

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ

Psycho-social aspects of ageing

Katedra: Psychosociálních věd a etiky

Studijní obor: Husitská teologie – psychosociální studia

Typ studia: prezenční

Školitel:

MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:

Tamara Janděčková

Frýdlant v Čechách, 2007

„Děkuji všem, kteří se jakýmkoli způsobem podíleli na vzniku této práce. Mé zvláštní poděkování patří MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení práce a poskytnutí cenných rad. Poděkování a vděčnost patří též mým rodičům, kteří mi při psaní práce byli velkou oporou.“

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Psychosociální aspekty stárnutí napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.“

Ve dne

.....

Tamara Janděčková

ANOTACE

Uvedená práce pojednává teoreticky o psychosociálních aspektech stárnutí. V úvodní kapitole jsou předložena související témata a sice teorie a hypotézy stárnutí, demografie stáří, tělesné a psychické změny ve stáří. Hlavní kapitola se orientuje na tři okruhy témat spojených se stárnutím. Konkrétně jde o soužití starého člověka a rodiny, postavení starého člověka ve společnosti a osobní důsledky stárnutí. Závěrečnou kapitolu tvoří program přípravy na stáří, který v sobě nabízí jeden z prvků koncepce úspěšného stárnutí. Práce si klade za cíl nastínit psychosociální problematiku stárnoucího člověka a poukázat na možná úskalí s tím spojená.

KLÍČOVÁ SLOVA

stárnutí, teorie stárnutí, demografie stáří, projevy stárnutí, aspekty stárnutí, rodina, společnost, ageismus, příprava na stáří

ANNOTATION

This diploma work enters theoretically on the psychosocial aspects of ageing. In the introductory chapter I am processing related themes: theories and hypotheses of ageing, demography of old-age, physical and psychical changes in old-age. The main chapter is oriented on three fields of themes relating to ageing. In the concrete: common life of an old man with his family, the role of an old man in the wide society and the personal consequences of one's own ageing. The closing chapter offers a programme of preparation for the process of getting old with a concept of successful ageing. This work aims to outline the psychosocial dilemmas and questions of an old man and to show potential difficulties old people have to put up with.

KEY WORDS

ageing, theory of ageing, demography of old-age, manifestation of ageing, aspects of ageing, family, society, ageismus, preparing for ageing

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	10
1.1 Přehled teorií a hypotéz stárnutí	11
1.1.1 Biologické teorie.....	11
1.1.2 Sociální teorie.....	14
1.2 Stáří.....	15
1.2.1 Kalendářní a funkční věk.....	18
1.3 Demografie stáří.....	18
1.3.1 Věkové složení populace ČR	19
1.3.2 Demografické ukazatele	20
1.4 Projevy stárnutí.....	26
1.4.1 Tělesné projevy stárnutí	26
1.4.2 Psychické změny ve stáří.....	29
2. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ	32
2.1 Starý člověk a rodina.....	32
2.1.1 Současná struktura rodiny	33
2.1.2 Soužití několika generací	35
2.1.3 Péče rodiny o seniora	37
2.1.4 Patologie v rodině se seniorem	43
2.1.4.1 Nejzávažnější a nejčastější formy EA	43
2.1.4.2 Znamky možného EA	45
2.1.4.3 Rizikové faktory	47
2.1.4.4 Možnosti řešení situace	48

2.2	Starý člověk a společnost	48
2.2.1	Mediální obraz seniorů.....	51
2.2.2	„Image“ stáří.....	53
2.2.2.1	Mýty o stáří	53
2.2.2.2	Ageismus	55
2.3	Vybrané osobní aspekty stárnutí.....	57
2.3.1	Odchod od důchod, přijetí stáří.....	57
2.3.2	Životní styl starých lidí	61
2.3.3	Samostatné (individuální) bydlení seniorů	67
2.3.4	Hmotné zabezpečení seniorů	70
3.	PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ.....	77
3.1	Dlouhodobá příprava.....	77
3.2	Střednědobá příprava.....	78
3.3	Krátkodobá příprava.....	80
	ZÁVĚR.....	82
	POUŽITÁ LITERATURA.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90
	SUMMARY.....	104

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EA	syndrom týraného a zneužívaného seniora (elder abuse)
EAN	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného seniora (elder abuse and neglect)
ECT	extracelulární tekutina
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace spojených národů (United Nations Organization)
Sb.	sbírka zákonů
SLDB	sčítání lidu, domů a bytů
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

ÚVOD

Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.

Montesquieu Charles-Louis de Secondat

Demografické studie posledních let nás informují o tom, že se neustále prodlužuje střední délka lidského života. V důsledku toho má člověk naději dožít se vyššího věku než generace před ním a tato skutečnost s sebou přináší i časově delší etapu, kterou člověk prožije jako „starý“. Období stáří tak v lidském životě nabývá na důležitosti a v dnešní době přestává být jen obávanou etapou života spojovanou s nemocemi a utrpením – má nejen svoje stinné stránky, ale také svoje šance. Tato skutečnost vnáší do života dnešních seniorů celou řadu změn, jakými jsou např. samotný pohled na stárnutí a stáří, změna životního stylu seniorů či proměna vztahů a rolí v rodině.

Stárnutí a stáří tak nabízí k úvahám řadu témat. Já jsem se v následující práci, která je teoretického charakteru, orientovala především na psychosociální aspekty stárnutí a pokusila jsem se nastítnit situaci stárnoucího člověka v České republice. Tomu je přizpůsoben i výběr použité literatury a studijních materiálů, které se orientují výlučně na situaci českých seniorů.

Práce je strukturována do třech hlavních kapitol. Na úvod první kapitoly předkládám některé ze známých teorií a hypotéz stárnutí, které mají čtenáře uvést do problematiky procesu stárnutí. Dále se práce zaměřuje na demografickou situaci stárnutí v České republice, která je důležitá pro pochopení některých jevů ve společnosti i života seniora – jednotlivce. Projevy stárnutí zakončují první kapitolu a nabízejí bližší seznámení s fyziologickými i psychickými ději těla stárnoucího člověka.

Druhá kapitola je stěžejní částí celé práce a zabývá se psychosociální stránkou stárnoucího člověka. Senior je zde nahlížen ve třech rovinách. Nejprve ve vztahu k rodině, kde se dotýkám nejen pozitivních jevů v soužití generací, ale i jevů patologických a to z důvodu malého povědomí společnosti o možném špatném

zacházení se seniory ze strany rodiny. Druhou rovinu kapitoly představuje vzájemný vztah senior – společnost s důrazem na postavení seniora ve společnosti a opět i na negativní jevy vyplývající ze vzájemné interakce seniorů a společnosti. Poslední část této kapitoly umožňuje poznat některé z osobních aspektů plynoucích pro člověka z vlastního stárnutí a stáří. Soustředila jsem se především na samotný akt odchodu do starobního důchodu a s tím spojenou změnu životního stylu, dále na bytovou situaci a problematiku hmotného zabezpečení seniorů.

Závěrečná kapitola nabízí třístupňový program přípravy na stáří, který je zatím v povědomí některých lidí zcela neznámým pojmem. A přitom právě celoživotní příprava na stáří je jedním z aspektů koncepce úspěšného stárnutí, které by si na závěr svého života přál asi každý člověk. Příprava na stáří také pomáhá předcházet některým nežádoucím jevům spojených se stárnutím člověka a nastíněných ve druhé kapitole práce.

V samotném závěru práce přikládám přílohy, ve kterých seznamuji se dvěma důležitými dokumenty, spojenými s populací seniorů. Jsou jimi Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 a Charta práv a svobod starších občanů.

1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Většina odborníků, zabývajících se stárnutím, předkládá ve svých studiích vlastní definici stárnutí. U Kalvacha (2004 s. 67) tak např. můžeme číst, že „stárnutí (involution) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.“

Topinková s Neuwirthem (1995 s. 17) uvádějí, že „stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu.“

Hayflick (1994 s. 28) píše, že „stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají.“

Podle Webera (2000 s. 15) představuje „stárnutí neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života.“

Ontogeneticky vzato můžeme tedy stárnutí považovat za přechodné období mezi dospělostí a stářím. U většiny lidí probíhá biologické stárnutí v období 60 – 75 let věku, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let. Přestože v procesu stárnutí existují velké interindividuální rozdíly, je možné identifikovat jisté společné znaky stárnutí. Některé společně postižitelné fenomény – charakteristické znaky procesu stárnutí – uvádí Pacovský (In Jarošová, 2006 s. 10):

- Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne „svým tempem“.
- Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn, které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).

1.1 Přehled teorií a hypotéz stárnutí

Tak jako jsou nejednotné a různorodé definice stárnutí, jsou také pohledy na příčiny stárnutí rozmanité. Před několika lety Medvědev (In Austad, 1999 s. 53) sebral a roztřídil více než 300 teorií o stárnutí. Hlavním problémem jednotné definice stárnutí je skutečnost, že je obtížné určit, který zjištěný fenomén je příčinou a který následkem stárnutí.

Různost teorií nám nabízí možnost vysvětlení procesu stárnutí z různých aspektů. V dostupných teoriích a hypotézách převažuje biologický pohled na stárnutí. Biologické teorie tak tvoří jednu ze dvou hlavních skupin teorií. Druhou skupinou pak jsou sociální teorie stárnutí.

1.1.1 Biologické teorie

Jak uvádí Kalvach (2004 s. 68), „již v antice se objevila spekulativní představa stárnutí jako ubývání nějaké významné substance. Hippokrates spekuloval o ztrátě vlhka, Aristoteles o ztrátě tepla. Galénos chápal stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený změnami tělesných šťáv s úbytkem vlhka, tepla i krve.“

Pacovský (1990 s. 30-33) teorie a hypotézy shrnuje do několika skupin:

- *Teorie genetického programu* – předpokládají, že celý proces stárnutí je geneticky zakódován.
- *Teorie metabolických omylů* – vycházejí z představy, že stáří je náhodným nahromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu.
- *Teorie stárnutí makromolekul* – byla inspirována poznatkem, že kolagenové makromolekuly mění s věkem svou chemickou skladbu a tím i metabolickou funkci.

- *Imunologická teorie* – je založena na skutečnosti, že při dělení buněk nastávají chyby, které organismus s narůstajícím věkem není schopen rozpoznávat a odstraňovat. Tak dochází k hromadění „imunologicky vadného materiálu“, který je podnětem k nástupu autoimunitního fenoménu.
- *Teorie o působení zevních vlivů, ekologické teorie* – mnohé zevní vlivy negativně či pozitivně modifikují proces stárnutí. Patří sem např. různé chemické látky ze zevního prostředí, složení potravy a způsob přijímání potravy, četné psychosociální faktory. Obvykle se uplatňuje více činitelů zevního prostředí současně.

Weber (2000 s. 13-14) uvádí rozdělení biologických teorií stárnutí do dvou hlavních skupin. První skupinou jsou tzv. stochastické teorie, které předpokládají, že „děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch selhání buněčného řízení.“ Mezi tyto teorie patří např. *Teorie omylů a katastrof*¹, *Teorie opotřebení a Teorie volných radikálů*², kde reakce volných radikálů jsou příčinou četných poruch makromolekul a membrán v živém organismu. Reakce volných radikálů stojí v pozadí řady nemocí, jejichž výskyt se stárnutím roste (např. rakovina, ateroskleróza, autoimunitní choroby, rozedma plic a řada dalších).

Naproti tomu tzv. nestochastické teorie se domnívají, že stárnutí je geneticky předurčeno. Mezi tyto teorie patří *Pacemakerova teorie* (genetických hodin), která předpokládá, že určité orgány nebo orgánové systémy jsou geneticky naprogramovány na určitou dobu života. Druhou teorií, která spadá do této skupiny je *Genetická teorie* s předpokladem, že délka života je pro každý živočišný druh specifická.

¹ Teorie je shodná s výše popsanou Teorií metabolických omylů.

² V současné době jsou volné radikály chápány jako atomy či skupiny atomů obsahující nepárový elektron ve vnější elektronové sféře. Volné radikály jsou velmi reaktivní a zpravidla vyvolávají řetěz reakcí, končící „neutralizací“ volných radikálů, spočívající v tom, že volné radikály vytvoří neradikálovou částici – tj. nepárové elektrony vstoupí do normální chemické vazby (ĎOUBAL 2000).

Velmi rozpracované teorie předkládá **Hayflick**. (1997 s. 274-321) i on se zabývá teoriemi, které jsou postaveny na základním předpokladu, že stárnutí není předem naprogramováno, ale je důsledkem působení nahodilých událostí. Z této myšlenky vycházejí následující teorie:

- *Teorie životního tempa* – zakládá se na přesvědčení, že každý živočich má určité omezené množství nějaké látky, potenciální energie, nebo jiného fyziologického potenciálu a že toto množství lze čerpat různým tempem. Čím rychleji se příděl vyčerpá, tím rychleji organismus zestárne.
- *Teorie postupného opotřebení*
- *Teorie hromadění odpadních látek* – předpokládá, že se v těle hromadí toxické odpadní látky (tělo je nestačí vylučovat), které postupně zahltní tělo a mohou znemožnit normální funkci buňky, která pak odumírá.
- *Teorie příčných vazeb* – vychází z předpokladu, že se v bílkovinách s přibývajícím věkem vytváří stále hustší síť těchto vazeb, která pak brání přístupu živin k buňkám a tím snižuje účinnost metabolických procesů.
- *Teorie volných radikálů*
- *Teorie imunitního systému* – s přibývajícím věkem klesá schopnost imunitního systému vytvářet protilátky v dostatečném množství a správného složení; stárnoucí imunitní systém může začít chybně reagovat a vyrábět protilátky proti proteinům vlastního těla (příkladem autoimunitního onemocnění častého ve stáří mohou být některé formy artrózy).
- *Teorie chyb a nedokonalých oprav* – v molekulách, jež tvoří buňky našeho těla, se občas objeví chyba. Zastánci této teorie tvrdí, že se tyto vady postupem času v různých molekulách kupí a po dosažení určité hranice způsobují metabolické selhání, jež jsou základní příčinou věkových změn a nakonec i smrti.

Usdin a Hofling (In Jarošová, 2006 s. 13) rozdělují teorie stárnutí na teorie biologické, psychologické a sociální. Biologické teorie jsou v jejich pojetí zaměřeny na studium změn probíhajících v buňkách, v mezibuněčných prostorech nebo ve specifických částech lidského těla. Jedna z raných biologických teorií – exhaustní teorie je založena na domněnce, že živý organismus obsahuje strategicky uloženou zásobu energie, která je postupně uvolňována. Dojde-li k vyčerpání zásoby, lidský život končí.

1.1.2 Sociální teorie

Tyto teorie jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou. Ve společnosti s nízkým procentem seniorů v populaci bývá jejich sociální status vyšší. Riziko devalvace hodnot seniorů je vyšší ve stárnoucí společnosti s vysokým počtem seniorů v populaci. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří (JAROŠOVÁ 2006 s. 15):

- *Teorie aktivity* – považuje pokračování aktivit za významný základ pro získání a udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří.
- *Teorie neangažovanosti* – míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.
- *Teorie kontinuity a diskontinuity* – vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější životní situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více je změn, tím je diskontinuita větší.

Přes pestrost a různost teorií stárnutí můžeme konstatovat, že stárnutí není dějem izolovaným, nýbrž dějem multifaktoriálním, ve kterém jde o vzájemné působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí. Výsledek procesu pak lze charakterizovat jednou z následujících kategorií stárnutí (KALVACH 1997 s. 51):

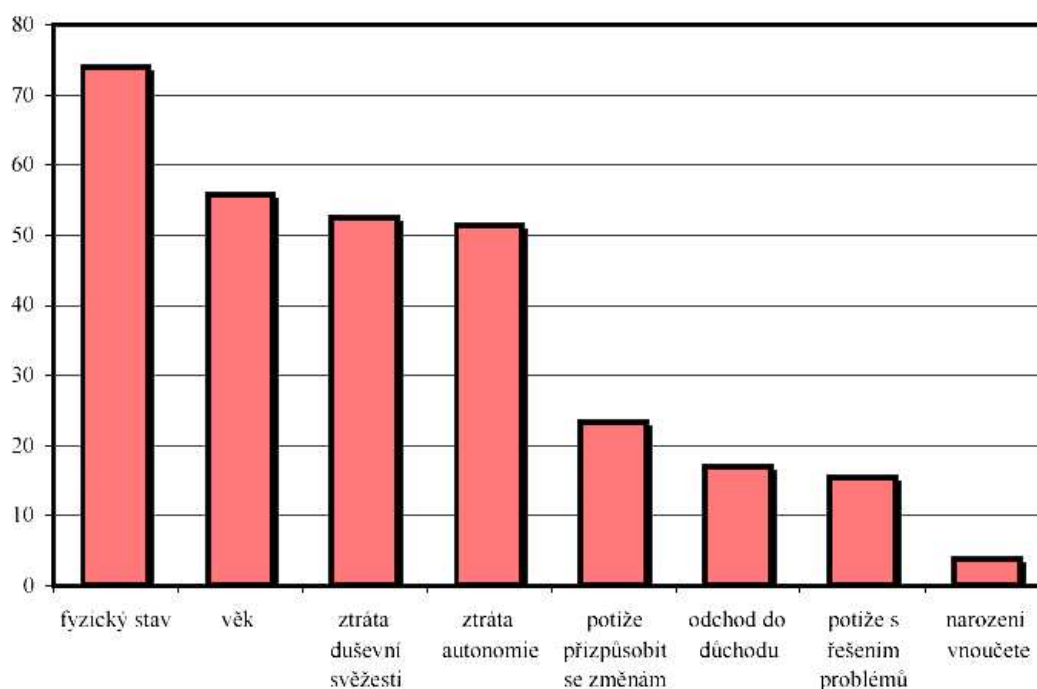
- *Obvyklé, normální stárnutí* – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současné „normě“ v dané společnosti.
- *Úspěšné stárnutí* – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decenia.
- *Neúspěšné, patologické stárnutí* – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, neodpovídá současné normě. Rozvíjí se závislost, choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a/nebo nastupují neobvykle brzy – předčasně, jejich průběh je urychlený.

1.2 Stáří

Výsledkem stárnutí je stáří, které tak je poslední etapou ontogenetického vývoje. Na důležitou skutečnost upozorňuje Haškovcová. (1990 s. 59) – stáří je přirozeným obdobím lidského života. Není tedy nemocí, jak se dosud mnozí lidé mylně domnívají, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život (avšak patrné jsou hlavně v průběhu pozdějšího věku).

Je zajímavé položit si otázku, kdy vlastně považujeme člověka za starého a který faktor je rozhodující pro to, abychom o někom řekli „ten je starý“. Podle empirického výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003 s. 11) je v České republice (ČR) za starého člověka považován především ten, kdo jako starý vypadá a kdo není v dobrém zdravotním stavu. Zajímavé je, že odchod do důchodu se objevil jako důvod vnímat člověka jako starého celkově v pouhých 17 % případů.

Faktory, které určují, že vnímáme člověka jako starého (v %):



Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003

Na to, kdy stáří nastává, se tedy názory subjektivně různí. Přestože jde o záležitost velmi individuální (z pohledu člověka posuzovaného i posuzujícího) a různé známky stárnutí a stáří se nemusí objevit standardně u každého člověka, je nutné i tuto etapu života nějakým způsobem periodizovat. Asi nejrozšířenější věkovou kategorizací je členění lidského života podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která vychází z kalendářního věku a opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života.

Vyšší věk je podle WHO klasifikován takto:

45 – 59 let	střední (zralý) věk
60 – 74 let	rané stáří (nebo též vyšší, starší věk)
75 – 89 let	pozdní stáří (vlastní stáří, senium)
90 let a výše	dlohověkost

Někdy gerontologové, jak uvádějí Topinková s Neuwirtehem (1995 s. 18), využívají dělení věku po desetiletých etapách: mladí senioři (ve věku 65-74), staří senioři (věk 75-84) a velmi staří senioři (nad 85 let).

Další variantou je označení období stáří jako tzv. třetí věk (JAROŠOVÁ 2006 s. 13), který má nastat po období dětství a mládí (první věk) a po období dospělosti (druhý věk). V současné době se tento termín užívá zejména ve spojení s aktivitami určenými pro seniory, jakými jsou např. univerzity třetího věku, akademie třetího věku.

Stuart-Hamilton (1999 s. 21) doplňuje, že „třetí věk“ označuje aktivní a nezávislý život ve stáří, zatímco další etapa „čtvrtý věk“ znamená období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé. Tyto pojmy si získaly jistou oblibu, neboť postrádají pejorativní nádech, který někteří lidé cítí ve slovech „starý“ a „pokročilého věku“. Jak také dále Stuart-Hamilton uvádí, nemusí se mnohdy pojmy definované gerontology nutně shodovat s těmi, jichž užívají (a které preferují) starší lidé – např. označení „dříve narozený člověk“ je přijatelnější než „starý člověk“. Nevyhovující je i termín „důchodce“, protože označuje pouze člověka pobírajícího důchod. Říčan (2004 s. 332) poukazuje na další, hlavně v odborné literatuře, používaný termín – geront (z řeckého gerón = starý muž), který bychom česky vyjádřili jako stařec, stařena. Tato slova ale mají podle Říčana silný a složitý citový náboj, a tak je i jejich použití problematické. Podle mého názoru se dosud nevžil ani původní řecký termín a senioři jsou neradi nazýváni „geronty“. Jako nevhodnější se jeví termín senior, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období sénia.

1.2.1 Kalendářní a funkční věk

Jak už jsem zmínila, používá WHO ke klasifikaci věku **tzv. kalendářní³ věk**. Jde o dobu, která uplynula od narození jedince a je to v současné době prakticky jediný způsob, jak určit stáří člověka. Potřebujeme-li ale určit reálný stupeň zestárnutí, ukazuje se, že je pro tento účel kalendářní věk nedostatečným kritériem. Nevystihuje totiž např. individuální rozdíly průběhu stárnutí ani eventuální změny v rychlosti procesů, stárnutí provázejících (ĎOUBAL 2000).

Naproti tomu **funkční věk**, jak uvádí Pacovský (1990 s. 16), odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Jde o věk skutečný, který nemusí být totožný s věkem kalendářním a má následující charakteristiky: biologické (biologický věk, tj. tělesné známky stárnutí), psychologické (zdůrazňují se duševní stránky stárnutí) a sociální (vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku).

