: FF MU.
- REICHL, J. (2009): *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
- REJZEK, J. (2001): *Etymologický slovník*. Praha: Leda.
- SJSO. (2011): On-line text. www.sjsso.org/crimeprev/programs/cae_crime.aspx, ověřeno k 1. 4. 2011.
- STUART-HAMILTON, I. (1999): *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- ŠPAČKOVÁ, P. (2010): *Trestný čin krádeže z hlediska juristického a kriminologického*. Brno: Masarykova univerzita (bakalářská práce).
- ŠVANCARA, J. (1983): *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN.
- TOMÁŠEK, J. (2010): *Úvod do kriminologie*. Praha: Grada Publishing.

TOŠNEROVÁ, T. (2002): *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Univerzita Karlova.

TRAMPOTA, T., VOJTĚCHOVSKÁ, M. (2010): *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál.

VENGLÁŘOVÁ, M. (2007a): *Senioři. Prevence*. Příloha časopisu Policista č. 6, s. 1-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. (2007b): *Senioři*. In Čírtková, L., Vitoušová, P. a kol.: *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada Publishing, s. 56-63.

VIDOVIČOVÁ, L., GREGOROVÁ, E. (2008): *...my jsme si stáří nezavinili, čeká to každého...* Brno: Život 90.

ZÁLEŠÁKOVÁ, P. (2009): *Senioři jako oběti domácího násilí*. Brno: Masarykova univerzita (bakalářská práce).

SHRNUTÍ KAPITOLY



V seniorském věku se lze setkat s velkou rozmanitostí typů chování. Nelze je unifikovat, neboť senioři jsou velmi různorodou a obsáhlou sociální skupinou. Obrazy stáří nabývají různých podob a každá z těchto podob vyžaduje individuální přístup ke starému člověku.

Závažným problémem pro seniory je realizace kontaktů s institucemi (policí, úřady, a pod). Rovněž zde nacházíme široké akční pole pro profesionalizaci přístupů k seniorům.

Domácí násilí vůči seniorům je jedno z dosud tabuizovaných témat. Domácí násilí je problém vyžadující specifická opatření a je nutná odborná a cílená intervence z vnějšku. Nebezpečnost domácího násilí spočívá v opakovatelnosti tohoto jevu, v jeho závažnosti a delší době trvání. Agresivní chování vůči seniorům nabývá různých podob, hovoříme o typologii agresivního zacházení se seniory.

Katastrofické události, teroristické útoky, živelné pohromy a jiné výjimečné události mají výrazný psychologický dopad na velké skupiny lidí, seniory z toho nevyjímaje. Důsledky katastrofických událostí lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Fenoménem současné společnosti se stává závislostní chování, které postihuje všechny věkové kategorie, dominantně však věkově mladší jedince. Fakta však naznačují, že v seniorské populaci narůstá problémů se závislostním chováním. S věkem se tento sociální fenomén prohlubuje a řešení je záležitostí dlouhodobou s nejasným efektem.

Mezi největší tabu seniorské populace patří problematika sexuálního života ve stáří a jeho poruchy. Sexuální život je výraznou kategorií kvality života. Sexuální život seniorů je

TABU V SENIORSKÉ POPULACI

determinován změnami pohlavních orgánů ve stáří, poruchami orgasmu, nízkou sexuální apetencí, a to jak u mužů, tak u žen.

Otázkám umírání a smrti, otázkám přípravy na smrt se věnuje velmi malý prostor v rámci komplexní péče o seniory, a přitom se jedná o velmi závažnou problematiku, která se nedotýká pouze jedince samého, ale celého širokého okolí rodiny umírajícího.

LITERATURA

ČERNÁ, L.: *Celoživotné vzdelávanie a neformálne vzdelávanie dospelých*. In: Úloha neformálneho vzdelávania v procese celoživotného vzdelávania : Zborník z rovnomennej medzinárodnej konferencie NKOS. Spišská Kapitula 2009. - Košice: TYPOPress, 2009. ISBN 978-80-89089-87-1.

BALOGOVIÁ, B.: *Seniori*. Prešov: Akcent print, 2005. 157 s., ISBN 80-969274-1-8.

BOŠMANSKÝ, K.: *Starý človek medzi nami- podľa apoštolského listu Jána Pavla II.: Je-seň života*. In: Duchovný pastier. Trnava: SSV, 2003, č. 6, roč. LXXXIV, 328 s., ISSN 0139-861X.

ČORNANIČOVÁ, R.: Úloha vzdelávania seniorov v procese zmiernovania dôsledkov starnutia: *Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva: Zborník z ôsmeho stredoeurópskeho sympózia o sociálnej gerontológii*. Bratislava : Academia Istropolitana, 2000. 233 s. ISBN 80 – 85756 – 23 – 4.

DIRGOVÁ, E.: *Globalizácia ako civilizačný fenomén verzus kvalita života seniorov*. In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Globalizácia a kvalita života a zdravia. Prešov : VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89284-66-5 .