Funkční věk tedy nehodnotí jen biologický věk člověka, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech. Z tohoto důvodu bychom se jím měli řídit při posuzování celkového stavu seniora a zohledňovat jej i při navrhování léčebných postupů a terapií, řešení osobních či bytových problémů seniora atd.

1.3 Demografie stáří

„Demografie je nauka o obyvatelstvu, o jeho počtu, struktuře, rozmístění, reprodukci a růstu, studuje zákonitosti vývoje populace. Demografie stárnutí a stáří poskytuje potřebné údaje a užitečné poučení všem, kteří se zabývají gerontologií.“ (PACOVSKÝ 1990 s. 21). Demografie stárnutí je beze sporu tématem, které dnes rychle nabývá na významu nejen ve vyspělých, ale prakticky ve všech zemích současného světa.

1.3.1 Věkové složení populace ČR

Není pochyb o tom, že česká populace stárne. Stárnutí společnosti bývá nejčastěji způsobeno klesajícím počtem narozených dětí, tj. nižší porodností, a současně zvyšujícím se počtem obyvatel vyšších věkových skupin – tj. nižší úmrtností. „Podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo⁴ považuje populace, v níž je více než 7% osob starších 65 let.“ Tuto hranici přesáhlo tehdejší Československo už v roce 1950, kdy zde žilo 7,8% osob starších 65 let (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 14).

Budoucí vývoj složení obyvatel ČR podle hlavních věkových skupin (v %):

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2030	12,6	64,5	22,8
2040	12,2	60,9	26,9
2050	12,4	56,3	31,3

Zdroj: SVOBODOVÁ 2005

Podle projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 vypracované Českým statistickým úřadem (SVOBODOVÁ 2005) poroste z obyvatelstva staršího 65 let nejméně počet nejstarších osob, tj. osob ve věku nad 85 let. Zatímco počet osob ve věku 65-74 let se podle výsledků projekce zvýší mezi lety 2002 a 2050 zhruba 1,7krát (z 818 702 na 1 415 382 osob), počet osob ve věku 75-84 let se zvýší už více

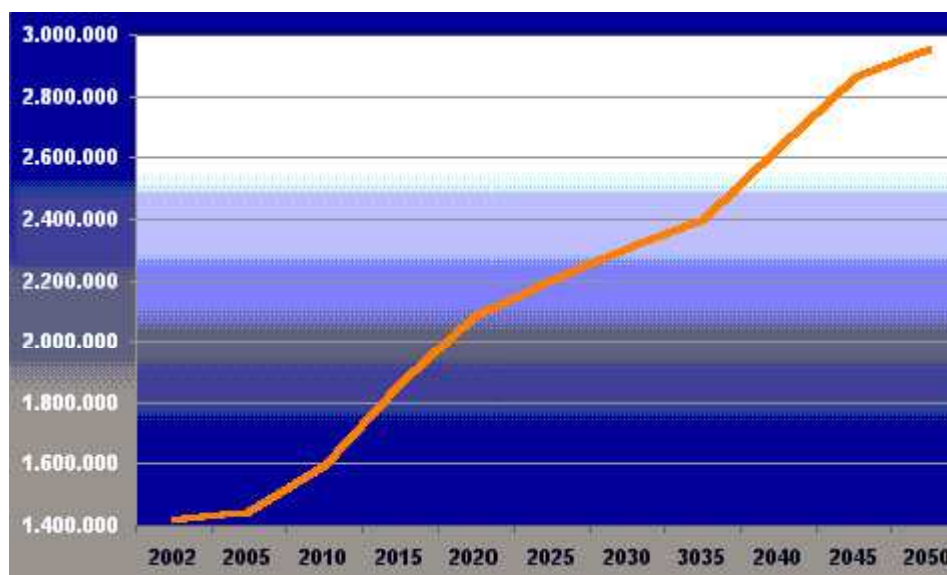
³ Někdy se též uvádí pod pojmem chronologický nebo matriční věk.

⁴ Pro definování populace jako mladé, staré či stárnoucí je třeba znát její věkovou strukturu a vzájemné proporce věkových skupin 0-14 let, 15-59 let a 65 a více let (dělení podle kritérií OSN). Dolní hranice poproduktivního věku je v některých zemích rozdílná pro muže a ženy a souvisí s průměrným věkem odchodu do starobního důchodu. V České republice je za počátek poproduktivního věku považován věk 60 let, ale s posunem věkové hranice pro odchod do starobního důchodu bude nutné tuto hranici změnit.

než 2krát (z 501 081 na 1 043 570 osob) a počet osob nad 85 let⁵ dokonce více než 5krát (z 98 179 na 497 127 osob).

Na intenzitě nabere tento proces, jež bude charakteristickým rysem populačního vývoje České republiky v celé první polovině 21. století, v období 2011-2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes věkovou hranici šedesáti pěti let. Relativní zastoupení osob nad 65 let v populaci poroste ale také díky poklesu počtu narozených.

Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let v ČR v letech 2002-2050:



Zdroj: SVOBODOVÁ 2005

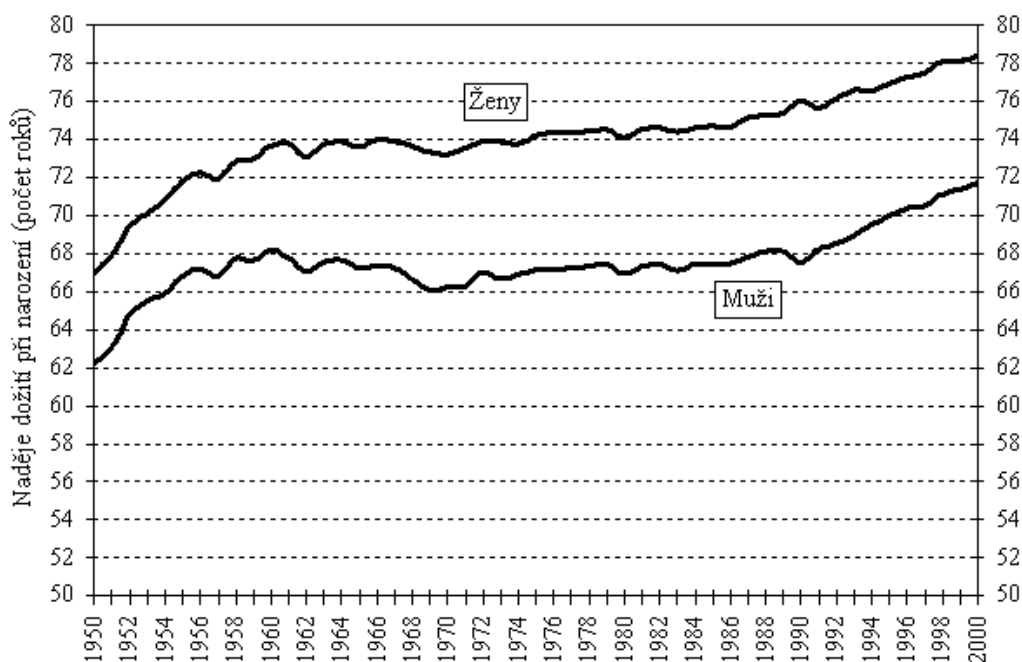
1.3.2 Demografické ukazatele

Při posuzování demografické situace České republiky stojí za pozornost i některé další užívané demografické ukazatele a indexy, které úzce souvisejí s otázkou stárnutí populace a nabízejí tak lepší možnost orientace v dané problematice.

⁵ V této souvislosti připomínám, že růst počtu osob ve věku 85 a více let má mnoho důsledků pro společnost, jelikož právě osoby v tomto věku již většinou mají horší zdravotní stav a tudíž vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší senioři.

Jedním z významných demografických ukazatelů je **střední délka života**⁶, která udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví (u žen je vyšší), pokud se úmrtnostní poměry významně nezmění (KALVACH 1997 s. 44).

Naděje dožití mužů a žen v ČR v letech 1950 – 2000:



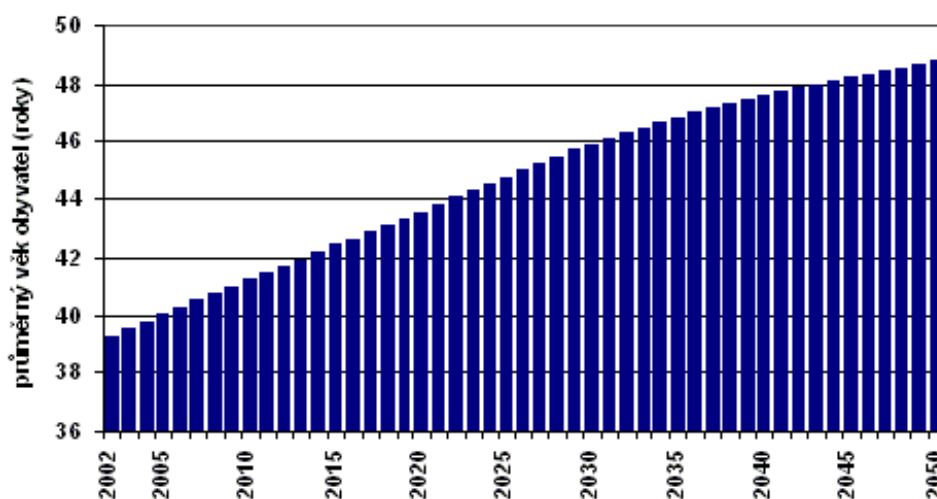
Zdroj: MPSV 2006

Od konce 80. let minulého století se v České republice střední délka života u obou pohlaví trvale zvyšuje. „V roce 1994 byla střední délka života pro muže 69,5 let a pro ženy 76,6 let, v roce 2003 to bylo již 72,1 let u mužů a 78,7 let u žen, prognózy do roku 2020 počítají s 80,6 lety pro ženy a 76,9 lety pro muže (JAROŠOVÁ 2006 s. 18). Ukazatel se nejčastěji používá ve formě „Střední délka života při narození“ nebo „Naděje dožití při narození“, ve které vyjadřuje průměrnou délku života osoby právě narozené za předpokladu setrvání úmrtnostních poměrů platných v roce, ve kterém se osoba narodila.

⁶ Též se používá označení pravděpodobná či očekávaná doba dožití, naděje dožití.

Průměrná délka života⁷ je statistický údaj získaný pouhým aritmetickým průměrem věku všech zemřelých osob. „Průměrná délka života dosáhla v roce 2001 svého historického maxima, u mužů činila 37,4 let, u žen 40,5 let a za obě pohlaví dohromady 39,0 let. Od roku 1991 došlo ke zvýšení průměrného věku o 2,5 roku.“ (MPSV 2006). Tento ukazatel bývá často zaměňován se střední délkou života. Pokud se tedy napíše, že „průměrný věk obyvatel stoupá“, není naprosto jasné, o který ukazatel se jedná a je potřeba přesněji ho specifikovat – například průměrný věk při úmrtí, průměrný věk žijících obyvatel, průměrný věk při prvním sňatku apod.

Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2050 (v ČR):



Zdroj: ČSÚ 2005

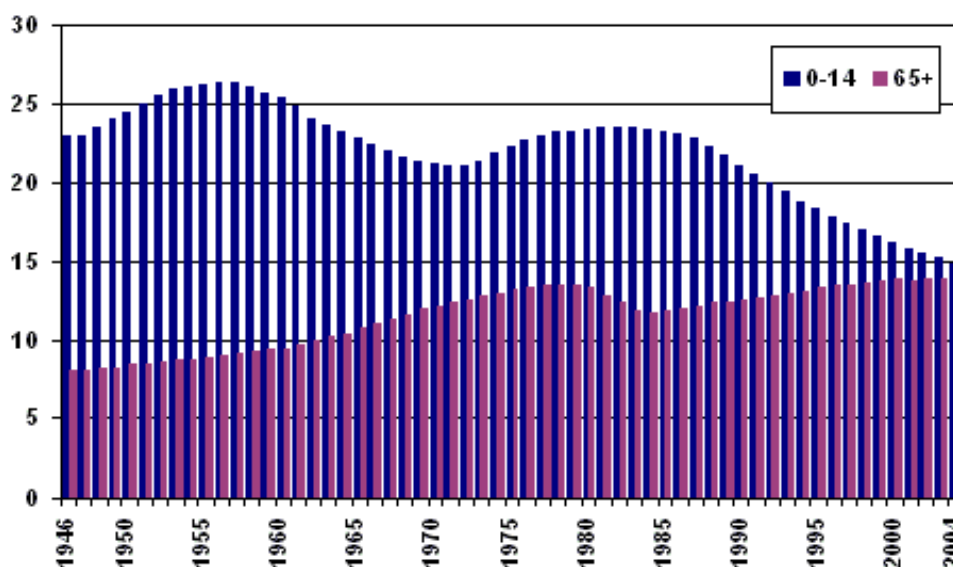
Z demografického hlediska je také nutné rozeznávat **stárnutí absolutní**, které ukazuje na zvyšování počtu starých lidí v populaci a **stárnutí relativní**, kdy dochází ke zvyšování podílu (procenta) starých lidí v populaci. „Absolutní stárnutí je výsledkem snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života. Relativní stárnutí je výsledkem jak snižování úmrtnosti, tak především snižování porodnosti.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 12). Mluví-li se obecně o demografickém stárnutí, má se tím zpravidla na mysli stárnutí relativní.

⁷ Nebo též průměrný věk.

Index stáří se vypočítává jako podíl populace ve věku 65 let⁸ a více na 100 osob mladších 15 let (JAROŠOVÁ 2006 s. 19). Pavlík (In Kalvach, 2004 s. 53) udává, že v roce 1991 činil v České republice 84,4, v roce 1997 poprvé překročil hranici 100 (více seniorů než dětí) a v roce 2000 dosáhl index hodnoty 113,9. Prognózy pro index stáří v roce 2025 hovoří o hodnotě 243. „Nejstarším“ krajem je v současnosti Hlavní město Praha, kde index stáří převyšuje republikovou hodnotu o 41%. Naopak „nejmladšími“ jsou kraje Karlovarský, Ústecký a Moravskoslezský s indexem stáří mírně přes 70 (MPSV 2005).

Z ekonomického hlediska jsou závažné **indexy závislosti**, které Kalvach (2004 s. 53) udává jako poměr osob věkově předproduktivních (0-14 let), poproduktivních (60 a více let) i jejich souhrn (index ekonomického zatížení) k osobám ekonomicky produktivním (15-59 let). Během 90. let minulého století se souhrnný index závislosti zlepšoval. Zvyšující se počet seniorů byl kompenzován nízkou porodností. To umožňuje přesunout část zdravotnických zdrojů a kapacit ze sféry pediatrie do geriatrie a obdobně tak i v oblasti sociální či vzdělávací.

Podíl obyvatel ve věkové skupině 0-14 a 65 a více let v letech 1946-2004 v %:



Zdroj: ČSÚ 2005

⁸ Jarošová vychází z věkové hranice 65 let používané pro mezinárodní srovnávání.

Jako **index dlouhověkosti** se označuje poměr osob ve věku 90 a více let ke všem seniorům ve věku 60 a více let. V roce 1997 činil 0,015, prognózou pro rok 2050 je hodnota 0,062. Pro zajímavost – v roce 1869 dosahoval poměr hodnoty „pouhých“ 0,004 (KALVACH 2004 s. 54). Doplňme, že v prvním lednovém týdnu tohoto roku evidovala Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) celkem 673 sto a víceletých občanů, tedy lidí narozených v letech 1898 až 1907. Převažovaly ženy – bylo jich 568, zatímco sto a víceletých mužů bylo 105. Nejvíce sto a víceletých lidí žije v Praze (107), naopak nejméně v kraji Karlovarském (8) (ČSSZ 2007).

Index feminity, který udává počet žen na 1000 mužů, se se stoupajícím věkem zvyšuje a je podkladem gerontologického fenoménu osamělých starých žen. Ten se, jak doplňuje Kalvach (2004 s. 59), „promítá nejen do atmosféry seniorských programů a zařízení (kluby aktivního stáří, univerzity třetího věku), ale také do zdravotního stavu senierek, do spotřeby zdravotnických a sociálních služeb, zvláště ústavních, ba i do úmrtnosti.“

Poměr mužů k ženám ve vybraném věku v ČR k 31. 12. 2000:

Věk	Počet mužů	Počet žen	Poměr mužů k ženám
0	46 884	43 738	1,1 : 1,0
25	95 121	92 360	1,0 : 1,0
50	80 225	81 343	1,0 : 1,0
75	26 950	45 082	1,0 : 7,0
90	2 346	6 860	1,0 : 3,0
100+	190	764	1,0 : 4,0

Zdroj: KALVACH 2004

Pro zajištění péče o staré občany je důležité znát i rozmístění obyvatel na území republiky – mluvíme o ukazateli hustoty osídlení. **Hustota osídlení** je vztah mezi rozlohou a počtem obyvatel a je evidentní, že se zde setkáváme se zcela jinou

problematikou starých lidí žijících v řídké zalidněných oblastech (vesnice, polosamoty, samoty) a v oblastech hustě zalidněných (PACOVSKÝ 1990 s. 24).

Hlavní důsledek demografického stárnutí obyvatelstva je spatřován především v ekonomickém zajištění osob, které se již narodily a dosáhnou v budoucnu důchodového věku (JAROŠOVÁ 2006 s. 19). Prognózy hovoří o tom, že střední produktivní populace nebude schopna „uživit“ stále rostoucí počet starých lidí. „ČSSZ evidovala k 31. červenci 2006 celkem 1 990 454 starobních důchodců a 4 874 321 poplatníků pojistného na sociální zabezpečení⁹. Na jednoho starobního důchodce tak přispívalo 2,45 poplatníků. Lidí, kteří přispívají na jednoho důchodce, za pět let přibylo – v červenci 2001 na jednoho starobního důchodce přispívalo 2,44 poplatníků pojistného.“ (ČSSZ 2006).

Nárůst populace starých lidí s sebou nese i další důsledky – např. proměnu společenského klimatu, zvýšené nároky na poskytování sociální a zdravotní péče, kdy se v této souvislosti hovoří o novém jevu v lékařství, tzv. geriatrizaci medicíny. V této oblasti bude potřeba osvojit si potřebné znalosti a dovednosti a s předstihem se na tuto skutečnost profesně i materiálně připravit (např. začít vytvářet zdravotně-sociální síť zařízení pro seniory). V neposlední řadě se zvyšující se věk dožití projevuje i celou řadu psychosociálních aspektů ve vztahu k jednotlivci (např. změny v charakteru rodiny, změny v charakteru bydlení, změny životní a kulturní úroveň), o kterých budu blíže pojednávat ve druhé kapitole této práce.

⁹ Sociální systém České republiky je založený na principu solidarity – zdraví lidé tak platbami pojistného pomáhají dlouhodobě nemocným, mladí lidé zase starým. Pojistné na sociální zabezpečení zahrnuje platby na důchodové pojištění, na nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Peníze, které ČSSZ na pojistném vybere, tvoří víc než 35 % příjmu státního rozpočtu.

1.4 Projevy stárnutí

1.4.1 Tělesné projevy stárnutí¹⁰

Člověk fyziologicky stárne od narození. Nejmasivněji však tento proces pociťuje v období stárnutí a hlavně ve stáří, kdy v organismu člověka dominují nezvratné regresivní a involuční změny. Biologické stárnutí je provázeno pozvolnými změnami, které jsou charakteristické ubýváním fyzických anatomických schopností (např. zeslabování svalstva, křehkost kostí) i funkčních změn (zeslabování až zánik zraku, sluchu). „Tělesné projevy a změny, jimž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální.“ (KALVACH 2004 s. 99).

V **kardiovaskulárním systému** se snižuje výkonnost srdce (minutový objem), zpomaluje se vedení vzruchu převodní soustavou, srdeční chlopně degenerují a dochází k ukládání vápníku do chlopní. Tepny se zvětšují a prodlužují, pojmou více krve, ale jejich elasticita klesá (tím je narušena regulace krevního tlaku).

Involuční změny **respiračního systému** se projevují poklesem váhy plic (stěny alveolů se ztenčují a je v nich méně kapilár) a poklesem vitální kapacity plic¹¹. Dochází ke zkostnatění chrupavek žeber a tím k omezení dýchacích pohybů (dýchání se stává povrchnější a tím se zhoršuje ventilace dolních laloků plic, kde pak často vznikají infekce dýchacích cest).

¹⁰ Zpracováno podle:

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta, 1998. ISBN 80-7040-286-5.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

ZIMMELOVÁ, P.; HRDÁ, J. *Geriatric a gerontologie*. [online]

¹¹ Tj. množství vzduchu maximálně vydechnutého po maximálním nádechu – z tohoto důvodu dýchací systém nestačí uspokojit nároky organismu na kyslík.

Závažným problémem **trávicího systému** je postupné opotřebenění a ztráta zubů¹², dále se zmenšuje množství vylučovaných slin, snižuje se acidita žaludeční šťávy, zhoršuje se vyprazdňování žaludku, je narušeno vstřebávání minerálů a vitamínů. Změněná peristaltika tlustého střeva vede často k obstipaci (zácpě).

Ve **vylučovacím systému** dochází ke zmenšení velikosti a váhy ledvin (následkem redukce počtu nefronů a zmenšení jejich velikosti), snižuje se průtok krve ledvinami a to spolu se snížením funkční kapacity glomerulů má za následek pokles glomerulární filtrace (a tím klesá očišťovací schopnost ledvin). Snižuje se elasticita uretry, močový měchýř má nižší kapacitu, snižuje se síla obou svěračů. Močová inkontinence postihuje asi 15-30 % osob starších šedesáti let.

Hladiny některých hormonů **endokrinního systému** nápadně klesají, jiné stoupají, nebo se nemění (jako např. kortizol nebo estrogeny u mužů). Nejde však jen o pouhý pokles nebo naopak vzestup hormonálních hladin s věkem, ale o jistou dezintegraci celého systému. Posuny hladin hormonu mají za následek orgánové a funkční změny. U žen dochází především k poklesu sekrece estrogenů (souvisí s atrofickými procesy ovárií), který se projevuje vegetativním klimakterickým syndromem (návaly horka, pocení, nespavost, podrážděnost), organickými a metabolickými změnami (atrofie kůže a sliznic, zrychlení metabolismu kosti – možnost osteoporózy). U mužů dochází k postupnému poklesu hladiny androgenů (tzv. andropauza), což má za následek podobné vegetativní projevy jako u žen.

Stárnutí **nervového systému** se projevuje ubýváním počtu neuronů (ve stáří se urychluje ukládáním stařeckého pigmentu, lipofuscinu¹³) a v důsledku atrofie mozku poklesem jeho hmotnosti (atrofie postihuje především neurony mozkové kůry). Dále dochází k biochemickým změnám na nervových spojeních – synapsích a na periferních nervech se zmenšuje průměr a snižuje rychlost vedení vzruchu.

¹² Ztráta zubů ve stáří má řadu funkčních následků – poruchy žvýkání a rozměňování potravy (často bývá následkem nedostatečné výživy a malnutrice), poruchy řeči, atrofie čelisti.

¹³ „Lipofuscin je látka lipidové povahy vznikající v buňkách peroxidací lipidů. Pro buňku představuje tento pigment nestravitelnou hmotu, která se ukládá v lysozomech a vede posléze ke smrti buňky.“ (GRUBEROVÁ 1998 s. 20).

K nápadným změnám dochází v **pohybovém systému** – u kosterních svalů klesá jejich pružnost, rychlost a síla svalových kontrakcí. Snižuje se schopnost prodloužené svalové námahy. Zmenšení postavy je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a shrbeným držením těla v důsledku ochabování svalů. Nápadné jsou změny postojů a chůze (typické jsou např. hyperkyfóza či kyfoskolióza; krok se zkracuje a chůze významně zpomaluje). Mění se chemická skladba kostí, ubývá vápníku, kosti mají sklon k lomivosti.

Mezi makroskopické změny **kůže** patří zejména kožní atrofie, tvorba vrásek, ztráta elasticity a úbytek podkožního tuku. Kůže vykazuje snížení kožního tugoru, snížení prokrvení a výživy, snížení sekrece potních a mazových žláz. Objevují se pigmentace hlavně na nekrytých částech těla. Klesá počet vlasů, následkem sníženého ukládání melaninu a přibývání vzduchových vakuol vlasy šediví. Nehty rostou pomaleji a objevují se na nich podélné rýhy a dráhy.

Z psychologického hlediska je nejzávažnějším postižením **smyslových orgánů** postižení zraku a sluchu. Ve stáří se objevuje jako důsledek atrofických změn oka slabší vidění (presbyopie) – snížení ostrosti, výběru barev, přizpůsobování se šeru a vidění v přítmí, rozpoznávání kontrastů. S věkem také klesá akomodační schopnost oka, je postížena hlavně schopnost vidění do blízka. Často vzniká glaukom a v souvislosti se stařeckými změnami oční čočky senilní katarakty. Oči starých lidí bývají zapadlé (ztráta orbitálního tuku) a víčka ochablá.

Porucha sluchu je ve stáří velmi častá, muži bývají postiženi častěji. Objevují se atrofické změny sluchové dráhy, vzniká stařecká nedoslýchavost (presbyakusie), která je většinou oboustranná.

Vnitřní prostředí se involučně mění především ve smyslu ubývání celkové tělesné vody, která tvoří 45–70% tělesné hmotnosti v závislosti na pohlaví, věku a tělesném složení. U novorozenců jde téměř o 80% hmotnosti, v dospělosti o 50–60% (více u mužů, méně u žen). Asi 2/3 tohoto množství vody připadá na tekutinu extracelulární (ECT). Starší lidé tedy mají na každý kilogram tělesné hmotnosti asi

o 20 ml ECT méně. U člověka vážícího 70 kg jde o téměř 1500 ml rozdílu. To seniory oproti mladším jedincům znevýhodňuje při rozvoji dehydratace.

Ve stáří je také tendence k poklesu typicky nitrobuněčných iontu k a Mg a naopak vzestup Na a Cl. Relativní nadbytek Na v ECT vede při ztrátě vody k nasávání tekutiny do buněk, což má závažné následky pro jejich metabolismus.

Ubývání fyzických sil i nástup funkčních změn s sebou může přinášet celou řadu nepříjemných tělesných omezení, se kterými se pak senior ve svém každodenním životě musí naučit vyrovnat. Zdravotní stav seniora se může zhoršovat přítomností nemoci, což následně zasahuje do jeho životního stylu a ovlivňuje množství a kvalitu denních aktivit.

S přibývajícím věkem a vznikajícími zdravotními obtížemi je také třeba myslet na vhodné kompenzační pomůcky, které seniorovi usnadní řadu běžných činností. Dále je třeba pamatovat na snadný dosah zdravotní a sociální péče a např. i na kvalitní a dostatečnou stravu seniora; na úpravu bytu seniora tak, aby nedocházelo k úrazům, pádům atd.

Nejzávažnějším důsledkem zhoršujícího se zdravotního stavu seniora je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti, vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci.

1.4.2 Psychické změny ve stáří

Fyziologické stárnutí a stáří je všeobecně charakterizováno postupným úbytkem nejen tělesných, ale i duševních sil. Tyto dvě oblasti spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Bylo by ale chybné poukazovat jen na psychické změny regresivního charakteru. Některé psychické funkce se totiž s věkem nejen nemění, ale dokonce i zlepšují.

Vzestupnou tendenci má obecně u starých lidí vytrvalost, trpělivost a rozvaha. Objevuje se větší stálost v názorech a vztazích. Ve vlastním jednání bývají staří lidé opatrnější a obezřetnější. Zvyšuje se tolerance k druhým lidem. „Taktéž bývá zachována schopnost úsudku, někdy kultivovaná k rozvážnému nadhledu. Tato vlastnost bývá nazývána moudrostí stáří.“ (PACOVSKÝ 1988 s. 12).

S přibývajícím věkem se zpravidla **nemění** slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelektuální úroveň¹⁴. Problémem však může být skutečnost, že vlivem některých přítomných nemocí a vad starý člověk nemůže projevat svou skutečnou intelektuální úroveň. Hovoří se proto o „skrytém intelektu“. (PACOVSKÝ 1990 s. 40).

Psychické změny **sestupné** povahy se mohou projevit v následujících oblastech:

- *Kognitivní funkce*
 - zpomaluje se psychomotorické tempo – zpomalení pohybů, pomalejší reakce na podněty, nutná delší doba na řešení úkolu
 - negativní změny v procesu učení – projevují se častěji při řešení komplexních úkolů; snižuje se schopnost vstřípivosti a vybavnosti např. nových jmen, názvů léků (dlouhodobá paměť bývá neporušena a též vybavování starých zážitků bývá snadné);
 - dochází k poklesu adaptability – rigidita v myšlení i jednání, ulpívání na starých zvycích a stereotypch, neochota řešit komplikované aktuální události, nedůvěra a někdy i nechuť ke všemu novému
 - snižuje se koncentrace – souvisí se zvýšenou únavností

¹⁴ Jedná se především o tzv. krystalickou inteligenci, která se opírá o schopnosti a dlouho shromažďované a zpracovávané zkušenosti a udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu svého života (naopak tzv. fluidní inteligence se uplatňuje při řešení úkolů vyžadujících jemnou senzorní koordinaci, pohotovou schopnost učit se a rychlost výkonu). (STUART - HAMILTON 1999 s. 50).

- *Emoční labilita* – objevuje se střídání nálad, sklon k úzkosti, ke smutkům a rozmrzelým náladám, lítosti, plačtivosti. Senioři jsou snadněji emočně zranitelní, mají větší potřebu projevů náklonnosti a porozumění od okolí a své emoční projevy hůře zvládají. Mají sklon k úzkostem a depresím.
- *Změna povahy* – obecně se dá říct, že negativní vlastnosti stářím akcentují, ale nelze to považovat za pravidlo (z úzkostného člověka se tak může stát hypochondr, ze sobeckého egocentrista). Gruberová (1998 s. 23) poznamenává, že „člověk teprve ve stáří ukáže, jakým byl na dně své duše. Přestane hrát svou naučenou roli.“

„Psychika geronta představuje soubor vlivů, které se proplétaly, vzájemně na sebe působily, narůstaly anebo se ztrácely, a to od jeho dětství.“ (Pekarovič In Haškovcová, 1990 s. 86). Haškovcová (1990 s. 86) doplňuje, že „vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka není proto jednoduché. Každý člověk měl zcela odlišný individuální osud, byť realizovaný ve stejném společenském koloritu. Proto řada autorů pokládá za správné poznat nejprve životní dráhu starého člověka, a pak teprve budovat jeho celkový psychický portrét.“

2. Psychosociální aspekty stárnutí

Stárnutí a následně stáří s sebou přinášejí celou řadu změn v životě člověka. Někdy jsou tyto vyhlíženy s nadějí, jindy s obavami. Změny se nedotýkají jen samotného člověka, ale i jeho nejbližšího okolí a v důsledku celkového stárnutí populace i široké společnosti. Stárnoucí člověk se tak musí vyrovnávat nejen s involucí svého vlastního těla, ale i mnohými dalšími skutečnostmi, které mu do „cesty“ přináší dnešní společnost.

Z tohoto důvodu bych se chtěla v této kapitole zaměřit na tři okruhy spojené s etapou stárnutí. Jsou jimi: rodina, společnost a stárnoucí jedinec sám. V každé z částí se zaměřím na důležité aspekty, které dané téma provázejí a pokusím se poukázat na možná úskalí s nimi spojená.

2.1 Starý člověk a rodina

Aby člověk plně žil a rozvíjel svoje psychické i fyzické schopnosti, potřebuje nutně komunikovat s okolím světem. Nejbližším odrazem okolního světa je pro každého jedince vlastní rodina.

„Všem členům rodiny, dětem i dospělým, poskytuje rodina domov. V něm člověk odkládá veřejné role. V rodině je možná vysoká míra otevřenosti, vysoká míra sdílení. Rodina umožňuje svým členům zpracovávat všechny druhy traumat, které je potkávají. Umožňuje i sdílet radost.“ (MATOUŠEK 1993 s. 11).

Rodina jako základní článek společnosti vytváří pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří dobře fungující rodina pomáhá seniorům udržet si nezávislost a samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání sociálnímu vyloučení seniorů. Představuje záruku pomoci v případě nesoběstačnosti starého člověka a panuje v ní přirozená úcta ke stáří.

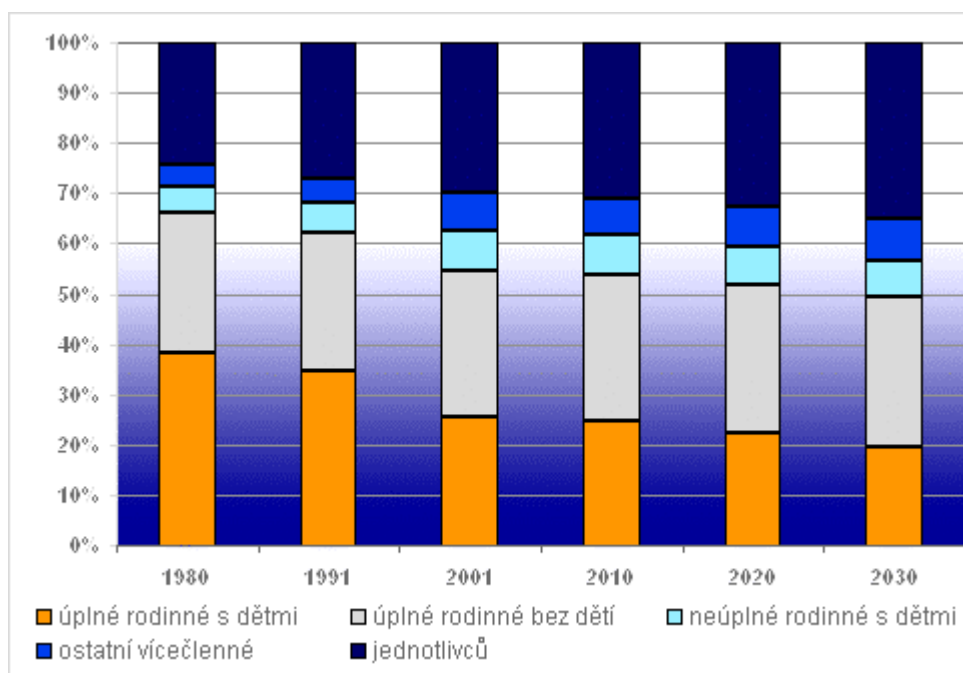
2.1.1 Současná struktura rodiny

V minulosti bylo samozřejmostí, že pod jednou střechou žilo i několik generací pospolu. Hlavní rolí seniorů byla pomoc při výchově vnoučat a předávání svých živností dětem. Asi v 50. letech minulého století však nastala změna funkce a struktury rodiny. Změnil se počet členů nukleární rodiny¹⁵, změnil se způsob života i životní úroveň. Došlo k uvolnění tradičních rodinných vazeb (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 52). Vícegenerační soužití ustoupilo do pozadí a trendem se stala nukleární rodina, která chce žít samostatně. Rovněž stárnoucí či starý člověk dnes většinou touží setrvat co nejdéle v samostatném způsobu života. Všechny generace si totiž zvykly na nezávislost a těžko se jí vzdávají. Došlo tedy k tzv. atomizaci rodiny (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 42), což znamená, že každý bydlí ve svém. Touhou starých lidí je uskutečňovat toto bydlení v blízkosti vlastních dětí a nebýt přítom na nich závislí. Hovoří se o tzv. intimitě na dálku, kdy si staří lidé přejí co největší intimitu, ale zároveň pravidelné kontakty s dětmi a vnoučaty (ovšem za předpokladu přiměřené prostorové vzdálenosti).

Většina starých lidí žije v manželském páru, někteří se sourozenci nebo vrstevníky. Asi třetina lidí nad 60 let žije v jednočlenných domácnostech. Horská (1990 s. 461) ve své knize uvádí, že „podíl jednočlenných domácností vzrostl mezi sčítáními 1961 a 1980 ze 14% téměř na 23%, počet jednočlenných domácností osob ve věku nad 70 let, bydlících osamoceně ve vlastním bytě, se zvýšil téměř na trojnásobek. Podle prognózy České demografické společnosti (KUČERA 2006) by se počet domácností jednotlivců měl během třiceti let zvýšit téměř o 400 tisíc na více než 1,6 miliónu, a to hlavně vlivem rostoucích počtů osob ve vyšším věku.

¹⁵ Nukleární rodinu tvoří rodiče a jejich děti.

Složení censových domácností:



Zdroj: KUČERA 2006

Pro domácnosti jednotlivců seniorů je typické mnohem vyšší zastoupení domácností žen – žen ovdovělých a osamělých. Vysoký ukazatel osamělého bydlení žen je dán jak vyšší úmrtností mužů, tak i vyšším průměrným věkem mužů při uzavírání sňatku. Zavázalová (2001 s. 47) udává, že z deseti osamělých osob ve vyšším věku je osm žen.

Jak ukazuje následující tabulka, ve vysokém stáří se pak tyto ženy daleko častěji než muži stěhují do zařízení pro seniory. Například muži ve věku 80-89 let žijí převážně v úplné rodině (60%), zatímco žen žijících v úplných rodinách je pouhých 20%. Nejen tato procenta jsou odlišná, ale také životní situace dotyčných osob jsou rozdílné. Uvedených 60% mužů žije v 54,2% případů jako manžel, 4,2% jako druh a 1,6% jako přidaná osoba. U žen je tato struktura velmi odlišná, neboť z 20% žen žije 8,4% jako manželka, 0,4% jako družka a 11,7% jako přidaná osoba.

Rozložení osob podle pohlaví, věku a formy soužití v ČR, SLDB 2001 v %:

věk	Muži v (%)			Absolutní počet (v tis.)	Ženy v (%)			Absolutní počet (v tis.)
	úplně rodině	neúplně rodině	zařízení		úplně rodině	neúplně rodině	zařízení	
50-59	78,61	5,74	0,48	708	72,45	12,41	0,31	744
60-69	82,12	2,66	0,68	410	60,26	8,17	0,57	497
70-79	75,93	2,56	1,31	279	36,26	8,96	1,95	451
80-89	60,18	4,41	3,87	66	20,51	10,79	7,00	149
90-99	40,85	7,64	9,01	6	18,98	12,04	14,78	22

Zdroj: RYCHTAŘÍKOVÁ 2005

2.1.2 Soužití několika generací

Společné bydlení několika generací ovlivňuje mezilidské vztahy v rodině. Při společném soužití velmi záleží na tom, zda je bydlení několika generací dobrovolné nebo vynucené okolnostmi (špatný zdravotní stav seniora, finanční či bytové problémy). Dalším faktorem je doba, po kterou má společné soužití trvat. Zpravidla bez problémů bývá soužití krátkodobé, kdy starý člověk potřebuje jednorázovou péči mladších členů rodiny (přechodná nemoc, malování v bytě atd.). Obtížnější situace ale mohou nastat v případě, kdy se očekává dlouhodobé či dokonce trvalé soužití generací. Nutností v takovém případě je možnost zachování soukromí všech členů rodiny (což ale současné bytové poměry často neumožňují).

Společné soužití více generací může přinášet řadu problémů, zaviněných zejména rozdíly v názorech na životní hodnoty, a může nabývat různých podob, které lze charakterizovat od ideálních, pozitivních až po negativní podoby soužití (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 48-49):

- *Rovnocenné stanovisko* – předpokladem jsou vyvážené osobnosti, společné nebo akceptovatelné zájmy generací.

- *Liberální (volné) stanovisko* – každý si „dělá, co chce“, předpokladem jsou osobnosti s rozhledem a kulturní úrovní, pravidla a hranice, někdy toto stanovisko přináší zeslabení citových vazeb a neuvědomování si povinností ke generacím starším.
- *Podbízivé stanovisko* – častěji se vyskytuje u rodičů jako výraz citové chudoby a nedostatku vazeb v rodině, signalizuje bezmocnost vůči mladé generaci (kupování si lásky a zájmu, dary, peníze).
- *Podřízenecké stanovisko* – respekt rodičovské autority.
- *Nesmiřitelné stanovisko* – častěji u mladé generace vůči starým lidem, stanovisko je silně negativně vyhraněné, je sobecké a nemorální.
- *Vynucené stanovisko* – nedobrovolné soužití generací, které v sobě nemusí mít vždy negativní stanoviska (např. péče o prarodiče v době nemoci).
- *Vychytralé stanovisko* – využívání rodičů nebo prarodičů za předstíraným zájmem o ně (finanční podpora, péče o děti).

Celospolečenské změny s sebou přinesly i změnu tradičních rolí v rodině. Změnila se tak i role prarodiče. Znalosti a dovednosti mladších generací v přetechnizovaném světě nahrazují dříve tolik oceňované zkušenosti generace starší. A tak namísto předávání zkušeností dochází často k jejich odmítání s dodatkem, že jsou zastaralé a zbytečné.

Změnila se i tradiční úloha seniorů při výchově vnoučat, kdy tato aktivita byla dříve jednou z hlavních náplní života (především seniorek) po odchodu do důchodu. Dnes mnoho seniorů odmítá být jen babičkou či dědečkem „na hlídání“ – po odchodu do důchodu jim zbývá ještě plno elánu a sil pro realizaci vlastních aktivit. Senioři cestují, navštěvují kulturní akce, studují. Žijí samostatně a na rodinách svých potomků nezávisle.

Mezigenerační vztahy v rodině jsou založeny na úzkém, osobním a intimním soužití a participaci na sdíleném životním stylu. Je zřejmé, že vztahy k seniorům v užší

rodině pak zřetelně ovlivňují i vztahy k jiným starším a starým osobám i mimo rodinu. Ve svém důsledku to pak vede k tomu, že tyto primární vztahy jsou základem širších vztahů mezi generací osob mladšího věku a generací seniorů v celé společnosti. Tato souvislost poukazuje na možnost vzájemné kultivace rodiny a společnosti pro zlepšení stavu generace seniorů.

2.1.3 Péče rodiny o seniora

Pozitivní rodinné vztahy se seniory jsou také velmi důležité pro budování mezigenerační solidarity – uvážíme-li, že u starších lidí roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům potřebovat pomoc svého okolí a také fakt, že se člověk jak ve zdraví, tak i v nemoci cítí nejlépe v rodině. Jarošová (2006 s. 41) připomíná, že za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. „Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.“

V minulosti většinou v rodinách fungoval tzv. výměnkářský systém, kdy byly mezi střední, tj. produktivní generací a mezi starými členy rodiny uzavírány výměnkářské smlouvy. „Staří lidé odešli bydlet do výměnku a měli taxativně zaručeno základní živobytí a pomoc v nemoci a ve stáří.“ (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 42). Nutno podotknout, že ani tehdy nebyly mezigenerační vztahy vždy ideální a při neúrodě, válkách či nemoci střední generace to byli právě „výměnkáři“, kteří materiální či finanční potíže pocítili jako první.

Ani v současné době není vždy možné model rodinné péče o seniora vlivem různých okolností plně realizovat. Jako hlavní důvod se mi jeví již zmíněný odklon od společného soužití několika generací a také stále přetrvávající model medicinalizace a institucionalizace péče o seniory, který byl státem propagován ve druhé polovině minulého století a významně tak narušil do té doby převažující model pečující rodiny.

Zajímavé poznatky předkládají Vidovičová a Rabušic (2003 s. 19), kteří se v jedné části svého empirického výzkumu¹⁶ zaměřili na sociální vazby rodinných příslušníků mladší a střední generace a generace seniorů a zjistili, že „vzájemné návštěvy se seniorskými příbuznými několikrát do roka deklaruje celkově kolem jedné třetiny respondentů, kontakty do měsíce a častěji má 66 % mladých respondentů (do 34 let věku), 60 % respondentů střední generace a 58 % respondentů generace starší 55 let. Bez žádného kontaktu (to je alespoň jedenkrát za rok) s příbuznými jsou pouze mizivé podíly české populace.“ v tomto kontextu je důležité zabývat se především interakcemi lidí středního věku se svými rodiči neboť právě lidé ve věku 45-59 let bývají nejčastějšími pečovateli o staré rodiče.

Frekvence interakcí dospělých dětí s jejich rodiči-seniory – podsoubor osob ve věku 45-59 let (v %):

frekvence návštěv	muži	ženy	celkem
jedenkrát týdně a častěji	63	65	64
jedenkrát do měsíce	14	12	13
několikrát do roka	17	17	17
nikdy	5	7	6

Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003

Z tabulky vyplývá, že interakce mezi dospělými dětmi ve věku 45-59 let a jejich starými rodiči je poměrně intenzivní, plných 77 % dotázaných odpovědělo, že se se svými rodiči vzájemně navštěvují jedenkrát do měsíce a častěji. Údaje o frekvenci sociálních kontaktů je nutno také doplnit údaji o kvalitě těchto kontaktů, lépe řečeno o informaci, jak respondenti takové návštěvy hodnotí. Představují tyto návštěvy radost nebo jsou spíše povinností? Vidovičová a Rabušic (2003 s. 21) udávají, že pro 43%

¹⁶ Název výzkumu je Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti.

dotázaných jsou návštěvy radostí, pro 33% někdy povinností a někdy radostí, pro 18% povinností a 7% nedokáže situaci zhodnotit.