DIRGOVÁ, E.: *Kvalita života seniorov – zrkadlo spoločnosti*. In: Disputationes Scientificalae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 1, 112 s. ISSN 1335-9185.

DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Fenomén starnutia cez prizmu sociálnej gerontológie*. In: Disputationes Scientificalae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 2, 112 s. ISSN 1335-9185.

DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

GILLERNOVÁ, I. a kol.: *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna, 2000. 80 s., ISBN 80-7168-683-2.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. 365 s. ISBN 80–7038–158–2.

JUZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno, 2010. 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80–71786–42–X.

KRUPA, J.: *Acta*. Bratislava: Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského, Polygrafia SAV, 2002. 306 s., ISBN 1335-8081.

LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010. 160 s. ISBN 978-80-8084-616-9.

LACA, P.: *Miluj svojho blížneho*. Prešov : Slovo časopis gréckokatolíckej cirkvi, č. 7, roč. 37, 2003. ISSN 1311-8544.

MURAŇOVÁ, M.: *Malá učebnica starnutia (aj pre mladých)*. Bratislava : Lúč, 2001. 48 s. ISBN 80 – 7114 – 336 – 7.

NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 158 s. ISBN 80–7178–197–5.

PASTERŇÁKOVÁ, L.: *Hovoríme o empatii*. In. Vychovávateľ, Educatio, č. 9, roč. 51, 2005. ISSN 0139-6919.

PAULIČKA, I. a kol.: *Všeobecný encyklopedický slovník S- Ž*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005, 1064 s., ISBN 80-7181-768-6.

RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-828-8.

RÍČAN, P.: *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. 390 s. ISBN 80–7367–124–7.

Sväté písmo. Trnava : SSV, 2001, 2124 s. ISBN 80-7162-281-8.

SCHAVEL, M. 2007. *Kooperácia v multiprofesnom tíme ako predpoklad efektívnej pomoci klientom*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie - Poruchy správania v edukačnom procese. Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-279-3.

ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe chorobe a zomieraní*. Bratislava: Dialógy, 2003, s. 149 s., ISBN 80-7141-429-8.

ŠTEFKO, A., KRAJČÍK, Š.: *Starý človek a jeho dôstojnosť u pohľadu medicínskej etiky*, In: Studia aloisiana. Trnava: Dobrá kniha, 2000, 395 s., ISBN 80-7141-311-9.

SHRnutí STUDIjNÍ OPORY

Mezi epistemologická východiska lze zařadit filozofická a historiografická východiska, východiska teoretická a terminologická a východiska metodologická.

Z pohledu teorie a terminologie gerontopedagogiky lze konstatovat, že se jedná o novou, teprve se vyvíjející disciplínu a terminologická vyjasnění jsou ve vývoji, postupně se ustalují a zavádí se do teorie i praxe oboru. Problematika seniorů je problematikou multidisciplinární. Vedle pedagogických koncepcí se již mnohem dříve ujaly koncepce medicínské. Lékařství se problematikou stárnutí zabývá od antiky po dnešek s různou intenzitou. V posledních letech se problematika seniorů jeví nejen jako problém medicínský a andragogický, ale také jako problém sociální, ekonomický, právní a v neposlední řadě jako problém sociálně pedagogický a speciálně pedagogický.

V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém se-
pětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se první internační institucí jak léčebnou, tak trestní stal chrám. Bylo to místo náboženských obřadů i soudních procesů. Na osobnostní a zdravotní abnormality bylo nahlíženo jako na nedílnou součást společnosti. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti.

Antická společnost se vyznačuje stratifikací péče pro jednotlivé skupiny společnosti. Nejstaršími ústavními institucemi v Řecku byla asklépia, která poskytovala léčbu balneologického charakteru střední vrstvě společnosti. Historické prameny zaznamenaly vznik soukromých klinik - iatreí, kde se věnovala péče nejbohatším členům společnosti. Pro ostatní příslušníky polis byla realizována péče v rodinách - extramurální péče a zvláštním druhem jakési "absolutní" internace bylo vyobcování ze společnosti, které znamenalo jistou smrt, nebo přímá fyzická likvidace. V antice se objevily i první institucionalizovaná formy péče vězeňské - robury, které se staly základnou pro výstavbu samostatných budov vězení.

Vedle léčebné funkce a výkonu trestu dominovala ochrana společnosti před jedinci psychicky a fyzicky postiženými a sociálně nepřizpůsobivými.

Středověké pojetí internace je multifaktoriálně sociálně podmíněno (rozpad otrokářské společnosti, vyčerpání a degenerace etnika, epidemie, morální krize, rozklad rodiny, morálky, osudovou se stala sama rozloha). V období raného středověku vznikaly při kláštřích tzv. hospitaly, které poskytovaly sociálně charitativní péči. Křesťanství přináší na rozdíl od antiky kvalitativní sociální změnu.