Chceme-li se zaměřit nejen na rodinné návštěvy seniorů, ale na konkrétní neformální pomoc seniorům od dospělých dětí, můžeme se opět opřít o analýzu Vidovičové a Rabušice (2003 s. 20) která uvádí, že „velká část respondentů pozdního středního věku svým rodičům někdy pomáhá (téměř 70 %), přičemž jako častou tuto pomoc kvalifikovalo 42 % respondentů.“

Odpovědi na otázku: Pomáháte svým rodičům v každodenním životě? (odpovědi v % z podsouboru osob ve věku 45-59 let):

frekvence pomoci	% dotázaných
ano, často	42
ano, spíše zřídka	27
ano, ale jen když o to požádají	19
ne, nepotřebují mou pomoc	11
ne, jsem příliš vytížen(a)	2

Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003

Intenzita pomoci poskytovaná starým rodičům se odlišuje v závislosti na pohlaví respondenta – 51% žen a 34% mužů odpověděli, že pomáhají svým rodičům často. Frekvence pomoci se také odlišuje podle vzdělání respondentů. Respondenti s vyšším vzděláním pomáhají svým starým rodičům častěji než respondenti se vzděláním nižším (rozdíly mezi pohlavími zůstaly i při tomto třídění zachovány).

Jak výše uvedená data naznačují, čeští senioři jsou poměrně pevně napojeni na primární sociální vazby a ukazuje se, že existuje docela intenzivní interakce mezi dospělými dětmi ve věku 45-59 let a jejich starými rodiči. Senioři jsou součástí mezigeneračních sociálních příbuzenských nebo přátelských sítí, přičemž jak frekvence, tak také kvalita těchto vazeb vyznívá velmi pozitivně.

Dosud jsme brali v úvahu vzájemný vztah rodiny a takového starého člověka, který je zdravý a soběstačný a ve svém životě potřebuje jednorázovou nebo přechodnou pomoc mladších členů rodiny. Složitá situace však vznikne ve chvíli, kdy je starý člověk nemocný, nesoběstačný a na rodině plně závislý. Jak dokládá výzkum Vidovičové a Rabušice (2003 s. 24), respondenti se zcela jednoznačně přiklánějí k tomu, „aby v případě potřeby byla seniorům poskytována péče nejbližšími rodinnými příslušníky – tj. manželem či manželkou nebo dětmi.“ Až poté následovala volba péče pocházející od státních institucí a poté organizace charitativní, soukromé nebo dobrovolné. Vzdálenější příbuzenstvo spolu s přáteli a sousedy jsou nejméně často volenými potencionálními pečovateli.

Preferovaní pečovatelé o starší osoby v případě, že potřebují stálou výpomoc v každodenním životě nebo když potřebují stálou drobnou zdravotnickou péči (podíl souhlasných odpovědí v %):

potencionální pečovatel	pro stálou výpomoc v každodenním životě	pro drobnou zdravotnickou péči
manžel/ka, partner/ka	91	89
děti seniora	84	83
státní instituce	73	77
charitativní organizace	61	69
soukromé osoby nebo instituce za úplatu	60	62
dobrovolná organizace	58	65
jiní příbuzní	45	48
přátelé nebo sousedé	26	30

Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003

Společenskou, respektive institucionální péči od státu nejvíce očekávají muži a ateisté. Souhlas s takovým výrokem roste s velikostí obce, ve které respondent žije. Naopak výrok, že by se o staré lidi měli starat děti, podporují spíše ženy, praktikující věřící a lidé na vesnicích.

Rozhodne-li se tedy rodina pečovat o nemocného či dokonce nesoběstačného seniora a má-li být poskytována péče kvalitní, musí rodina splňovat řadu předpokladů, z nichž nejdůležitější jsou tyto tři základní podmínky (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 53):

- *moci* – rodina musí mít k pečování podmínky fyzické, sociální i psychické, bytové (prostorové), finanční, technické a jiné;
- *chtít pečovat, mít dobrou vůli* – snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny;
- *umět pečovat* – vědět jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci;

Lze souhlasit s Pacovským (1990 s. 54), že „důležitá je především motivace, která k převzetí náročné péče vede. Je dána morálními kvalitami rodiny, procesem rodinné mravní výchovy, žebříčkem hodnot. Rodinná péče o starého člověka se jen těžko dá nařídit. Musí být eticky motivována a také s pochopením přijímána.“

Dlouhodobá péče o starého člověka je fyzicky i psychicky náročná a představuje pro rodinného příslušníka vysokou zátěž (zvláště, je-li na roli pečovatele¹⁷ sám). To může vést ke zhoršování vztahů k seniorovi i k rodině a v této souvislosti se mluví o možnosti vzniku tzv. syndromu vyhoření¹⁸. Uvážíme-li, že průměrná doba pečování je 4-5 let (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 54), je nutné pečující rodině pomoci a nabídnout jí dostatečné spektrum i kapacitu sociálních služeb, které by pomáhaly rodině plnit

¹⁷ Zavázalová (2001 s. 54) uvádí, že nejčastěji se pečovateli stávají ženy v produktivním věku a 80% z nich je zároveň zaměstnáno.

¹⁸ Syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobě působícího stresu a nevhodného vypořádávání se s psychickou i fyzickou zátěží. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života (TOŠNEROVI 2002).

nesnadnou funkci pečovatele. Jednou z možností je např. možnost respitního¹⁹ pobytu pro seniora. Cílem respitní péče je poskytnout prostor domácím pečovatelům k odpočinku a regeneraci sil potřebných ke každodenní péči o své blízké. Tuto placenou službu poskytují některá zařízení (léčebny, hospice, domovy důchodců), která na omezenou dobu plně převzou péči o seniora.

V posledních letech se u nás rozvíjí i další služba rodinám a sice systémy domácí péče – home care, které pomáhají starajícím se rodině a umožňují tak pobyt nemocného seniora v domácím prostředí (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 44). Vzhledem k tomu, že domácí péči je nutné poskytovat na vysoké profesionální úrovni, je tým agentur domácí péče složen ze zkušených zdravotnických pracovníků (lékaři, všeobecné sestry, sestry specializované, rehabilitační pracovníci, psychologové, sociální pracovníci a další). „Domácí péče je indikována ošetřujícím lékařem, u kterého je daný klient léčen. Odborný personál pečuje o klienta v jeho domácím prostředí podle lékařem stanoveného léčebného a ošetrovatelského plánu. Aktuálně informuje ošetřujícího lékaře o změnách zdravotního stavu a sociálních potřebách.“ (ZIMMELOVÁ, HRDÁ 2006 s. 20). Ošetřujícím lékařem indikovaná domácí zdravotní péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Pokud ošetrovatelskou službu lékař nepředepíše, ale rodina ji chce využívat, musí ji hradit z vlastních zdrojů.

Úlohou společnosti by mělo být rodinu, která pečuje o starého člověka, morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně podporovat. Tato skutečnost je zahrnuta i do Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 (viz příloha č. 1), který si, mimo jiné, klade tyto cíle: „Podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem. Podporovat a vytvářet podmínky pro život seniorů v jejich přirozeném sociálním prostředí, podporovat péči o seniory v rodině. Podporovat činnost organizací a realizaci projektů zaměřených na poradenství a pomoc seniorům a pečujícím rodinám.“ (MPSV 2005).

¹⁹ Termín pochází z anglického „respite“, což znamená úleva, ulehčení, přestávka.

2.1.4 Patologie v rodině se seniorem

Ne vždy jsou vztahy v rodině kvalitní a dobré. Mluví-li se o týrání, zneužívání či zanedbávání, vybaví se nám nejčastěji jako oběť takového činu dítě. Svou analogii má však toto jednání i ve vztahu k seniorům.

V České republice nebyl dosud proveden komplexní výzkum, který by sledoval problematiku špatného zacházení se seniory. „Odhady uvádějí, že s některou formou špatného zacházení se setkala 3–5% české seniorské populace. Může se tak jednat o cca 60 000 konkrétních týraných seniorů.“ (ŠIMKOVÁ 2005).

Pro syndrom týraného a zneužívaného seniora se nejčastěji užívá anglické označení „elder abuse“ (EA), pro syndrom týraného a zneužívaného a zanedbávaného seniora termín „elder abuse and neglect“ (EAN)²⁰ a přibývá označení „elder mistreatment“ (špatné zacházení se seniorem).

WHO (In Kalvach, 2004 s. 353) definuje elder abuse jako „jednotlivé či opakované činy nebo chybné přiměřené činnosti, objevující se v jakékoli souvislosti a v jakémkoli osobním vztahu, pokud lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či ohrožení starého člověka“.

2.1.4.1 Nejzávažnější a nejčastější formy EA

Stejně jako týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte může nabývat i elder abuse různých forem. V naprosté většině případů se EA odehrává v domácím prostředí a pachateli jsou nejčastěji blízcí příbuzní (partner či dospělé děti), popř. osoby, s nimiž senior žije ve společné domácnosti či v témže bytě. Alternativou je nevhodné zacházení v ústavní péči – v nemocnicích a zvláště v zařízeních dlouhodobé péče typu domovů důchodců a léčeben pro dlouhodobě nemocné.

²⁰ Dalšími variantami jsou „abuse of the elderly“ či „abuse and neglect of the elderly“.

Nejhrubší a nejzjevnější formu týrání představuje **tělesné týrání**. Jeho podstatou je záměrné působení bolesti, zraňování či odpírání základních tělesných potřeb. Nejčastěji jde o bití, škrcení, srážení k zemi, kopání. Lze se setkat i s rafinovanějším způsobem týrání – např. vystavování tělesnému strádání (chlad či mytí studenou vodou), odpírání jídla, léků či ošetření. Někdy se vyskytuje i pasivní agrese, kdy se jedná o neposkytnutí či nepřivolání pomoci a/nebo úmyslné nezabránění hrozícímu poranění (vystavování chůzi po neposypaném náledí či po rozbitém schodišti).

Citové a psychické týrání je pravděpodobně nejčastější a také nejhůře postižitelnou formou týrání. Zahrnuje agresi verbální (urážky, ponižování, vyhrožování či zastrahování), dále snižování sebeúcty a sebevědomí, omezování autonomie, manipulování. Jde také o hrubé zdůrazňování chorobných změn stáří, „nepotřebnosti, nadbytečnosti a obtížnosti“ seniorů. Časté je vyhrožování přestěhováním, vystěhováním a umístěním do dlouhodobé ústavní péče. K citovému týrání patří také úmyslné či neobvykle bezohledné likvidování a poškozování předmětů s mimořádným citovým významem pro týraného (osobní památky). Může jít také o omezování sociálních kontaktů či omezování pohybu.

Ve stáří je **sexuální obtěžování a zneužívání** nesrovnatelně menším problémem než v dětském věku. Přesto se můžeme setkat s gerontofilií, která nabývá častěji podoby jednorázové agrese. Pravděpodobně nejčastější formou je obtěžování a zneužívání mezi klienty v ústavní péči.

Finanční a materiální zneužívání je v naší společnosti naopak poměrně častým jevem. Jde o vynucování peněz či změnu závěti, o nevýhodné převody majetku, omezování vlastnických a uživatelských práv. K nejzávažnějším problémům v našich podmínkách patří nucené převody bytů seniorů, které se mnohdy blíží vyvlastňování.

Častou formou špatného zacházení se seniory je i **zanedbání péče**, které může začínat nedostatkem pozornosti, nekomunikováním a postupovat až k odpírání základních hygienických potřeb, dostatečné potravy a léků. WHO (In Kalvach, 2004 s. 355) charakterizuje zanedbání péče jako „odpírání či selhání plnit pečovatelské

(ošetřovatelské) závazky, bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý či úmyslný pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení“.

2.1.4.2 Znamky možného EA

Rozpoznání elder abuse je citlivý a obtížný problém. Řada obětí se stydí za svou situaci, za chování blízké osoby (partnera, dětí), nevěří v možnost přijatelného řešení, případně se obává pomsty udaného viníka. Navíc bývají postižení často na pachateli závislí a mají k němu citově ambivalentní a protektivní vztah („když se syn opije, tak je hrubý a tluče mě, ale jinak je hodný a kdo by mi jinak nosil nákupy a topil?“). Proto problémy nesignalizují a naopak je maskují a pachatele kryjí (HOLMEROVÁ 2004). Přesto existují určité známky²¹, které nás mohou vést k podezření, že se v daném případě jedná o nějakou formu špatného zacházení se starým člověkem.

Obecné známky – není možné hovořit se starou osobou o samotě, izolace seniora v jednom pokoji, opakované návštěvy praktického lékaře či pohotovostních služeb (zejména v případě, že není zřejmý zdravotní důvod těchto návštěv), odmítání služeb seniorem.

Znamky tělesného týrání – stesky na týrání, úzkost a strach, depresivní příznaky, nejasné pády a úrazy, podlitiny a popáleniny nezvyklé typem či umístěním, stopy kurtů či prstů, současná přítomnost poranění různého stáří, přehnaná nebo nedostatečná medikace, opakovaně chybné podání léků, malnutrice či dehydratace bez vysvětlující choroby, neudržovaná hygiena, špatné či špinavé oblečení, známky neadekvátní péče (dekubity, zanedbané rány).

²¹ Zpracováno podle:

KALVACH Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatric*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK (ambulance pro poruchy paměti), 2002. ISBN 80-238-9505-2.

Známky **emočního a psychického týrání** – úzkost, plačtivost, ustrašenost, deprese, neklid či agrese, pocit beznaděje, bezmoci, pasivita, stahování se do sebe, užívání uklidňujících léků, vyhýbání se kontaktu s pečovatelem, změna příjmu potravy či poruchy spánku, zabývání se myšlenkami na sebevraždu (případně pokus o sebevraždu).

Známky **sexuálního zneužívání** – stesky na sexuální obtěžování, nejasné změny chování (agrese, stažení se do sebe, sebepoškozování), stesky na bolesti břicha, nejasné krvácení z pochvy či konečníku, recidivy zánětu genitálu, podlitiny v oblasti genitálu či prsu, potřáskané či potřísněné spodní prádlo.

Známky **finančního zneužívání** – neobvyklé či pro daného člověka atypické výdaje peněz, mizející majetek, ztráty šperků, nerovnoměrnost mezi příjmy (majetkem) a životní úrovní seniora, senior není schopen vysvětlit, co se děje s jeho příjmem, nezaplacené účty, náhlý převod majetku jiné osobě, mimořádný zájem členů rodiny o majetek seniora.

Známky **zanedbávání seniorů** – malnutrice, dehydratace, hypotermie, malhygiena, nedostatečné a nevhodné oblečení, imobilizační syndrom včetně dekubitů, pozdní ošetření chorob či poranění, úzkost, deprese, apatie.

Při posuzování známek možného špatného zacházení se seniorem bychom si neměli všimnout jen samotného seniora. Pozornost si zaslouží i jeho pečovatel – i u něj totiž můžeme zaznamenat signály, které nás mohou na nežádoucí chování upozornit.

Indikátory u pečovatele (agresora) – je nepřiměřeně nezúčastněný či naopak angažovaný, kritizuje za „prohřešky“ (jako je např. inkontinence), zachází se starým člověkem nehumánně či jako s malým dítětem, chová se agresivně, nechce připustit rozhovor se starým člověkem bez své přítomnosti, na dotazy reaguje obranně či vyhýbavě, působí vyčerpaně či stresovaně.

Základní metoda nenásilného zjišťování elder abuse je komplexní geriatrické hodnocení, které nabízí „pohled z více stran“. Často se totiž stává, že starý člověk, který je obětí špatného zacházení, o svém problému sám hovořit nezačne. Naopak

senioři, kteří zneužívání aktivně uvádějí, mohou tak činit v důsledku chorobné podezíravosti, podezíravosti u dementních syndromů či přechodné paranoidní poruchy.

2.1.4.3 Rizikové faktory

Kalvach (2004 s. 358) udává, že „byly identifikovány faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že se určitý člověk stane obětí elder abuse, i faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že se nevhodného jednání naopak dopustí.“

Rizikové faktory na straně oběti – věk nad 75 let, špatný funkční stav, ohrožení či ztráta soběstačnosti, závislost, těžší porucha kognitivních, afektivních či komunikačních schopností (demence, afázie, deprese), osamělost (mimo vazby s agresorem), soužití s agresorem a závislost na něm, některé povahové rysy a způsoby chování, nízká dostupnost terénních forem péče. Obecná představa, že oběťmi násilí jsou výhradně staří lidé s fyzickým handicapem či psychicky nemocní, není zcela pravdivá. I když jsou tito lidé zvýšeně ohroženi špatným zacházením a obecně i diskriminujícím postojem společnosti, mohou se oběťmi týrání stát i staří lidé, kteří jsou zdraví a plně soběstační.

Rizikové faktory na straně agresora – porucha sociálních vztahů, alkoholismus či drogová závislost, agresivní či asociální jednání, nízká intelektuální úroveň, závislost na oběti (zvláště bytová a materiální), přetížení a existenční problémy, frustrace z povolání u personálu (syndrom vyhoření), nízká úroveň podpory pečujících osob (možnosti konzultace, respitní péče), nedostatečná míra kontroly kvality péče, ageistické nálady ve společnosti. Nelze jednoznačně vymezit, kdo se špatného jednání se seniory dopouští. Agresory najdeme mezi lidmi asociálními, z okraje společnosti, ale také mezi lidmi s vysokoškolským vzděláním a ve významném společenském postavení. Velmi často bývá agresorem vlastní dítě seniora, ale může jím být i partner či jiný příbuzný. Špatné pečovatele ale najdeme i mezi dobrovolnými pomocníky, pracovníky zdravotní či sociální péče a ostatními profesionály. Zvláště zkratové násilí bývá projevem syndromu vyhoření. Elder abuse je důsledkem dlouhodobého vývoje, dlouhodobé anamnézy špatných vztahů osob, kterých se týká.

2.1.4.4 Možnosti řešení situace

Mnoho lidí nepovažuje za nutné řešit mírnější formy násilí. Musíme si, ale uvědomit, že domácí násilí se obvykle opakuje a stupňuje. Senioři, kteří se stanou obětí špatného zacházení či třeba sousedé, kteří pojmou podezření na domácí násilí či dokonce týrání mají různé možnosti, jak na problém upozornit. Jednou z možností je obrátit se na místně příslušný obecní úřad – na jeho sociální odbor či na jeho přestupkové oddělení (přestupkem jsou např. vulgární nadávky či opakované schválnosti). V případech hrubého násilí, při podezření na trestný čin s ohrožením zdraví či dokonce života, je namístě informovat Policii ČR či městskou policii (např. formou tísňového volání).

Seniorům by měl umět poradit i praktický lékař. V případě nevhodného zacházení v ústavní péči je možno kontaktovat zřizovatele, odbor sociálních věcí a zdravotnictví městského úřadu. Senioři mohou využít i krizová centra, poradny pro rodinu a mezilidské vztahy, telefonní poradenské linky – např. bezplatné telefonní linky Senior telefon (800 157 157 nonstop), Linka pomoci pro seniory (800 202 022), Zlatá linka seniorů (800 200 007).

„Domácí násilí jde napříč celým sociálně demografickým spektrem. To znamená, že se s ním můžeme setkat ve velmi různých rodinách. Nezávisí na materiálním zázemí rodiny, na vzdělání partnerů, ani na jejich profesi či víře. Domácí násilí má gradující vývoj, pokračuje se vzrůstající rafinovaností a krutostí vůči oběti. Bez vnější pomoci nepřestane.“ (FOJTÍKOVÁ 2001).

2.2 Starý člověk a společnost

„Společnost je složitý, dynamicky se rozvíjející a historicky podmíněný systém. Sociální struktura společnosti je neoddělitelně spojena se společenskými vztahy, jež mají pouze relativní stabilitu a vždy přítomnou imanentní rozporuplnost. Proto se společenské vztahy promítají do hodnocení a sebehodnocení určité věkové skupiny společnosti.“ (PACOVSKÝ 1988 s. 15).

Stáří bylo v historii společností akceptováno, někdy oslavováno, častěji odmítáno. Na stáří bylo pohlíženo jako výjimečnost, starcům byla připisována moudrost a mimořádné schopnosti. Negativní hodnocení stáří bylo historicky spjato s faktem „ujídání ze společného talíře“.

Při posuzování současného vztahu společnosti vůči seniorům jsem se opírala o výsledky empirického výzkumu *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti* (VIDOVIČOVÁ A RABUŠIC 2003 s. 13-14). Vzhledem k současné tendenci společnosti vyzdvihoval a uctívat „kult mládí“ jsem očekávala spíše negativní hodnocení seniorů. Byla jsem proto mile překvapena, když jsem se z výzkumu dozvěděla, že postoje vůči starším a starým lidem jsou v české společnosti v hlavních věkových skupinách²² hodnoceny jako pozitivní. Jednotlivé postoje společnosti k některým aspektům stárnutí jsou shrnuty v následující tabulce.

Postoje respondentů k aspektům stárnutí podle věkových skupin (v %):

výroky	souhlasné odpovědi		
	18-34 let	34-54 let	55 let a starší
staří lidé jsou překážkou vývoje	8	5	7
staří lidé jsou pro společnost přítěží	8	5	8
staří lidé už nejsou výkonní a odčerpávají společnosti ekonomické zdroje	17	11	13
díky bohatým zkušenostem mohou být staří lidé pro společnost stále ještě prospěšní	69	84	93
následující generace by mohly těžit z jejich přítomnosti, vědomostí a zkušeností	74	82	90
společnost by měla brát v úvahu problémy starých lidí	86	91	94
společnost by měla brát v úvahu práva starých lidí	88	89	99

Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003

²² Pro uvedený empirický výzkum byly stanoveny tři hlavní věkové kategorie respondentů: 18-34 let, 34-54 let a 55 let a starší.