Specializovaná xenodochia znamenají kvalitativní sociální změnu v internační problematice, poskytují specializovanou sociální péči a objevují se první profesionálové, ošetřovatelé, kteří se rekrutují z řad mnichů, jeptišek, duchovních.

Problematiku internace výrazně doplňují i středověké věznice, podstatou internace byl strach. Intelektuální centrum středověké společnosti - církev bylo zastáncem demonologické koncepce, která představovala jedinou možnou scholasticky přijatelnou koncepci.

Mocenské postavení církve prosazovalo démonickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem se stala ideologickou zbraní a fyzická likvidace postižených byla jediný možný způsob řešení problému.

Rozvoj lékařství po vzniku evropských univerzit oslaboval dogmata církve a nastupující renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst zapříčinil vznik samostatných objektů pro léčbu a internaci. Vznikly tzv. hospitaly.

Existenčně rozporuplné zůstává konstatování Foucaulta o řádem organizované institucionalizované Lodi bláznů.

Osvícenství přináší do sociálních struktur velké internační budovy, špitály trestní instituce. Tyto instituce měly polosoudní strukturu. Společnost odsuzuje zahálku a dochází k nucené práci, která diferencuje schopnosti jednotlivých typů postižení. Internace je instituční vynález 17. století. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu.

Novověká struktura přejala charakter internačních budov, na počátku 19. století však ostře kritizuje polyfunkčnost těchto zařízení. Devatenácté století je stoletím specializace ústavních zařízení. Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Současný charakter ústavní péče je mnohvrstevnatý. Ústavy, které byly primárně orientovány na vylučování lidí ze společnosti, se zaměřují na potřeby klientů. Ústav je spjat se třemi archaickými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování.

V ústavech existuje zvláštní hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřízeností neformální. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Mezi hlavní funkce ústavů patří podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení, represe. Specifickou je funkce rekreační. Uvedený přehled funkcí ústavu nelze chápat jako prezentaci ústavů s jednofunkčním zaměřením. Každý ústav je nositelem všech vyjmenovaných funkcí.

Transformační funkce ústavů je v souladu s některými lidskými rituály, které jsou založeny na principu transformace.

Represivní funkce je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždy moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci.

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají vůči okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá specifika v jednotlivých obdobích.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká člověka neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti. Patří sem i léčebny pro alkoholiky a toxikomany. V nich léčba probíhá jak dobrovolně, tak z rozhodnutí soudu jako léčba ochranná. Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí.

Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří U3V, Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi funkce preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i Charta práv a svobod starších lidí. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

V seniorském věku se lze setkat s velkou rozmanitostí typů chování. Nelze je unifikovat, neboť senioři jsou velmi různorodou a obsáhlou sociální skupinou. Obrazy stáří nabývají různých podob a každá z těchto podob vyžaduje individuální přístup ke starému člověku.

Závažným problémem pro seniory je realizace kontaktů s institucemi (policí, úřady, a pod). Rovněž zde nacházíme široké akční pole pro profesionalizaci přístupů k seniorům.

Domácí násilí vůči seniorům je jedno z dosud tabuizovaných témat. Domácí násilí je problém vyžadující specifická opatření a je nutná odborná a cílená intervence z vnějšku. Nebezpečnost domácího násilí spočívá v opakovatelnosti tohoto jevu, v jeho závažnosti a delší době trvání. Agresivní chování vůči seniorům nabývá různých podob, hovoříme o typologii agresivního zacházení se seniory.























Katastrofické události, teroristické útoky, živelné pohromy a jiné výjimečné události mají výrazný psychologický dopad na velké skupiny lidí, seniory z toho nevyjímaje. Důsledky katastrofických událostí lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Fenoménem současné společnosti se stává závislostní chování, které postihuje všechny věkové kategorie, dominantně však věkově mladší jedince. Fakta však naznačují, že v seniorské populaci narůstá problémů se závislostním chováním. S věkem se tento sociální fenomén prohlubuje a řešení je záležitostí dlouhodobou s nejasným efektem.

Mezi největší tabu seniorské populace patří problematika sexuálního života ve stáří a jeho poruchy. Sexuální život je výraznou kategorií kvality života. Sexuální život seniorů je determinován změnami pohlavních orgánů ve stáří, poruchami orgasmu, nízkou sexuální apetencí, a to jak u mužů, tak u žen.

Otázkám umírání a smrti, otázkám přípravy na smrt se věnuje velmi malý prostor v rámci komplexní péče o seniory, a přitom se jedná o velmi závažnou problematiku, která se nedotýká pouze jedince samého, ale celého širokého okolí rodiny umírajícího.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **Gerontologie pro speciální pedagogy**

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Výzkumné centrum pro sociální začleňování
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava

Vydání: první

Místo a rok vydání: Opava, 2019

Náklad: elektronicky

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 12424

ISBN

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.