Tabulka ukazuje, že senioři nejsou považováni českou veřejností ani za překážku vývoje ani za přítěž (pouze výrok, že staří lidé odčerpávají ekonomické zdroje, měl mezi ostatními pohledy nejvíce přívrženců a nejméně odpůrců, což lze přisuzovat častým diskuzím o vztahu mezi ekonomickou situací státu a stárnutím populace). Společnost uznává, že starším lidem je třeba přiznávat jejich práva, a je si vědoma toho, že problémy seniorů by měly být brány v úvahu. Celkově se v české společnosti můžeme často setkat s velmi tradicionalistickým pohledem na stáří jako na moudré, zkušené, plné porozumění a zaručující tradiční hodnoty.

„Častěji svůj odmítavý postoj ke stáří vyjadřují lidé s nižšími příjmy a obyvatelé velkých měst. Především ženy, vysokoškoláci, obyvatelé vesnic a věřící jsou přesvědčeni, že by následující generace mohly těžit z přítomnosti, vědomostí a zkušeností starých lidí. Jako záruka pro udržení tradičních hodnot jsou starší lidé percipováni spíše obyvateli středních a malých měst a praktikujícími věřícími. Obyvatelé velkých měst byli v této dimenzi respondenty, kteří se nejčastěji přikláněli k neutrální variantě odpovědi, ani souhlas ani nesouhlas.“ (VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003 s. 14).

Překvapivé bylo také zjištění, že česká veřejnost nemá jasnou představu o tom, jak velký podíl zaujímá seniorská populace na populaci České republiky. Většina obyvatel si totiž myslí, že česká populace je mnohem starší než ve skutečnosti je. Vidovičová a Rabušic (2003 s. 13) to dokládají výzkumem, který odhalil, že „odhad podílu osob ve věku 65 let a starších se nejčastěji pohyboval kolem 30 %, blízko správné odpovědi (tj. 14 % osob ve věku 65+ z populace ČR) bylo pouhých 10 % respondentů. Navíc téměř plná čtvrtina respondentů se domnívala, že u nás v současné době žije více než 40 % seniorů ve věku 65 let a starších. Jsou to nepřehlédnutelně nepřesné odhady, které indikují, že Češi mají ve svém vědomí obraz české společnosti jakožto společnosti staré.“

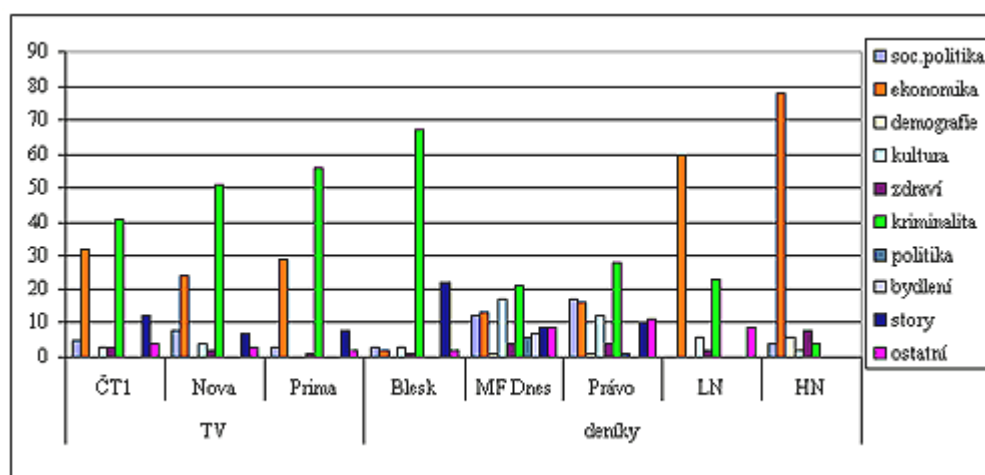
2.2.1 Mediální obraz seniorů

Velkou oblastí, ve které se odráží současný vztah společnosti k seniorům jsou média. V této oblasti vztahů existují početné zahraniční studie, které opakovaně zjišťují, že senioři jsou v audiovizuálních i tištěných médiích reprezentováni méně, než by si s ohledem na jejich podíl v populaci zasloužili.

V roce 2005 byly zveřejněny první výsledky pilotní studie „Mediální analýza obrazu seniorů“, ve které Sedláková a Vidovičová hodnotily situaci vztahu média – senior v České republice. Jejich studie analyzovala tři hlavní zpravodajské televizní relace (ČT 1 – Události, Nova – Televizní noviny, Prima – Deník) a pět celoplošných deníků (Mladá fronta Dnes, Blesk, Právo, Hospodářské noviny a Lidové noviny) za období roku 2004. Autorky dospěly k závěru, že „i v českém mediálním prostředí je problematika seniorů podreprezentovaná co do své variability i objektivitě sdělovaných informací, že senioři jsou skupinou, o níž je referováno selektivně a stereotypizujícím jazykem. Senioři jsou v českých médiích popisováni zejména jako ekonomický a sociální problém kvůli zatížení důchodových systémů, jako oběti trestných činů a katastrof nebo jako pachatelé bizarních trestných činů. Častým přívrstkem typického českého mediálního seniora je chudoba nebo psychická porucha. Pokud tomuto schématu ne tak zcela odpovídají, jsou obdivováni pro svoji extrémní či nestandardní vitalitu či životní příběh.“ (SEDLÁKOVÁ , VIDOVIČOVÁ 2005 s. 41).

Nahlédneme-li trochu více do výsledků analýzy zjistíme, že pro televizní zpravodajství je ve vztahu k seniorům nejčastější tematickou kategorií kriminalita následovaná politicko-ekonomickými tématy, v případě tištěných periodik je tomu naopak. Obě tyto kategorie jsou však v obou případech výrazně nadhodnoceny nad všemi ostatními sledovanými tématy.

Podíl témat v rámci jednotlivých médií (relativní četnost v %):



Zdroj: SEDLÁKOVÁ, VIDOVIČOVÁ 2005

Kategorie kriminalita obsahuje jak sdělení o seniorech jako obětech trestných činů, tak články a příspěvky o seniorech – pachatelích a o obětech různých tragédií, nehod a katastrof. Senioři jsou nejčastěji portrétováni jako naivní, bezbranné a důvěřivé oběti, přičemž většinou se jedná o ženy „stařenky“. Jsou-li aktérem události pachatelé ve vyšším věku, jedná se především o nestandardní, někdy až bizarní trestné činy – jako je bombový atentátník, sexuální delikvent nebo dealer drog. Tragédie a nehody popsané v médiích jsou obvykle způsobeny neopatrností či nešikovností „staříků“ a „stařenek“.

Kategorie politicko-ekonomických témat zahrnuje širokou paletu článků o důchodovém systému a jeho reformě jako ekonomicko-demografickém problému, ale zvláště jako problému politickém. Druhou velkou skupinou jsou příspěvky hodnotící demografický vývoj ČR jako „katastrofální ohrožení“ stability celé společnosti. Do této kategorie patří i články o chudobě českých důchodců obecně i v porovnání vůči jejich zahraničním kolegům.

Nejvíce příspěvků o seniorech zaznamenaly Sedláková s Vidovičovou vždy na přelomu roku, tedy v lednu a v prosinci roku 2004. Část z těchto sdělení se věnovala situaci seniorů o vánočních svátcích. K nárůstu počtu sdělení se seniorskou tematikou dochází i v prázdninových měsících, tedy v době, kdy je obecně méně

událostí na politické scéně. Tento nedostatek politických informací novináři nahrazují událostmi z jiných sfér, a tak se dostává více prostoru i seniorům a tématům spojeným se stářím.

Analyzované příspěvky zpravidla informovaly o jednotlivých tématech hlavně z hlediska majoritní populace. Jen v některých případech byla dána možnost samotným seniorům, aby se k situaci vyjádřili. To se navíc děje zejména ve chvíli, kdy jsou senioři s průběhem události, o níž se informuje, nespokojeni a tato jejich uveřejněná vyjádření pak přispívají k vnímání skupiny seniorů jako nespokojených „reptalů“. Ke zkreslenému vnímání seniorů přispívají i nevhodně volená označení jako stařenka či stařík, babička či dědeček, která posouvají vnímání osob, o nichž příspěvek vypovídá, k představě velmi starých, bezbranných, vlídných osob (SEDLÁKOVÁ, VIDOVIČOVÁ 2005 s. 19-20).

2.2.2 „Image“ stáří

Přestože se pomalu mezi příslušníky mladších věkových skupin rozšiřuje povědomí o tom, že stáří není nemoc, stále je toto poslední období lidského života obestíráno strachem a odmítáno. V současnosti je ideálem úspěšný člověk, který je mladý, krásný a ekonomicky produktivní. Příkladem mohou být stále se ještě objevující se inzeráty v denním tisku, kde naději na dobré zaměstnání mají především ti, kterým je do třiceti let věku, jsou flexibilní, ovládají cizí jazyk, prací na počítači a vlastní řidičský průkaz. U žen je často dalším požadavkem i „atraktivní“ vzhled. Takto nastavená kritéria „úspěšnosti“ mohou senioři jen stěží splňovat a tak jsou neprávem a často i automaticky zařazováni do škatulky „nepoužitelní“ či „nadbyteční“.

2.2.2.1 Mýty o stáří

Nastíněné postavení starých lidí ve většinové společnosti komplikují také nejrůznější předsudky o stáří a starých lidech. V odborném písemnictví byly už před

25 lety klasifikovány a souborně označeny jako mýty o stáří (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 26-28).

- *Mýtus falešných představ* – založen na přesvědčení, že dobré nebo alespoň vyhovující materiální zajištění starého člověka je předpokladem jeho spokojenosti a že dokonce tuto spokojenost vytváří.
- *Mýtus zjednodušené demografie* – vychází z přesvědčení, že člověk se stává starým v den odchodu do penze.
- *Mýtus homogenity* – odvíjí se od názoru, že staří lidé vypadají „stejně“ (šedivé vlasy, vrásky, pomalejší chůze atd.), mají i stejné vlastnosti a tedy i stejné potřeby.
- *Mýtus neužitečného času* – přesvědčení o tom, že ten, kdo nechodí do práce, a tudíž nic nedělá, je neužitečný a stává se tak „příteží“ společnosti.
- *Mýtus o ateroskleróze* – představa, každý starý člověk je sklerotický a tudíž také celkově nemocný. Tento mýtus je nebezpečný i v obecné rovině, protože zesiluje přesvědčení o tom, že stáří je nemoc.
- *Mýtus ignorace* – vychází z přesvědčení, že člověk, který nepracuje a není užitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem a nestojí za pozornost. Je možné ho přehlížet.

Všechny uvedené mýty jsou nebezpečné a mnoha lidem stále ještě brání vnímat seniory jako plnohodnotnou součást společnosti. Obzvláště nebezpečný je pak poslední uvedený mýtus ignorace. Tento mýtus má mnoho podob, je všudypřítomný a projevuje se odmítáním starých lidí i všeho, co se stářím souvisí. Takto pojímaný negativní vztah ke starým lidem se odborně nazývá ageismus.

2.2.2.2 Ageismus

Předpokládáte-li, že člověk hůře slyší jen proto, že je starý či říkáte-li seniorům, že na to či ono jsou staří, potom se společně s početnou skupinou dnešní společnosti dopouštíte diskriminace seniorů z důvodu věku – tzv. ageismu.

Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler. Stalo se tak v roce 1968 v novinovém článku, ve kterém se zabýval segregační bytovou politikou z důvodu věku. V roce 1975 Butler ve své knize „Why Survive? Being Old in America“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „The American Heritage Dictionary of the English Language“ (VIDOVIČOVÁ 2006).

Palmore (In Vidovičová, 2005 s. 5) v roce 1999 vypracoval na základě Butlerova vymezení analytickou definici, kde je ageismus „jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny. Předsudky vůči věkové skupině jsou negativní stereotypy²³ vůči této skupině nebo negativní postoje založené na stereotypu. Diskriminace vůči věkové skupině je nepatřičné, nemístné negativní zacházení se členy dané věkové skupiny.“

V průběhu času se objevila celá řada definic, které se snaží pojem zpřesnit a jak uvádí Vidovičová (2006) i rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší. Sama Vidovičová předkládá následující definici: „Ageismus je ideologie²⁴ založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ (VIDOVIČOVÁ 2005 s. 6).

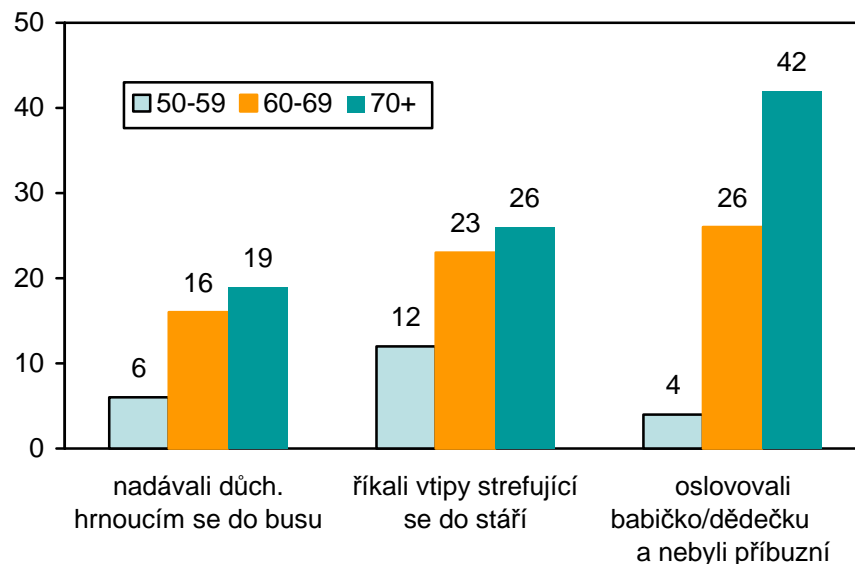
Projevem ageismu jsou negativní společenské tendence jako např. podceňování schopností i potřeb starých lidí. Dále se jedná o rozsáhlou oblast přímé i nepřímé

²³ Stereotyp – v psychologii a sociologii ustálený a navyklý vzorec myšlení nebo chování; soubor představ, které mají příslušníci společenské skupiny o sobě (autostereotyp) nebo o jiných (heterostereotyp). Sociální stereotyp obsahuje hodnotící, často iracionální soudy, mívá blízko k předsudkům (rasovým, etnickým ap.). (Encyklopedie Diderot In Tošnerová, 2002 s. 6).

²⁴ Autorka používá pojem ideologie v kritickém smyslu jako soubor sdílených představ a názorů, jejichž smyslem je legitimizace zájmů dominantních skupin ve společnosti.

diskriminace starého člověka – nejen v životní úrovni, ale také na trhu práce, v přístupu k různým službám či ve vyčleňování ze společnosti, ve vytěsňování starých mezi staré.

Osobní zkušenost s verbálně komunikačním typem²⁵ ageismu - respondenti 50+ (v %):



Zdroj: VIDOVIČOVÁ 2005

Traxler (In Tošnerová, 2002 s. 12-13) uvádí následující čtyři zdroje ageismu vedoucí k negativním stereotypům a mýtům:

- *Strach ze smrti* – smrt vzbuzuje strach a stáří je viděno jako synonymum smrti. Smrt není viděna jako přirozená a nevyhnutelná část lidského života.
- *K ageismu přispívá důraz na mládí a fyzickou krásu* – pokud jsou staří lidé zobrazováni, tak obvykle negativně. Důraz na mládí nespočívá jen ve vlivu, jak jsou staří lidé vnímáni, ale také jak vnímají sami sebe.

²⁵ Kromě tohoto typu ageismu uvádí Vidovičová ještě typy „bariéry pro vstup a výstup“ (např. nemožnost získat práci z důvodu věku) a „diferenciace kvality“ (např. nižší výdělek kvůli věku).

- *Produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem* – odchodem do důchodu jsou staří lidé viděni jako ekonomicky neproduktivní a tím jsou devalvováni.
- *Způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu* – některé gerontologické studie posílily negativní image starých lidí (stáří bylo v první řadě studované v ústavech s dlouhodobou péčí).

K ageismu často nevede zlá vůle, zloba, nenávisť, ale nepoučenost, nezáměr, schematický přístup, falešné představy o stáří, různé předsudky a překonané historické modely, např. společensky poníženého výměnkářství. Jedním z nejzávažnějších projevů diskriminace a vytěsňování starých lidí ze společnosti jsou představy o budování rozsáhlé sítě starobinců, místo žádoucí podpory života i křehkých starých lidí v přirozeném prostředí, v obci, v komunitě.

Domnívám se, že důležitým krokem vedoucím ke snížení projevů ageismu ve společnosti, je podpora častějšího a aktivnějšího kontaktu se starými lidmi. Důležitou roli by v množství a kvalitě kontaktů měla hrát rodina, která by v mezigenerační komunikaci měla odbourávat zažitá stereotypy o starých lidech a toto povědomí potom rozšiřovat i na seniory mimo rámec rodiny. Dále je nutné zvyšovat sebevědomí i nezávislost seniorů, podporovat jejich aktivní účast na společenském životě.

2.3 Vybrané osobní aspekty stárnutí

2.3.1 Odchod od důchod, přijetí stáří

Potřeba vyrovnat se s vlastním stárnutím se nejčastěji objevuje v okamžiku, kdy člověk odchází z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento akt je často v mysli člověka spojen s pocitem, že teď už je z něho „jen“ starý člověk, důchodce. Veliký životní zlom je spojen s určitými změnami, které mohou prožívání člověka významně ovlivnit. Mění se např. sociální role seniora – odchodem do

důchodu ztrácí člověk roli ve společnosti, danou pracovním postavením. Není divu, že ve společnosti, která je v současné době orientována především na výkon (člověk je odmala vychováván a připravován na pracovní kariéru), se člověk „bojí“ odejít do penze – vždyť tímto krokem ztrácí základní, tedy pracovní náplň svého dosavadního života a získává „roli nemít roli“. „Na starobního důchodce je pohlíženo jako na přítěž společnosti, která je musí živit a vynakládat nemalé peníze na jejich zdravotní péči“. (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 18). S ukončením pracovní profese seniora se také snižuje jeho autorita a společenská prestiž.

Přerušení kontaktů s bývalými pracovními kolegy přispívá ke zužování sociální sítě kolem seniora a k omezování mezilidských kontaktů. Může se dostavit pocit „neužitečnosti.“ V tomto ohledu odchod do penze hůře prožívají muži – ženám přechod do nové role usnadňuje možnost pokračovat v některých svých dalších návycích, jako je péče o domácnost, pomoc s vnoučaty. Tento fakt dokládá i následující tabulka, ve které je patrné, že ženám důchodkyním schází pocit užitečnosti méně než mužům důchodcům a ženy také méně postrádají kontakt se svými bývalými spolupracovnicemi.

Co nejvíce mužům a ženám schází po odchodu z pracovního života do důchodu (v %):

	muži	ženy
finanční rozdíl mezi platem a penzí	43	52
pocit užitečnosti	23	19
kontakt s kolegy	24	21
že už nebudu vytížen(a) povinnostmi	10	7
kontakt se zákazníky či partnery	0	1

Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC, 2003

Podle zjištění Kuchařové (In Vohralíková, Rabušic 2004 s. 54-55) z roku 2002 odcházelo do důchodu rádo celkem 41 % seniorů (bez větších rozdílů mezi pohlavími),

29 % váhalo, u ostatních byl odchod vynucen zdravotním stavem (9 %) a ztrátou zaměstnání (17 %), v menší míře nutností starat se o rodinu (4 %). Pro hodnocení odchodu do důchodu se jako významná charakteristika potvrdilo vzdělání: senioři se základním vzděláním odcházeli do důchodu rádi ve 46 % případů, z vysokoškoláků odcházelo rádo už jen 30 %. Ti, kteří s odchodem do důchodu váhají, se v zásadě jen obávají dopadů tohoto životního předělu na jejich postavení. Avšak ti, kdo odcházejí do důchodu nedobrovolně, vnímají tento životní přechod jako vnucenou volbu a již na startu své seniorské životní fáze prožívají individuálně diferencovaným způsobem jistý konflikt se společností.

Uvádí se, že existuje v podstatě pět základních strategií vyrovnání se s vlastním stárnutím a stářím. Následující klasifikace, kterou uvádějí např. Langmeier a Krejčířová²⁶ (1998 s. 189) je značným zjednodušením – nesmíme zapomínat na to, že každý člověk je individualita a tudíž i způsob zvládání změn a potažmo vyrovnání se s vlastním stářím je vždy zcela individuální.

- *Konstruktivní strategie* – člověk se smířil s faktem stárnutí a stářím, je stále aktivní a nepřestává mít ani s přibývajícými lety radost ze života. Realizuje přiměřené cíle a plány, má vysokou schopnost přizpůsobivosti, k problémům stáří přistupuje „konstruktivně“ a bere život takový, jaký je.
- *Strategie závislosti* – strategie pasivity a závislosti na druhých lidech. Člověk je bez větších ambicí a odpovědnost raději přenechává někomu jinému, krédem je postoj „nechť se ostatní postarají“.
- *Strategie nepřátelství* – postoj typický pro člověka, který již v mladém nebo středním věku měl sklon dávat vinu za své nezdary druhým lidem nebo nepříznivým okolnostem. Takový člověk je často agresivní a podezřívavý, stále si na něco stěžuje. Ke spokojeným, úspěšným, vyrovnaným a zejména mladým lidem cítí nenávisť.

²⁶ Jejich klasifikace vychází ze studie S. Reichardové (1962).

- *Obranná strategie*²⁷ – projevuje se méně příznivou přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže. Člověk se zpravidla emočně nadměrně kontroluje a jedná přísně podle zvyků a konvencí.
- *Sebenenávist* – člověk svojí hostilitu obrací vůči sobě, je k sobě nadměrně kritický, vidí svůj dosud prožitý život jako naprosté selhání. Akceptuje sice stáří, ale nenalézá pro něj vhodný, přiměřený a vyhovující program, podléhá pesimistickým náladám, cítí se neužitečný, zbytečný a osamělý (což může vést k pocitům lítosti, sebelítosti a někdy i depresím).

„Uvedené strategické modely se v průběhu života jedince různě modifikují nebo prolínají podle předchozích životních zkušeností člověka a podle jeho samotné povahy, jejíž charakteristické rysy se dají vhodným působením ovlivnit a kultivovat.“ (JAROŠOVÁ 2006 s. 29).

Adaptace na změny probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost ještě zhoršují. Zásady duševní hygieny ve stáří by proto měly být zaměřeny na udržování a posilování přizpůsobivosti. Langmeier a Krejčířová (1998 s. 190) v této souvislosti uvádějí následující předpoklady optimální adaptace ve stáří a na stáří (uváděno jako zásada „pěti P“): perspektiva (orientace na budoucnost); pružnost (pohotovost přijímat nové podněty, měnit své životní zvyky); prozíravost (např. schopnost organizovat si život přiměřeně svým možnostem); porozumění pro druhé (včetně tolerance odlišných názorů a postojů); potěšení (schopnost udržet si zdroje radosti a uspokojení).

²⁷ Naproti tomu Haškovcová (1990 s. 114-116) popisuje tuto strategii jako typickou pro lidi, kteří žili především pro práci, zapojovali se aktivně do veškerého společenského dění, plnili funkce v politických i společenských organizacích, ti, kteří spíše dávali než brali a celoživotně vykazovali vysokou hrdé soběstačností. Lidé nechtějí být v penzi, bojí se závislosti. Bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí až poté, co je k tomu přinutí okolnosti.

Odchod do důchodu a s ním spojená adaptace na tento životní předěl není pro člověka snadnou záležitostí. Přijetí nové etapy života ale může významně usnadnit optimistický pohled na život, orientace na pozitivní věci – umění užívat si i drobných radostí všedního dne a celkově aktivní přístup k životu

2.3.2 Životní styl starých lidí

Životní styl se mění v průběhu života u jedince i u různých sociálních skupin. Ovlivňuje tělesné, mentální a sociální chování a jednání. Formuje osobnostní vývoj a kompetence jedince, jeho výkonnosti a identitu. Je podmíněný jak vnitřními (např. věk, pohlaví, zdraví), tak zároveň vnějšími podmínkami odrážejícími kulturní tradice, sociální, ekonomickou, politickou situaci ve společnosti atd.

Aktivní životní styl je formou životního stylu, který chápeme jako interakci mezi jedincem a okolím. Tato interakce v základním přiblížení má dvě složky – biologickou a sociální. Rozhodujícím faktorem, který ovlivňuje kvalitu života v seniorském věku, jsou změny vyvolané stárnutím, hlavně pak změny, které limitují stav jedince (BUNC, ŠTILEC 2006).

Podle Zavázalové (2001 s. 45) je aktivita ve stáří ovlivněna:

- *Společenskou atmosférou* – každá vyspělá společnost by se měla snažit seniory integrovat a ne je segregovat. V otázkách zaměstnávání je problém spojen s nabídkou pracovních míst, změnou na trhu pracovních sil, nezaměstnaností a také vhodností práce.
- *Individualitou starého člověka* – každý starý člověk má svou vlastní představu jak nejlépe prožít stáří. Můžeme říci, že má osobní filosofii svého stáří. Ta je ovlivněna celým předcházejícím životem, zkušenostmi, vzděláním, charakterem práce.

- *Zdravotním stavem* – s přibývajícím věkem rostou i zdravotní problémy, které mohou výrazně omezovat aktivitu starého jedince. Jedná se především o ty aktivity, za nimiž musí starý člověk opouštět svůj byt (návštěvy divadel, kulturních podniků, procházky apod.).
- *Nabídkou možností* – rozšiřování nabídek možností rozvoje aktivit by mělo být zájmem každé komunity (akce pro seniory), ale i samotných seniorů (výlety, zájezdy) i dalších institucí (Univerzity třetího věku).

S odchodem do penze se mění časová struktura dne a v důsledku nadbytku nestrukturovaného času nutně dochází ke změně životního stylu seniora. Den, dříve z velké části vyplněný pracovními povinnostmi, je nyní potřeba vyplnit tak, aby si člověk nadále uchoval pocity naplnění, užitečnosti, prospěšnosti. Člověk by měl rozvíjet své záliby, koníčky, měl by se zapojit do zájmové činnosti, veřejné aktivity. Jak už jsem uvedla, ženy se většinou věnují domácnosti a rodině. Naproti tomu muži se snaží realizovat právě v zálibách a různých spolcích či organizacích.

Dnešní trend podpory aktivního stáří pomalu ale jistě napomáhá vyvracet představu pasivního života důchodců. Zavázalová (2001 s. 45) na základě opakovaných šetření uvádí, že zvláště velkoměstská populace starých lidí žije i do vysokého věku velice aktivně a společensky. Zajímá se o dění ve státě, čte noviny, sleduje televizi, poslouchá rozhlas. Někteří senioři pracují v různých organizacích, spolcích apod. Tři čtvrtiny starších osob chodí na procházky, někteří i pravidelně sportují. Frekvence aktivit probíhajících mimo prostředí domova však v porovnání s aktivitami provozovanými v okruhu domova s věkem rychle klesá.

Mimopracovní aktivity osob nad 65 let věku:

Aktivity	Osoby nad 65 let věku (%)
Procházky	75,4
Cvičení, sport	12,0
Četba – noviny, časopisy	95,4
Poslech – rozhlas, televize	98,4
Kontakt s dětmi, vnoučaty	87,7
Kontakt s jinými osobami	87,1
Denní kontakty	29,6

Zdroj: ZAVÁZALOVÁ 2001

Podle v tabulce uvedených preferovaných činností se český senior jeví spíše jako individualista, který do velké míry preferuje individuální činnosti (univerzálně rozšířenou činností mezi seniory je sledování televize). Seniorům, kteří se však chtějí a mohou zapojit do společenského života, nabízí dnešní doba řadu aktivit. Tradiční byly (a v některých hlavně menších městech stále jsou) **kluby důchodců**, které dříve organizačně i správně zajišťovaly národní výbory a na činnosti se též podílely i velké závody. V klubech bývá realizována především společenská, kulturní a jiná zájmová činnost pro staré občany a těžce zdravotně postižené občany a jsou jim zde poskytovány i některé služby např. kadeřník, pedikúra. Kluby důchodců jsou upraveny §104 vyhlášky č.182/1991 Sb.

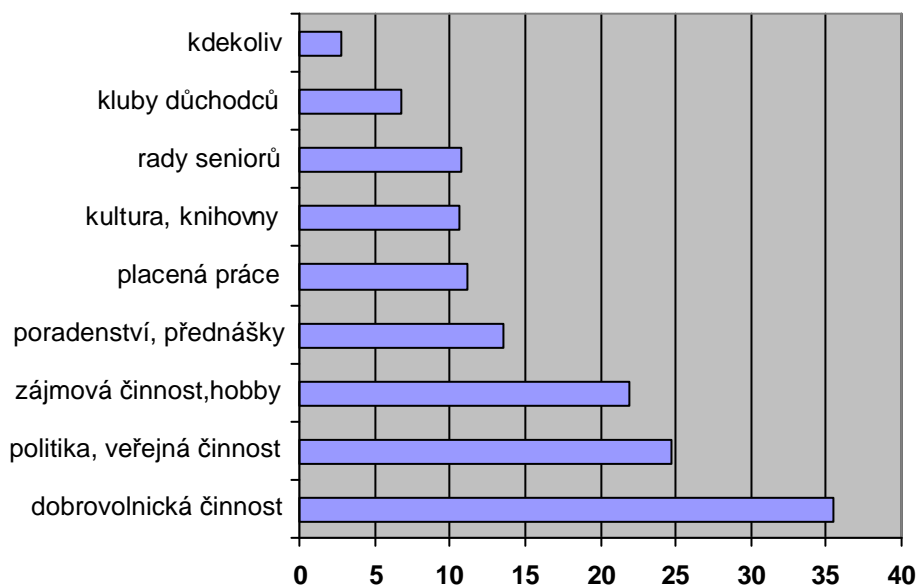
Kluby aktivního stáří pořádají nejen různé kulturní akce, ale pomáhají rozvíjet i aktivní zapojení samotných seniorů, a tak se na organizaci programů podílejí sami senioři. Z činnosti uvedme např. návštěvy divadel a výstav, turistické vycházky, přednášky, rukodělné činnosti, literární či taneční večery, výuku cizích jazyků, počítačové kurzy atd.

Akademie třetího věku je chápána jako zájmové studium, určené seniorům, kteří chtějí věnovat svůj volný čas vzdělávání. Nabízejí zájemcům ucelené, zpravidla monotematicky zaměřené kurzy s délkou od 3 měsíců do 1 roku. Akademie jsou často pořádány jednotlivými městy, knihovnami, fakultami vysokých škol a také ve spolupráci s kluby důchodců. Zajímavým počinem je Rozhlasová akademie třetího věku vysílaná Českým rozhlasem, kdy posluchači – studenti – vypracovávají písemné práce z každého cyklu, které lektori vyhodnotí a úspěšní absolventi dostanou diplom. Rozhlasová akademie je výbornou alternativou pro seniory, kteří pro své zdravotní nebo sociální potíže nemohou docházet na „klasické“ přednášky.

Univerzita třetího věku je součástí koncepce celoživotní vzdělávání a cílem jejich kurzů je poskytnout seniorům v důchodovém věku možnost, aby se kvalifikovaně a na univerzitní úrovni mohli systematicky seznamovat s nejnovějšími poznatky v oblasti vědy, historie, politiky, kultury apod. Posluchačem Univerzity třetího věku se může stát každý občan, který dosáhl důchodového věku a u většiny kurzů je podmínkou pro přijetí i středoškolské vzdělání s maturitou. Úspěšní absolventi získají osvědčení, které je např. v případě Univerzity Karlovy slavnostně předáváno v aule Karolina.

Zatím ne zcela známou formou společenské aktivity (především v menších městech) je **dobrovolnická činnost** seniorů, která nabízí aktivním seniorům možnost seberealizace, pocit „užitečnosti“, smysluplnou práci. Aktivní uplatnění při pomoci druhým jim totiž může přinést jak navázání nových kontaktů či prohloubení jejich znalostí a dovedností, tak i vnitřní uspokojení a radost. Dobrovolná výpomoc se tak stává i důležitým nástrojem sociální terapie. Jde o činnosti především ve zdravotnictví a v sociálních službách či o sousedskou výpomoc. Společnost právě v dobrovolnické činnosti vidí možnost velkého uplatnění seniorů.

Aktivity, které by mohli senioři podle názoru dotazované veřejnosti vykonávat (v %):



Zdroj: ZICH, STRUHOVSKÝ 2005

Přes společností nabízené aktivity se nejvíce seniorů přeci jen věnuje svým **koníčkům a zálibám**, mezi které tradičně patří zahrádkaření a dále ruční práce, turistika, rybolov atd. Nejstabilnější jsou v tomto ohledu zájmy, které člověka „provázejí“ už určitou část života a nebo se váží k původní profesi.

Ze strany rodiny a společnosti je potřeba veškeré aktivity seniora co nejvíce podporovat a nedeklasovat je na úroveň her a rozmarů seniorů. Především sociální aktivity by měly být vyzdvihovány, protože jedním z problémů nově nastalého období života je možnost, že se senior dostane do sociální izolace²⁸. A i starý člověk potřebuje pro svůj život společenské kontakty. Jejich ztráta je velkým stresem a může vést až ke smrti. Do sociální izolace se dostává starý člověk tehdy, žije-li sám a neudrhuje kontakty s rodinou nebo známými. S izolací se také může potýkat stará manželská dvojice, pokud žije sama a chybí jí kontakty s okolím. „Většinou se sociální izolace objevuje u osaměle žijících starých jedinců, jejichž rodina je vzdálena nebo nemají rodinu a nemají žádné kontakty s přáteli, sousedy a okolím. Odhaduje se, že v naší

²⁸ Sociální izolací rozumíme ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije.

staré populaci žije v sociální izolaci asi 20% osob. Tato skupina je výrazně riziková a musí být pod trvalým dohledem zdravotnických i sociálních pracovníků.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 45). Kromě malé nebo žádné sociální sítě kolem seniora mohou být příčinami sociální izolace i zdravotní problémy seniora – např. stud pro inkontinenci nebo stomii, pohybové obtíže, počínající demence. Zde nabývají na významu svépomocné skupiny, které sdružují lidi se stejnými zdravotními problémy a poskytují psychickou i sociální podporu nejen jim, ale i jejich rodinám a přátelům.

V souvislosti se sociální izolací bych ráda zmínila poznatky, kterých se mi dostalo při zpracovávání mé postupové práce s názvem Canisterapie²⁹, ve které jsem se zabývala i využitím psa v práci s cílovou skupinou seniorů. Dobrý vztah seniora ke zvířatům dovede zastoupit nejen chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i posílit pocit spokojenosti, prožitek radosti a pocit subjektivního zdraví. Pozitivní úloha společenství se zvířaty v lidském stáří tkví především v ojedinělé variantě bezproblémového kamarádství, zvířata dávají člověku určitou jistotu – chovají se stále stejně a nejsou náladová. Zejména pes je důvěrník, který má vždy čas, vždy vše trpělivě vyslechne až do konce, nekritizuje, neodsuzuje a umí se vcítit. Vzájemný dotyk se psem je pro starší lidi důležitým prostředkem vyjádření emocí, působí jako lék proti úzkosti, strachu, bezmocnosti a psychickému strádání a dokonce zvyšuje odolnost proti utrpení, které přináší případná nemoc. Pes dodává starému člověku popud k pravidelnému pohybu, který je prevencí např. kardiovaskulárních chorob a osteoporózy³⁰ a je také dobrou možností navázat při procházkách přátelství s jinými lidmi, zejména majiteli psů (tzv. socioterapie). Navíc určitý denní režim, který domácí zvířata vyžadují, působí jako léčebný prostředek proti stářím podmíněnou nesoustředěnost, zapomnětlivost a zmatenost.

²⁹ Název canisterapie se vžil jako označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné a zahrnuje spíše složku motivace k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky (GALAJDOVÁ 1999 s. 24).

³⁰ V průměru ujde majitel se svým psem pěšky 10 – 12 hodin týdně a to je již považováno za účinnou prevenci.

Zdravý výkonný člověk je schopen plánovat a sám si organizovat své aktivity. Člověk s oslabeným zdravím, s poruchou mobility, s postižením motoriky, smyslových orgánů či kognitivních funkcí je ve svých aktivitách více či méně limitován. Jeho schopnost uskutečňovat různé aktivity, jeho výkonnost i sama motivace k činnosti slábnou v míře, která je podmíněna i osobnostními vlastnostmi a vlastnostmi prostředí. Čím větší je fyzické a/nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce okolí.

2.3.3 Samostatné (individuální) bydlení seniorů

Příjemné a pohodlné bydlení je důležité pro pohodu každého z nás. A obzvláště pro seniory nabývá kvalitní bydlení na důležitosti, uvědomíme-li si, že jsou to právě oni, kteří ve srovnání s mladšími lidmi tráví v bytě daleko více času.

Pro českou společnost je obecně charakteristická spíše nižší prostorová mobilita, která se plně projevuje i v oblasti bydlení. Stěhování se do jiného bytu je v životě člověka (především střední a starší generace) spíše výjimečnou událostí. Střední doba délky bydlení v současném bytě je 30 let, nejčastější je 40 let. V českých podmínkách tedy není běžné, aby se lidé v důchodovém věku stěhovali, a to ani v důsledku změněných potřeb vlivem rozvodu, odchodu dětí či ovdovění, do menších³¹ a levnějších bytů (VOHRALÍKOVÁ, RABUŠIC 2004 s. 65). Na neochotu stěhovat se má vliv i současný trh s byty (nedostatek malých bytů a finanční nákladnost) a psychická vazba na byt, ve kterém senior prožil většinu svého života. Vazba je umocněna i dobrou znalostí okolí bydliště a sousedů a tak senior raději obývá nepotřebně velký byt a platí vyšší náklady na bydlení, než by přistoupil na možnost přestěhovat se do menšího a levnějšího bytu ale na jiné místo.

³¹ V této souvislosti lze hovořit o fenoménu „nadspotřeby bydlení“ seniorů – zatímco u mladých respondentů (18 až 25 let) připadá na jednu osobu pouze 1,3 pokoje, u respondentů starších 65 let dosahoval tento poměr hodnoty 1,7 (VOHRALÍKOVÁ, RABUŠIC 2004 s. 67).

Celkově je míra spokojenosti seniorů s jejich bydlením velmi vysoká – podle Zavázalové (2001, s. 84) vyjádřilo spokojenost s bytem 82,4% dotázaných seniorů, přání zlepšit vybavení bytu projevilo 12,2% seniorů a nespokojeno (požadavek nového bytu) se současným bytem bylo 5,4% seniorů. Ve srovnání s celou populací patří lidé nad 65 let k jednoznačně nejvíce spokojeným s vlastním bydlením. Do spokojenosti s bydlením se promítá velikost bytu, kvalita bytu a jeho vybavení a pocit bezpečnosti, který byt poskytuje.

Pro přípravu vhodného bydlení ve stáří může udělat mnoho sám stárnoucí člověk, popř. jeho rodina. Je třeba včas pomýšlet na to, že míra soběstačnosti starých lidí přímo souvisí s kvalitou bytu a vybavením jejich domácnosti a z tohoto důvodu uzpůsobit bydlení. Stárnoucí člověk by se měl buď přestěhovat do vhodnějšího bytu (pohodlnější, přiměřená velikost, snadné vytápění, v nízkém patře nebo s výtahem v domě) nebo si upravit stávající byt tak, aby si co nejvíce usnadnil sebeobsahu. Úprava bytu zahrnuje zejména: vhodný nábytek a jeho rozmístění, odstranění prahů, předložek a malých koberečků (prevence pádů). Do koupelny a na záchod je žádoucí upevnit držadla pro usnadnění vstávání, do vany či sprchového koutu umístit protiskluzové podložky (obecně se také doporučuje odstranit vanu a nahradit ji raději sprchovým koutem). Pro snazší vstávání z lůžka se vhodnější vyšší lůžko. Byt musí mít i vyhovující osvětlení s účelně rozmístěnými vypínači. Z technických přístrojů je dobré byt vybavit telefonem a takovými spotřebiči, které se starý člověk nebojí ovládat a jejichž používání mu usnadní samostatný život. V případě větších zdravotních problémů je možné nainstalovat signalizační zařízení, jehož stisknutím senior ohlásí sdružení, která zařízení provozuje, že potřebuje pomoci.

Vohralíková a Rabušic (2004 s. 68-69) nepředpokládají v oblasti bydlení seniorů převratné změny, ale spíše pokračování současných trendů. I do budoucna se počítá s tím, že většina seniorů bude, stejně jako nyní, schopna žít ve své domácnosti s využitím určité sociální pomoci. Nové generace seniorů budou přitom zvyklé na bydlení v bytech s úplným příslušenstvím. Převažujícím způsobem života seniorů zůstane bydlení ve vlastních bytech nebo soužití v bytě s další domácností (rodinou dětí – zvláště v rodinných domcích), ale s vlastním hospodařením. Dále se zřejmě

zvýší kapacita domovů důchodců (zvláště pro chronicky nemocné či ležící, bez rodinného zázemí a s nízkými důchody), více bude však preferován rozvoj bydlení s pečovatelskou službou. Nadále budou vznikat penziony pro seniory, umožňující vyšší úroveň bydlení i života pro osoby s vyššími příjmy, resp. úsporami.

Otázka, zda současní senioři bydlí v bytech nebo spíše rodinných domcích, je velmi závislá na místě bydliště seniora – na vesnici zcela jednoznačně převažuje bydlení v rodinných domcích, s rostoucí velikostí obce začíná postupně převažovat bydlení v bytech (nejčastěji nájemních). Podle následující tabulky celkem 54,8 % dotázaných seniorů žije v bytě a 44 % v rodinném domě.

Způsob bydlení seniorů podle velikosti místa bydliště (v %):

velikost obce	v nájemním bytě	v družstevním bytě	v bytě v osobním vlastnictví	v rodinném domku			jiná možnost
				který vlastní	rodičů či dětí	jiného vlastníka	
do 1 tis. obyv.	7,5	1,2	2,3	72,8	12,7	1,8	1,7
5 až 20 tis. obyv.	27,7	13,1	14,1	32,6	8,7	2,7	1,1
nad 100 tis. obyv.	44,2	26,9	14,0	12,8	1,3	-	0,8
celkem	27,7	13,7	13,4	34,6	8,1	1,3	1,2

Zdroj: KUCHAROVÁ (In Vohralíková, Rabušic, 2004 s. 66)

Pro úplnost uvádím i další formy bydlení užívané seniory v případě, že nemohou a nebo nechtějí žít samostatně ve vlastním bytě či domě (GLOSOVÁ 2006 s. 77-99).

Chráněné bydlení, které není v naší populaci příliš známou formou bydlení, umožňuje skupině starých lidí žít v jednom velkém upraveném bytě, který je součástí běžní zástavby a v němž jsou poskytovány potřebné služby.

Dům s pečovatelskou službou nabízí soběstačným seniorům pohodlné byty s lehce dostupnou pomocí. Bydlení v takových bytech však předpokládá, že senior se v případě ztráty soběstačnosti musí přestěhovat do jiného vhodnějšího zařízení.

Penzion pro seniory je zpravidla určen pro menší společenství starých lidí, což dává možnost navázání nových kontaktů a vytvoření sousedských vztahů. Kromě ubytování jsou často poskytovány základní služby jako úklid bytu, praní prádla, mytí oken. Za drobnou úhradu mohou obyvatelé též využít nadstandardních služeb, kterými jsou např. lékařská vyšetření, rehabilitace, zajištění teplých obědů, obstarávání nákupů, služby kadeřnice, pedikúra a manikúra.

Domov důchodců poskytuje seniorům komplexní péči – ubytování, stravu, praní prádla, celodenní lékařskou péči, rehabilitaci a různé aktivity pro volný čas. V nově stavěných domovech důchodců se již pomýšlí na větší soukromí seniorů, kteří tak bydlí v jedno či dvoulůžkových pokojích sdružovaných do menších skupin se společenským prostorem, denní místností, kuchyňkou a prostorem pro zdravotnický personál.

Méně známou možností je **Centrum pro seniory**, což je komplex zařízení, který v jednom místě sdružuje všechny výše vyjmenované typy bydlení pro seniory.

Uvádí se, že se starý člověk psychicky špatně adaptuje na změnu prostředí (tj. na přestěhování). Pacovský (1988 s. 20-21) ale o této tzv. tezi vykořenění píše, že nemá obecnou platnost, „neboť pouze asi 20% osob není schopno sociální readaptace na nové prostředí. Většina je schopna se přestěhovat, podmínkou je dostatečně dlouhá příprava (psychická adaptace) a tzv. evidentní zisk – lepší byt. Nové prostředí může starému člověku dokonce umožnit větší sociální kontakty a širší akční radius (v důsledku absence bariér).“

2.3.4 Hmotné zabezpečení seniorů³²

Většina osob vyššího věku je finančně zabezpečena důchodem starobním, popř. vdovským nebo vdoveckým. Ty jsou spolu s plným invalidním důchodem, částečným invalidním důchodem a sirotčím důchodem poskytovány ze sociálního pojištění. Typy

³² Zpracováno podle informačních materiálů dostupných na internetových stránkách MPSV, ČSSZ a Sociální revue.

starobního důchodu a podmínky na získání nároku na důchod (jakož i další ustanovení týkající se důchodového zabezpečení) upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Nárok na obecný **starobní důchod** vzniká tehdy, jestliže pojištěnec získal dobu pojištění v rozsahu alespoň 25 let a dosáhl důchodového věku³³. Nárok na starobní důchod (tzv. poměrný) vzniká i tehdy, získal-li pojištěnec alespoň 15 let doby pojištění a dosáhl věku 65 let.

Nárok na **předčasný starobní důchod** prvního typu (dočasně krácený, § 30 zákona o důchodovém pojištění) má pojištěnec, jestliže získal dobu pojištění nejméně 25 let a ke dni, od něhož má být důchod přiznán, je poživitelem částečného invalidního důchodu a do dosažení důchodového věku mu chybí nejvýše dva roky anebo pokud pojištěnec pobíral plný invalidní důchod nepřetržitě aspoň po dobu pěti let a nárok na plný invalidní důchod zanikl a ke dni odnětí tohoto důchodu do dosažení důchodového věku chybí pojištěnci nejvýše 5 let. Podmínkou pro přiznání předčasného důchodu druhého typu (trvale krácený, § 31 zákona o důchodovém pojištění) je nejméně 25 let pojištění a nejvýše tři roky do dosažení důchodového věku. Přiznání tohoto důchodu vylučuje nárok na normální starobní důchod.

„Předčasný odchod do důchodu je iniciován dvěma hlavními, téměř rovnocenně působícími důvody: zdravotním stavem a (potenciální nebo reálnou) ztrátou zaměstnání. V obou případech by počty předčasných důchodů mohly být nižší, kdyby se v praxi více uplatňovala jiná řešení, například kdyby se rozšířila nabídka práce na zkrácené úvazky, nabídka práce vhodné pro lidi s horším zdravotním stavem apod.“ (Kuchařová In Vohralíková a Rabušic, 2004 s. 44)

Starobní důchod se skládá ze základní výměry, která je jednotná a od 1. ledna 2007 činí 1570 Kč měsíčně a procentní výměry, která se stanovuje procentní sazbou z výpočtového základu podle doby pojištění. Výše procentní výměry důchodu činí za

³³ Důchodový věk se stanovuje podle pohlaví, u žen je důchodový věk snížen podle počtu vychovaných dětí. Do roku 2012 se bude důchodový věk postupně prodlužovat. Pro důchody přiznané od roku 2013 bude důchodový věk stanoven u mužů a u bezdětných žen na 63 roků.

každý celý rok doby pojištění získané do vzniku nároku na tento důchod 1,5 % výpočtového základu. Procentní výměra činí nejméně 770 Kč měsíčně u všech typů starobních důchodů, horní hranice není omezena.

„Průměrná výše starobního důchodu vypláceného sólo v roce 1996 byla 4 609 korun. O deset let později se jednalo už o 8 187 korun. Nejvíc lidí v loňském roce pobíralo starobní důchod ve výši 7 000 až 9 000 korun. Nejvyšší starobní důchod, který ČSSZ vyplácela, byl v pásmu 54 000 – 55 000 korun a pobírala ho jedna osoba. Naopak nejnižší starobní důchod – stanovený zákonem – byl v loňském roce 2 240 Kč měsíčně a letos je to 2 340 korun měsíčně.“ (ČSSZ 2007).

Finanční rozdíl mezi výší dosavadního výdělku a přiznaným starobním důchodem je mnohdy značný, a tak se mnoho lidí i po odchodu do starobního důchodu snaží udržet pracovní vztah (nejlépe dosavadní zaměstnání). Vzhledem ke stávajícím pravidlům mohou být senioři v současné době snadno získáváni do pracovního poměru a opět propouštěni podle potřeb zaměstnavatele. Senioři tak díky jistotě pobírání důchodu představují na trhu práce velmi pružnou skupinu, kterou lze využívat při nárazových pracích; v povoláních, která jsou méně placená či z jiných důvodů nepřitažlivá pro mladší generace; tam, kde je vhodná kratší pracovní doba (práce jen na částečný úvazek) nebo doba, kterou neradi přijímají mladší lidé.

Zaměstnání však pro seniory není jen zdrojem finančních prostředků. Naopak otázka výkonu a „honba za penězi“ v tomto období života ustupuje do pozadí a přestává být důležitá. Na významu tak nabývají i další aspekty plynoucí ze zaměstnaneckého poměru – především sociální kontakty, uspokojení potřeby seberealizace a užitečnosti, která je v závěru aktivního života často intenzivněji prožívána. Senioři jsou vnímavější k hodnotám zdraví, sociálních vazeb a smysluplně prožitého času. Více než kdy jindy přemýšlejí o smyslu svého života a svého konání.

Senioři by se při snaze získat zaměstnání neměli podceňovat – vždyť jejich pracovní i životní zkušenosti jsou neocenitelné a neměli by se bát nabídnout své zkušenosti všude tam, kde si myslí, že by je ostatní mohli potřebovat. Senioři by také měli mít na paměti skutečnost, že rozhodnutí pracovat je jejich svobodným

rozhodnutím a pokud pracovat nechtějí nebo z různých důvodů nemohou, není třeba se tím znepokojovat a stydět se za to, že již nejsou v pracovně-právním vztahu. Pracovat je pro seniora možnost, nikoli nutnost!

Pocit studu není na místě ani ve zcela jiné situaci – v situaci, kdy je senior např. zdravotně postižený či je výše jeho starobního důchodu nízká a neumožňuje mu pokrýt základní životní potřeby. Senior by měl být obeznámen s možnostmi, jak řešit situace, ve kterých má pro své zdravotní postižení zvýšené finanční výdaje a nebo ve kterých se dostane vzniklou životní situací do hmotné nouze a měl by mít na paměti, že „podle Listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci, při ztrátě živitele. Kdo se ocitne v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 38). Kromě důchodového pojištění tak mohou čeští senioři v konkrétních situacích čerpat i dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, dávky státní sociální podpory, dále využít pomoci v hmotné nouzi a sociálních služeb.

Podmínky, za kterých se poskytují **dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením**, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Výčet dávek:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na zvýšené životní náklady
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu

- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky.

Pojem **státní sociální podpory** označuje dávky poskytované osobám (rodinným příslušníkům) ve společensky uznaných sociálních situacích, kdy stát skrze jejich vyplácení z části přebírá spoluzodpovědnost za vzniklou sociální situaci. Systém státní sociální podpory je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují následující dávky (některé v závislosti na příjmu rodiny³⁴):

- přídavek na dítě
- sociální příplatek
- příspěvek na bydlení
- příspěvek na školní pomůcky
- rodičovský příspěvek
- dávky pěstounské péče
- porodné
- pohřebné

Z výčtu dávek je patrné, že systém státní sociální podpory je určen především rodinám s nezaopatřenými dětmi. Nicméně na některé dávky mají v konkrétních situacích nárok i senioři – jedná se především o příspěvek na bydlení, pohřebné.

³⁴ Základem pro stanovení nároku a výši dávek včetně určení hranice příjmů občana či rodiny je životní minimum, které od 1. ledna 2007 činí pro jednotlivce 3126,- Kč a např. pro dvě společně posuzované osoby (kde ani jedna není nezaopatřeným dítětem) 5 480,- Kč.

Zákon č. 111/2006 Sb. (s účinností od 1. ledna 2007) o pomoci v hmotné nouzi, stanovuje situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi a tyto situace nazývá hmotnou nouzí. Jde v zásadě o situace, kdy osoba (nebo společně posuzované osoby) nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit.

Dávkami pomoci v hmotné nouzi jsou:

- příspěvek na živobytí
- doplatek na bydlení
- mimořádná okamžitá pomoc

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem, zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována např. pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí „na okraji“ společnosti.

Sociální služby jsou upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. ledna 2007 a zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Největší novinkou zákona č. 108/2006 Sb. je příspěvek na péči, který nahradí nároky osob, které péči potřebují, tj. zvýšení důchodu pro bezmocnost a současně může být použit pečujícími osobami za účelem zajištění péče, tj. nahradí příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Příspěvek na péči dostane od státu člověk,

který je kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu závislý na pomoci jiné osoby a příspěvek mu poslouží k jejímu zajištění. Může jej dát příbuzným, kteří o něj pečují, nebo jím zaplatit vybranou sociální službu. Výše příspěvku je odvislá od žadatelova věku (vyšší do osmnácti let, v prvním roce života na něj nárok není) a míry jeho závislosti na pomoci jiné osoby (minimální, lehká, středně těžká, těžká). Maximální částka, kterou lze získat, je 11 tisíc korun. Při posuzování soběstačnosti (resp. závislosti na péči jiné osoby) se hodnotí úkony péče o domácnost (obstarávání potravin a běžných předmětů, mytí nádobí, úklid, péče o prádlo, péče o lůžko, obsluha domácích spotřebičů a manipulace s kohouty a vypínači) a základní sociální aktivity (schopnost komunikace, vyřizování osobních věcí a nakládání s penězi, účast na volnočasových a pracovních aktivitách a vzdělávání). O udělení příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, případné odvolání vyřizuje krajský úřad.

3. PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ

S prodlužováním střední délky života je nutné si uvědomit, že lidé po odchodu do starobního důchodu prožijí ještě velmi dlouhý úsek svého života. Zejména u žen je pravděpodobné, že prožijí 20 i více let v důchodovém věku. A i tato doba by měla být prožita plnohodnotně a kvalitně. K tomu může významně pomoci program přípravy na stáří, o který by se měl člověk zajímat už od mládí. „Každý člověk si musí uvědomit, že je sám odpovědný za své stáří, jak kdo žil, takové má stáří. V tomto ohledu je třeba v naší společnosti mnohé zakořeněné návyky pozměnit, protože bývalo zvykem, že se „někdo postará“.“ (GRUBEROVÁ 1998 s. 28). Příprava na stáří by měla být chápána jako nezbytná součást rozvoje osobnosti v průběhu života, stejně tak jako je stáří součástí životního cyklu.

Problematikou přípravy na stárnutí se zabývá i Ministerstvo práce a sociálních věcí, kdy mezi hlavní principy přípravy klade „důraz na lidská práva, respektování genderového aspektu problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke stárnutí a zdraví, důraz na rodinu a mezigenerační vztahy, tvorba opatření na výzkumem podložených poznatcích a relevantních statistických datech, zvláštní pozornost věnovaná menšinám (seniorům zdravotně postiženým, trpícím demencí, duševně nemocným, seniorům z etnických menšin atd.), respektování rozdílů mezi venkovem a městem.“ (MPSV 2006).

3.1 Dlouhodobá příprava

Tato etapa přípravy je brána jako celoživotní. Začíná již v mládí – nejvíce v rodině, dále ve výchovných a vzdělávacích institucích, kde by se měl mladý člověk naučit tolerantnímu vztahu ke starým lidem a uvědomit si, že stáří je nedílnou součástí lidského života a že jeho kvalitu do značné míry ovlivňuje sám jedinec.

Konkrétní podoby přípravy spočívají v založení zdravého životního stylu, zvyšování morálních kvalit jedince (pozitivní vztah k rodičům a prarodičům v rodině), zájímání se o seniory ve svém okolí (např. dobrovolnictví v domově důchodců, výpomoc sousedům – seniorům).

3.2 Střednědobá příprava

„Již ve středním věku se z velké části rozhoduje o tom, jaké stáří bude jedinec prožívat. Je třeba se naučit zdravě stárnout. Proto je důležité připravovat se na období stáří (postproduktivní věk) již po 40. roce věku a zejména v pátém deceniu.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 78). Každý člověk středního věku by měl především začít uvažovat o tom, co bude dělat, až nastane doba, kdy nebude moci dělat to, co dosud (míněno je především ukončení pracovní profese). V tomto období přípravy je vhodné zvolené aktivity zahájit a až nastane čas odchodu do starobního důchodu, plně je rozvinout. Začínat se zcela novými aktivitami až po odchodu do důchodu je sice teoreticky možné, prakticky však velmi náročné a obtížné (vzhledem ke klesající adaptabilitě člověka).

Naznačená problematika spadá do **sociální oblasti** střednědobé přípravy na stáří, která je zaměřena především na sociální vztahy člověka a zahrnuje: udržování dosavadních a navazování nových mimopracovních vztahů a aktivit, věnování se dosavadním koníčkům a rozvíjení zájmů nesouvisejících pouze s výkonem profese, angažování se v různých společenských organizacích. Cílem by mělo být vytvoření dostatečné sociální sítě, která bude funkční i po odchodu člověka do starobního důchodu a tzv. druhého (nikoliv náhradního!) životního programu – tj. dostupných cílů seberealizace pro období, kdy člověk nebude moci dělat to, co dosud (z důvodů nemoci, osobní tragedie nebo změnou životních podmínek). „Pojem druhý životní program souhrnně označuje takové aktivity lidí ve starobním důchodu, které jim přinášejí pocit uspokojení a společenského uznání, které je srovnatelné s tím, když byli zaměstnáni.“ (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 20). Program zahrnuje následující základní

formy: možnost i po odchodu do starobního důchodu pokračovat v pracovních právním vztahu, různé formy dobrovolnictví, rozvoj individuálních aktivit, studium na akademiích a univerzitách třetího věku.

Jako druhou základní oblast střednědobé přípravy na stáří uvádí Gruberová (1998 s. 28-29) **zdravotnickou přípravu**, která má za úkol seznámit se zásadami správné životosprávy a s tzv. rizikovými faktory v dospělosti, které představují vážné ohrožení života v pozdějším věku. Berlínský psycholog P. Oderich (In Gruberová, 1998 s. 28) rozlišuje devět takových rizikových faktorů:

- *Přejídání, špatné stravovací návyky* – na rozvoji obezity se podílí většinou kombinace přejídání a snížené pohybové aktivity. Obezita má výrazný podíl na vzniku závažných onemocnění (typický je diabetes II. typu, hypertenze, artrózy nosných kloubů, ateroskleróza).
- *Kouření* – škodlivost kouření je všeobecně známa (i pasivního!) a výzkumy jednoznačně ukazují, že u kuřáků je významně vyšší výskyt karcinomu plic a kardiovaskulárních chorob.
- *Nadměrná spotřeba alkoholu* – rizikový faktor, který nemá jen zdravotní, ale velmi často i sociální dopady.
- *Zneužívání léků* – naše společnost je známá vysokou spotřebou léků, ke kterým se mnoho lidí uchyluje při řešení svých zdravotních a životních problémů ve víře v jejich rychlé působení.
- *Nedostatek pohybu* – přiměřená tělesná aktivita je nezbytná nejen pro zdravý tělesný vývoj, ale i pro dobrou psychickou kondici (při cvičení se vyplavují endorfiny, které přispívají k dobré náladě). Nedostatek pohybu se podílí na vzniku obezity (společně s nadbytečným příjmem potravy) a na vzniku kardiovaskulárních chorob.
- *Nedostatek spánku* – spánek by měl souvisle trvat alespoň 7 hodin, avšak řada lidí středního věku si stěžuje na poruchy spánku. Ty jsou většinou funkčního charakteru a jsou součástí psychické reakce člověka na krizi

v některé významné životní oblasti a/nebo následkem nezdravého životního stylu (nadměrný stres, nedostatek odpočinku, změny rytmu spánek-bdění, nadspotřeba kávy, alkoholu, cigaret).

- *Nadměrná psychická zátěž* – jsou jí často vystaveni lidé, kteří jsou přetíženi pracovními a společenskými úkoly a neumí tuto zátěž vhodně kompenzovat.
- *Specifická psychická zátěž* – kromě pracovní zátěže jsou lidé zatíženi psychickými stresy plynoucími ze situace v rodině.
- *Nevýběrové, chronické sledování televizních programů* – i tento bod patří k rizikovým faktorům dnešní doby. Sledování televize je často spojeno s konzumací nevhodných (kaloricky bohatých) potravin a „podporuje“ už tak nízkou pohybovou aktivitu člověka.

Pacovský (1990 s. 56) přidává k předešlým oblastem ještě **psychickou rovinu**, kde „se člověk má naučit praktikovat zásady duševní hygieny, přijímat stáří jako součást života, postupně akceptovat roli, která jej čeká.“

3.3 Krátkodobá příprava

Začíná 2 – 3 roky³⁵ před plánovaným odchodem do starobního důchodu a má být svým zaměřením ryze praktická. Týká se především vhodné úpravy a vybavení bytu (viz kapitola Samostatné (individuální) bydlení seniorů), zdravého životního stylu a úpravy stravovacích návyků, stabilizování zdravotního stavu (neodkládat léčení různých potíží), vytvoření finančních rezerv (úspor), posilování přátelských a společenských vztahů.

³⁵ Délku 2 – 3 roky uvádějí např. Zavázalová, Haškovcová. Pacovský (1990 s. 56) uvádí délku 3 – 5 let.

V této době by již také měli lidé mít jasnou představu o tom, jak vyplní volný čas vzniklý odchodem do starobního důchodu (tj. druhý životní program). Neboť jakákoliv aktivita ať už sociální, psychická nebo fyzická dává životu ve stáří smysl a naplnění.

Program přípravy na stáří je účinným prvkem v celkovém konceptu úspěšného stárnutí. Stárnutí a stáří je možné (a dokonce nutné) ovlivňovat mnohem dříve, než se začne klinicky manifestovat. Lidé by se měli naučit být zodpovědní za své stáří a mít na paměti, že pro člověka je nejen důležité, jak dlouho žije, nýbrž také jak kvalitně žije. Zde platí známe „neměli bychom jen přidávat léta k životu, nýbrž i život k létům.“

ZÁVĚR

Stáří jako výsledek multifaktoriálních dějů procesu stárnutí je přirozenou etapou lidského života. Měli bychom proto mít na paměti, že stáří není nemocí (byť je mnohdy i závažnými nemocemi provázeno), ale přirozeným a individuálním procesem změn trvajících celý život. Tyto změny se však nejvíce vyjeví právě v poslední etapě lidského života, kdy v organismu člověka dominují nezvratné regresivní a involuční změny. Biologické stárnutí je často doprovázeno i poklesem psychických funkcí. Za nejzávažnější důsledek zhoršování zdravotního stavu je považováno snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti, vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci.

Stárnutí neprovází pouze jedince, ale i celou společnost. Česká populace je považována za „starou“ již od roku 1950, kdy tehdejší Československo překročilo hranici 7% obyvatel starších 65 let. Podle prognóz bude lidí nad 65 let věku i nadále přibývat a nejvýrazněji poroste skupina nejstarších osob, tj. osob ve věku nad 85 let. Hlavní důsledek demografického stárnutí obyvatelstva je spatřován především v ekonomickém zajištění osob, kdy prognózy hovoří o tom, že střední produktivní populace nebude schopna „uživit“ stále rostoucí počet starých lidí.

Nárůst populace starých lidí s sebou nese i další důsledky – např. proměnu společenského klimatu, kdy se senioři stávají početnou skupinou obyvatel, které je potřeba přizpůsobovat služby, nabídku volnočasových aktivit, zdravotní péči apod. Na mladou a střední generaci je vznášena potřeba spolusoužití se zvětšující se skupinou seniorů. Orientace většinové společnosti na „kult“ fyzické krásy, duševní svěžesti a ekonomickou prosperitu člověka však se sebou může přinášet i negativní postoje či předsudky vůči seniorům např. v podobě ageismu. Výjimkou dnešní doby není ani natolik negativní přístup, kdy toto chování lze již klasifikovat jako zneužívání, zanedbávání či dokonce týrání seniorů.

Zvyšující se věk dožití se projevuje i celou řadou změn ve vztahu senior – rodina. Přestože nejbližší rodina nabývá ve stáří člověka na důležitosti (především pro svou funkci podpory ať už psychické, sociální či ekonomické), nelze si nevšimnout posunů, které ve vztahu nastaly. Jedná se především o ubývání vícegeneračních rodin, kdy každá generace touží žít co nejdéle samostatně (ale zároveň nablízku té druhé), změnu role prarodiče, kdy se dnešní senioři neorientují jen úzce na rodinu, ale snaží se realizovat i jinak (např. na univerzitách třetího věku, specializovaných kurzech či prostřednictvím koníčků, na které třeba dříve nezbyval čas). Přes jisté uvolnění tradičních rodinných vazeb zůstávají senioři pevnou součástí mezigeneračních sociálních příbuzenských sítí a v případě potřeby mohou od rodiny očekávat podporu či pomoc. Kvalitní péče rodiny o starého člověka je i dnes neocenitelná a společnost by měla takovou rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně podporovat.

V osobní rovině člověka se potřeba vyrovnat se s vlastním stárnutím nejčastěji objevuje v okamžiku, kdy člověk odchází z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Výraznou změnou je např. změna sociální role seniora, kdy odchodem do důchodu člověk ztrácí roli ve společnosti, danou pracovním postavením. K tomu se přidružuje přerušování kontaktů s bývalými pracovními kolegy, což přispívá ke zužování sociální sítě kolem seniora a k omezování mezilidských kontaktů. Dochází ke změně životního rytmu a stylu člověka a potřebná adaptace není vždy snadná. Dnes je tento životní předěl „ulehčen“ alespoň celou řadou aktivit, které jsou seniorům nabízeny. Jedná se především o aktivity klubů aktivního stáří (výlety, přednášky, výuka cizích jazyků atd.), univerzity třetího věku, možnosti dobrovolnické služby. Člověk by měl kromě veřejné aktivity také co nejvíce rozvíjet své individuální záliby a koníčky.

Kromě psychosociálních problémů spojených s odchodem do starobního důchodu se člověk musí vyrovnat i s dalšími otázkami s tím spojenými. Jedná se především o hmotné zabezpečení seniora – starobního důchodce, kdy dochází k mnohdy radikální změně v příjmu finančních částek. Zde je na místě potřeba znalosti seniorů o možnostech nároků na různé dávky finanční pomoci ze strany státu v případě, že senior není svým starobním důchodem dostatečně finančně zajištěn.

S přibývajícím věkem je spojena i potřeba kvalitního bydlení seniorů neboť právě senioři tráví v bytě poměrně hodně času. Čeští senioři nejraději bydlí ve vlastní domácnosti a se svým bydlením bývají spokojeni. Tento fakt dokládají i průzkumy, které uvádějí, že spokojenost s bytem vyjadřuje až 82% dotázaných seniorů. Aby byl stárnoucí člověk se svým bydlením spokojený, je obecně doporučováno včas přemýšlet o bydlení ve stáří a v tomto smyslu podniknout potřebné kroky. Jedná se především o možnost přestěhování se do vhodnějšího bytu (pohodlnější, přiměřená velikost, snadné vytápění atd.) nebo alespoň o úpravy stávajícího bytu tak, aby byla co nejvíce usnadněna sebeobsluha (nové spotřebiče, úprava koupelny, kvalitní osvětlení atd.). Pro seniory, kteří nemohou či nechtějí žít samostatně ve vlastním bytě či domě, je tu nabídka možnosti bydlení v domech s pečovatelskou službou či v penzionech pro seniory, kdy jsou soběstačným seniorům poskytovány pohodlné byty s lehce dostupnou pomocí. Kvalitnější bydlení a služby se snaží poskytovat i domovy důchodců, kdy především v nově stavěných domovech je již respektováno větší soukromí seniorů, kteří tak bydlí v jedno či dvoulůžkových pokojích a volný čas mohou využít rozmanitými aktivitami, které se domovy důchodců snaží pro své klienty zajistit.

Každý člověk by si jistě přál prožít své období stárnutí a stáří plnohodnotně a kvalitně. K tomu může významně pomoci program přípravy na stáří, který by měl být chápán jako nezbytná součást průběhu života a měl by podpořit vědomí zodpovědnosti člověka za vlastní stáří. V této souvislosti je dobré mít na paměti citát Karla Čapka: „Mladé dovede být každé tele, ale zestárnout, holenku, to je kumšt.“

POUŽITÁ LITERATURA

Prameny

AUSTAD, S. *Proč stárneme*. Praha: Mladá Fronta, 1999. ISBN 80-204-0804-5.

ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. ISBN 80-223-1206-1.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. ISBN 80-7040-286-5.

GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-789-3.

GJURIČOVÁ, Š. *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA group, 2006. ISBN 80-7366-057-1.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta, 1998. ISBN 80-7040-286-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IPVZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-536-8.

HORSKÁ, P. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-011-X.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH Z., HRABĚTOVÁ, E.: *Senior a já...já a senior?* Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005.

KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatric*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 1993. ISBN 80-901424-7-8.
- PACOVSKÝ, V. *Gerontologické minimum*. Praha, 1988.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PAVLÍK, Z. a kol. *Populační vývoj České republiky 1990-2002*. Praha: DemoArt, 2002. ISBN 80-902686-8-4.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- STUART - HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
- TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti (Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha), 2002. ISBN 80-238-9506-0.
- TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Praha: Ambulance pro poruchy paměti (Ústav lékařské etiky 3. LF UK), 2002. ISBN 80-238-9505-2.
- TOŠNEROVI, T. a J. *Burn – Out syndrom*. Praha: Hestia, 2002.
- WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Sekundární prameny

KUCHAŘOVÁ, V. *Život ve stáří (zpráva o výsledcích empirického šetření)*. Praha: VÚPSV, 2002.

MEDVEDEV, Z. An Attempt at a Rational Classification of Theories of Ageing. *Biological Reviews*, 65, 1990, s. 375-398.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.

PAVLÍK, Z. *Populační vývoj České republiky 2000*. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy a DemoArt, 2001.

PEKAROVIČ, V. Vývoj a vlastnosti psychiky ve stáří. *Praktický lékař*, 64, 1984, s. 30-32.

TRAXLER, A, J. *Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging, the multipurpose senior center concept: a training manual for practitioners working with the aging*. Springfield, IL: Illinois Department of Aging, 1980.

USDIN, G.; HOFLING, CH. *Aging: the Process and the People*. New York, 1978.

Elektronické zdroje

BUNC, V; ŠTILEC, M. *Aktivní životní styl a jeho determinanty u seniorů*. [online] [19. 07. 2006] [cit. 2007-01-9]. Dostupné na <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=590>>.

ĎOUBAL, S. *Kalendářní a biologický věk*. [online] [22. 11. 2000] [cit. 2006-08-17]. Dostupné na <<http://www.faf.cuni.cz/Gerontology/biologicalage/importancy/age.asp>>.

ČSSZ. *296 lidí by mělo letos oslavit sté narozeniny*. [online] [08. 01. 2007] [cit. 2007-02-11]. Dostupné na <<http://www.cssz.cz/tisk/07/070108.asp>>.

ČSSZ. *Na jednoho starobního důchodce přispívají více než dva pojištěnci*. [online] [07. 09. 2006] [cit. 2007-02-11]. Dostupné na <<http://www.cssz.cz/tisk/06/060907.asp>>.

ČSSZ. *Za deset let je důchodců o 8 % víc a starobní důchod vzrostl o 44 %*. [online] [29. 01. 2007] [cit. 2007-02-11]. Dostupné na <<http://www.cssz.cz/tisk/07/070129.asp>>.

ČSÚ. *Naděje dožití a průměrný věk*. [online] [24. 01. 2006] [cit. 2006-10-15]. Dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek>.

ČSÚ. *Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2050* [online] [06. 12. 2005] [cit. 2006-10-15]. Dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_prumerneho_veku_obyvatel_do_roku_2050>.

ČSÚ. *Podíl obyvatel ve věkové skupině 0-14 a 65 a více let v letech 1946-2004.* [online] [06. 12. 2005] [cit. 2006-10-15]. Dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_vekove_skupine_0_14_a_65_a_vice_let_v_letech_1946_2004>.

FOJTÍKOVÁ, H. *Domácí násilí - stále palčivější problém.* [online] [cit. 2006-03-06]. Dostupné na <<http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/hradec/bohemia/2001/rijen.html#10>>.

HOLMEROVÁ, I. *Syndrom špatného zacházení se starými lidmi.* [online] [cit. 2004-03-31]. Dostupné na <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/old/syndrom.html>>.

KUČERA, M.; BARTOŇOVÁ, D. *Jaká bude struktura domácností v roce 2030?* [online] [08. 02. 2006] [cit. 2006-04-12]. Dostupné na <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=271>.

MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí.* [online] [6. 5. 2005] [cit. 2006-08-28]. Dostupné na <<http://www.mpsv.cz/cs/1056>>.

MPSV. *Příprava na stárnutí v České republice.* [online] [28. 8. 2006] [cit. 2007-02-26]. Dostupné na <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.

MPSV. *Základní charakteristiky demografické situace v ČR.* [online] [6. 5. 2005] [cit. 2006-08-28]. Dostupné na <<http://www.mpsv.cz/cs/1058>>.

RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online] [září 2002] [cit. 2007-01-09]. Dostupné na <www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf>.

RYCHTAŘÍKOVÁ, J. *Formy soužití osob ve věku nad 50 let v ČR.* [online] [31.08.2005] [cit. 2006-04-12]. Dostupné na <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=142>.

SEDLÁKOVÁ, R.; VIDOVIČOVÁ, L. *Mediální analýza obrazu seniorů.* [online] [květen 2005] [cit. 2006-02-26]. Dostupné na <<http://www.spvg.cz/index.php?id=4>>.

SVOBODOVÁ, K. *Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ.* [online] [25. 03. 2005] [cit. 2006-04-16]. Dostupné na <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34>.

ŠIMKOVÁ, M. *Prezentace výsledků výzkumu zaměřeného na špatné zacházení se seniory*. [online] [25. 03. 2005] [cit. 2006-03-05]. Dostupné na <<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/pr/aktuality/vysledky.html>>.

VIDOVIČOVÁ, L. *O ageismu*. [online] [2006] [cit. 2006-11-12]. Dostupné na <<http://www.ageismus.cz/index.php?m=2>>.

VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. [online] [květen 2003] [cit. 2006-03-23]. Dostupné na <http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf>.

VEJROVÁ, I. *Charta práv a svobod starších občanů*. [online] [12.01.2006] [cit. 2006-03-16]. Dostupné na <<http://www.medicon.cz/www?docid=1002385>>.

VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. [online] [2005] [cit. 2006-11-12]. Dostupné na <<http://www.vupsv.cz/vidovicova-ageismus.pdf>>.

VOHRALÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [online] [2004] [cit. 2007-02-11]. Dostupné na <http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf>.

ZICH, F.; STRUHOVSKÝ, V. *Zpráva z výzkumu senioři ve společnosti*. [online] [květen 2005] [cit. 2007-01-27]. Dostupné na <<http://www.dcul.cz/stranky/programy.htm>>.

ZIMMELOVÁ, P.; HRDÁ, J. *Geriatric a gerontologie*. [online] [31. 07. 2006] [cit. 2006-09-10]. Dostupné na <http://www.jcu.cz/zsf/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kko/podpora_pro_předmět_geriatric-a-gerontologie.pdf/view?searchterm=gerontologie>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007
(Pro potřeby magisterské práce je text zkrácen. Úplné znění programu lze nalézt na internetových stránkách MPSV)

Příloha č. 2: Charta práv a svobod starších občanů

Příloha č. 1

NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2003-2007

Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům se musí stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí. Nezastupitelnou roli v úspěšném prosazování programu přípravy na stárnutí a přijetí myšlenky "vytvoření společnosti pro všechny generace" musí sehrát i soustavná a dlouhodobá medializace, publicita a propagace programu a jeho cílů, stejně jako veřejná kontrola jeho naplňování.

Stárnutí společnosti je třeba pojmout jako příležitost, které má být využito všemi generacemi. Národní program přípravy na stárnutí se proto obrací na celou společnost : mladou generaci, střední generace a samotné seniory.

Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z " Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Vídeň 1982), "Zásad OSN pro seniory" (1991) a je v souladu se závěry a II.světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8.-12.4. 2002) a přijatého " Mezinárodního plánu stárnutí 2002".

A. Mladá generace

Je žádoucí, aby mladá generace přijala pozitivní přístup ke stáří a starším lidem. Duchovní, kulturní, sociální a ekonomický přínos starší generace je pro společnost cenný a měl by být takto chápán celou společností, tj. i mladou generací. Integrální součástí programu musí být příprava mladé generace na pozdější životní etapy, zahrnující všechny aspekty tohoto procesu a podpora mladé generace v pozitivním, aktivním a orientovaném přístupu ke stáří.

Přítomnost starších lidí v rodině, v sousedství a ve všech formách společenského života je stále nenahraditelnou lekcí humanity. Ohled na starší členy společnosti a péče o ně jsou jedny z mála stálých hodnot v lidské kultuře kdekoli na světě. Je potřebné, aby mladá generace přijala princip nediskriminace a solidarity a uznala, že starší lidé přinášejí do života společnosti nezastupitelné kvality, že starší generace není ohrožením národního životního standardu, ale naopak se na jeho tvorbě může významně podílet.

B. Střední generace

Střední generace jako nejpočetnější a ekonomicky aktivní část společnosti odpovídá ve společnosti za prosazování a uskutečnění rámce politiky stárnutí, přípravy na stárnutí, vytváření opatření ve prospěch seniorů a zároveň je zodpovědná i za svou vlastní přípravu na stárnutí a stáří.

Rozhodující je zajištění rovných práv a příležitostí pro individuální rozvoj všech věkových kategorií bez rozdílů pohlaví a rasy a ve všech sférách života a posílení postavení starších osob a seniorů a významu procesu stárnutí. Vytvoření potřebných iniciativ a prosazování celospolečenských opatření pro realizaci přípravy na stárnutí přispěje k rozvoji společnosti pro všechny generace. Nedílnou součástí tohoto procesu je i oblast výzkumu v oblasti rodiny, stárnutí a seniorů, monitorování kvality života, názorů a potřeb stárnoucí populace a seniorů, stavu dodržování lidských práv a odstranění případné diskriminace jako nezbytného podkladu pro kvalifikovaný přístup.

K tomu přistupuje zodpovědný a dlouhodobý přístup jednotlivců v oblasti vlastní přípravy na stárnutí.

C. Seniorská generace

Ke změně společenského klimatu a přijetí starší generace jako plnoprávné složky společnosti je třeba především aktivního přístupu samotných seniorů ke stárnutí a stáří. Svými aktivitami a postoji by měli také senioři přispívat ke změně vnímání stárnutí a stáří ve společnosti.

Přítom je potřebné poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě společnosti a jejím rozvoji. Zároveň se však senioři musí sami naučit využívat všech možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení, k dosažení bezpečného stárnutí a k plnému a rovnoprávnému zapojení. K vytvoření osobního pocitu pohody a k posílení pozitivních postojů společnosti ke stáří a starším lidem je nezbytná účast seniorů na sociálních, ekonomických, kulturních a dobrovolných aktivitách, jejich odpovědný přístup k vlastnímu životu a zájem o rozvoj společnosti.

I. Etické principy

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

Cíle:

Vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, odstraňovat příčiny nepřijatelného omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity.

II. Přirozené sociální prostředí

Možnost žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet si nezávislost, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání jejich sociálnímu vyloučení.

Cíle:

Podporovat přístupy k zachování přirozeného sociálního prostředí jako předpokladu pro udržení, případně i rozvoj společenského postavení seniorů.

III. Pracovní aktivity

Rovnost příležitostí na trhu práce a co nejširší podpora zaměstnávání starších osob a seniorů je prostředkem jejich aktivizace a plného zapojení do společnosti. Zároveň představuje pro společnost cenný pracovní a ekonomický přínos.

Cíle:

Prvořadým cílem by měla být veřejná podpora setrvání v zaměstnání a vytváření podmínek pro zvýšení zaměstnanosti starších pracovníků.

Zároveň je potřebné na trhu práce vytvářet podmínky a příležitosti pro setrvání nebo opětovné zapojení starších pracovníků a seniorů do práce, tím ovlivnit prodloužení aktivní fáze jejich života a pro společnost získat významné pracovní a ekonomické zdroje.

Zlepšovat podnikové vzdělávání, pracovní podmínky a organizaci práce, zvyšovat schopnost adaptace pracovníků na změny, uplatňovat komplexní přístup k odstraňování nerovností v práci z důvodu věku a zlepšovat možnosti zapojení starších pracovníků a seniorů včetně využití jejich zkušeností.

Naplňování Národního akčního plánu zaměstnanosti, ve spolupráci se sociálními partnery a zaměstnavateli přispěje k naplňování potřeb starších pracovníků i seniorů i k prosperitě společnosti.

IV. Hmotné zabezpečení

Hmotné zabezpečení ve stáří je důsledkem celoživotní aktivity každého jedince a jeho odpovědného přístupu k přípravě na stáří a je předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů.

Cíle:

Podporovat vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, která je souvislým celoživotním procesem, posílit význam penzijního připojištění, životního pojištění a jiných forem vytváření finančních rezerv na stáří.

Přípravit adekvátní opatření reagující na stárnutí populace v oblasti důchodového pojištění a sociálního zabezpečení. Dosáhnout celospolečenské dohody o budoucím uspořádání důchodového systému a jeho základních principech. Přitom vycházet ze zásady mezigenerační solidarity a sociální spravedlnosti.

Modernizovat systémy sociální ochrany a poskytnout cílenou podporu společnosti v těch případech, kdy senioři nejsou schopni z vážných zdravotních a sociálních důvodů si dostatečné hmotné zabezpečení zajistit.

V. Zdravý životní styl, kvalita života

Zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří. Je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K naplňování zdravého životního stylu a kvality života musí přispět jak společnost, tak i jednotlivci sami.

Cíle:

Dlouhodobě podporovat a rozvíjet opatření, programy a postupy, které by prostřednictvím podpory zdravého životního stylu a zdravého stárnutí vedly ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, omezovaly růst počtu závislých seniorů a podporovaly aktivní život seniorů. Vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností jak osob produktivního věku, tak i seniorů, a to prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, vytvářením rovných příležitostí, rozšiřováním možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje.

Zlepšovat stav životního prostředí, které ovlivňuje kvalitu života, předcházet úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér (architektonických a dopravních) na veřejnosti i v domácím prostředí.

VI. Zdravotní péče

Péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací společnosti. Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, povede k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče. Zároveň je potřebné podporovat zájem a účast všech generací na programech prevence a péče o zdraví.

Cíle:

Rozvíjet systémy zdravotní péče tak, aby se dokázaly vyrovnat s novou demografickou situací. Zvyšovat účinnost a účelnost zdravotní péče. Dodržovat zásadu rovného přístupu ke zdravotní péči, podporovat opatření související s primární a sekundární prevencí.

Rozvíjet oblast primární integrované komunitní péče a úzkou spolupráci mezi zdravotnickými službami a službami sociální péče při komplexním řešení potřeb seniorů.

Usilovat o zlepšování zdravotního stavu stárnoucí a seniorské populace se zaměřením nejen na prodloužení střední délky života, ale i střední délky života bez zdravotního postižení.

Systematicky řešit péči o chronické pacienty ošetřovatelsky náročné, podporovat rozvoj a kompetence kvalifikovaného ošetřovatelství a rehabilitace seniorů včetně rozšiřování služeb domácí péče. Podporovat rozvoj hospicové péče.

Podporovat restrukturalizaci a reprofilizaci zdravotnických zařízení.

Zvyšovat informovanost občanů v oblasti péče o zdraví a předcházení nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňovat spoluodpovědnost každého jedince za svůj zdravotní stav.

Posilovat roli pacienta, jeho rodiny a svépomocných patientských skupin.

Podporovat gerontologický výzkum.

VII. Komplexní sociální služby

Nárůst počtu seniorů a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby reflektovaly různost sociální situace seniorů a minimalizovaly riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.

Cíle:

Vytvořit takový systém komplexních sociálních služeb, dotýkající se všech sfér života a respektující práva a individuální potřeby seniorů, který jim umožní setrvat v přirozeném domácím prostředí co možná nejdéle nebo po celý jejich život, podpoří udržení jejich nezávislosti a důstojného prožití této fáze života a současně zajistí pomoc rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory.

VIII. Společenské aktivity

Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou podmínkou rozvoje společnosti, zdravých postojů ke stárnutí a stáří, ke vzájemnému respektu a solidaritě generací.

Cíle:

Umožnit seniorům ovlivňovat politický a společenský vývoj, formulovat své potřeby a požadavky a podílet se na jejich realizaci. Získávat seniory k účasti na společenských aktivitách, využívat jejich potenciálu, vytvářet podmínky pro aktivní účast seniorů při tvorbě a realizaci programů a projektů pro ně samé.

IX. Vzdělávání

Vzdělání je jednou z podmínek pro aktivní a plodný život. Možnost celoživotního vzdělávání je nezbytným předpokladem pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů. Podporuje duševní pohodu, udržení pracovní schopnosti a uplatnění na trhu práce, posiluje nezávislost. Může přispět ke snížení marginalizace, osamění, generační intolerance a zlepšit příležitosti k začlenění do společenského dění. Vzdělávání přispívá k humanizaci, k sociální integraci a kvalifikaci, umožňující uplatnění na trhu práce.

Cíle:

Prostřednictvím systému celoživotního vzdělávání poskytovat možnosti vzdělávat se po celou dobu života člověka, v souladu s jeho potřebami a zájmy. Vzdělávání dospělých musí navazovat na jejich počáteční vzdělávání, a dále rozvíjet znalosti, dovednosti, hodnotové postoje, zájmy, osobní a sociální kvality, potřebné pro plnohodnotnou práci i mimopracovní život.

Vytvářet prostředí a programy umožňující stárnoucím osobám a seniorům vyrovnat se s novými poznatky a informačními technologiemi, které mohou vést k udržení a rozvíjení jejich schopností, přispět ke zvládnutí nároků moderní společnosti a naplnit jejich zájmy a potřeby.

Rozvíjet oblast vzdělávání všech věkových kategorií v přípravě na stárnutí a stáří se zaměřením na utváření dobrých vztahů, seznamování se s potřebami a problémy seniorů, podporovat vytváření postojů úcty a porozumění.

X. Bydlení

Odpovídající bydlení je pro seniory zvlášť důležité. Oddaluje nebo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty.

Cíle:

Průběžně vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů, poskytovat seniorům podporu při přizpůsobení bydlení jejich potřebám, zlepšovat podmínky bydlení seniorů s důrazem na jeho individuální charakter, chápat tato opatření jako prevenci a oddálení institucionalizace.

Příloha č. 2

CHARTA PRÁV A SVOBOD STARŠÍCH OBČANŮ

Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije. Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám.

Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti.

Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.

Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených.

Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy.

Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.

Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek. S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity.

Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby.

Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti.

Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné.

V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak.

Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje.

Institute obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně.

Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

Článek X

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku.

Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

Článek XI (úcta ke konci života)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora.

Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k vůli a přání umírajících.

Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti.

Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost

a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě.

K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.

Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

SUMMARY

Psychosociální aspekty stárnutí

Psycho-social aspects of ageing

Author: Tamara Janděčková

Old age is not a disease but a natural and individual process of longlife changes. These changes vent themselves just in the last period of human life, when in the organism dominate irreversible regressive and involutive processes.

Ageing does not go only along the individuum, but the whole society. The Czech population is considered as an „old“ still since 1950, when former Czechoslovakia went over the limit of 7% of inhabitants older than 65 years. Following the prognosis, the number of people over 65 will grow constantly. It takes especially the consequences on economy and transformation of the social paradigm, as the seniors become a numerous social section, which requires adaptation of services, leisure-time offers, health care etc.

The growing term of life manifest itself also in a number of changes of the senior-to-family relations. First of all it goes about the gradnparents role changing and the dissolution of multi-generational families. In spite of some traditional family-structure release the seniors remains a fix element of intergenerational social and relational structures and in case of need they can reckon for support or help from the family.

Excect of the psycho-social problems connected with the retirement, the human also have to equal in another problems, which pertinent to retirement. Above all it is a financial provision of the old-age pensioner (when the earning goes many times radical down) and also about the theme of the quality and comfortable living.

Every human would certainly wish to spend the period of his ageing and old age adequately. To this purpose can help the programme of old-age-preparingm, which should be understood as an unavoidable part of the life course, and it should support the consciousness of one's responsibility for own ageing.