

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Karolína Kubová

STÁŘÍ JAKO MEZIGENERAČNÍ PROBLÉM V ČR A EU

Ageing as a Generation Problem in the Czech Republic and in the European Union

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Radek Eichl Ph.D.

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 2011

.....
Karolína Kubová

Poděkování

Děkuji PhDr. Radku Eichlovi Ph.D. za vedení mé práce, rady a připomínky. Po období stráveném na Fakultě humanitních studií, budu odcházet do dalšího studia s pocitem tvrdé dřiny a dobře vykonané práce. A s pocitem vděčnosti, že jsem se mohla stát součástí této mimořádné fakultní rodiny, kde je neopakovatelná atmosféra, a kde někteří pedagogové i výjimeční studenti již dnes tvoří hodnoty, ze kterých bude celá naše společnost čerpat zítra.

OBSAH

1.	ÚVOD	1
2.	ŠIRŠÍ POHLED NA PROBLEMATIKU- MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA, DEMOGRAFIE, SOCIÁLNÍ STÁT, IMIGRACE.....	3
2.1.	MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA-EXKURZ DO PROBLEMATIKY V RÁMCI VYBRANÝCH ZEMÍ V EU (ČR, NĚMECKO, FRANCIE, ANGLIE, ITÁLIE, SEVERSKÉ STÁTY-FINSKO)	3
3.	CO JE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	9
3.1.	GERONTOLOGIE A GERIATRIE	9
3.2.	TĚLESNÉ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ	10
3.2.1.	<i>Deprese a demence.....</i>	<i>12</i>
3.3.	SOMATICKÉ PROJEVY STÁRNUTÍ.....	14
3.4.	SOCIÁLNÍ ROLE	15
4.	TÉMA STÁŘÍ A MÉDIA	17
5.	SOCIÁLNÍ STÁT, JEHO ÚLOHA V MODERNÍ SPOLEČNOSTI A PROBLÉMY STÁŘÍ.....	18
5.1.	CO JE SOCIÁLNÍ STÁT A JAK SE HISTORICKY VYVÍJEL VE SVĚTĚ	19
5.2.	SOCIÁLNÍ STÁT A STAROBNÍ DŮCHODY.....	21
6.	DEMOGRAFICKÁ KRIZE ČR A EU	23
6.1.	DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE	23
6.2.	DEMOGRAFICKÁ KRIZE A JEJÍ NÁSTRAHY	25
7.	ÚSTAVNÍ PÉČE NEBO DOMÁCÍ PÉČE	28
7.1.	AGEISMUS	28
7.2.	JAK DNES VYPADÁ ÚSTAVNÍ A DOMÁCÍ PÉČE	29
7.2.1.	<i>Porovnání věkové struktury v ČR a Německu.....</i>	<i>33</i>
7.3.	VZOROVÝ PŘÍKLAD - SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POHLED NA AKTUÁLNÍ SITUACI V PRAZE	35
7.4.	DŮCHODOVÁ REFORMA V ČESKÉ REPUBLICE	41
7.4.1.	<i>Starobní důchody v ČR a zahraničí (Německo), důchodová reforma – celoevropský problém.....</i>	<i>41</i>
8.	ŽIVOT V DOMOVECH PRO SENIORY V ČR.....	45
9.	ZÁVĚR.....	47
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
	PŘÍLOHA Č. 1 DOMOVY PRO SENIORY V PRAZE A OKOLÍ	56
	PŘÍLOHA Č. 2 UMÍRÁNÍ A SMRT, HOSPICE.....	58

Seznam tabulek

Tabulka č. 2.1 Rozložení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin (Zdroj:ČSÚ, 2003).....	3
Tabulka č. 6.1 Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR (Zdroj:Demografický informační portál, 2002)	24
Tabulka č. 6.2 Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR (v %) (Zdroj:Demografický informační portál, 2002)	24
Tabulka č. 6.3 Budoucí vývoj složení obyvatelstva nad 65 let podle vybraných věkových skupin, ČR (Zdroj:Demografický informační portál, 2002)	25
Tabulka č. 7.1 Věková struktura v Německu (Zdroj:Centrum v německém Rostocku pro výzkum demografických změn, 2005).....	33
Tabulka č. 7.2 Věková skladba obyvatelstva v roce 1960 (Zdroj:ČSÚ, 2005)	34
Tabulka č. 7.3 Věková skladba obyvatelstva v roce 2005 (Zdroj:ČSÚ, 2005)	34
Tabulka č. 7.4 Platby za ubytování a sociální služby (Zdroj:Senior centrum, 2010).....	44

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Domov pro seniory Chodov, Donovalská	41
Obrázek č. 2 Dům Portus	45

Anotace

Bakalářská práce se snaží zmapovat aktuální situaci seniorů v České republice a vybraných zemí Evropské unie. V rovině jednotlivých témat bude pozornost zaměřena na proces stárnutí v širším kontextu i některé dílčí aspekty, jako je postavení seniorů v moderní společnosti, nebo projevy ageismu. Práce vychází z faktu, že sociální státy v Evropě, i ten náš, se nacházejí v hluboké krizi a nejsou na demografické změny a stárnutí populace připraveny. V České republice je to navíc umocněno skutečností, že zde není vypracovaná a schválená kvalitní penzijní reforma. I z toho důvodu se zamýšlím nad tím, zda je pro seniory vhodnější domácí nebo ústavní péče, a jaké sociální služby jsou k dispozici.

Abstract

This bachelor's diploma work attempts to map the current situation of senior citizens in the Czech Republic and in the European Union, and its key topics cover the ageing process, the position of senior citizens in our society, and the effects of ageism. The thesis is based on the fact that welfare states in Europe, including the Czech Republic, are in a deep crisis. The situation is even more critical in the Czech Republic when considering that it is not well prepared for demographic changes and population aging, and no quality pension reform has been prepared and adopted. In this context, I have looked at whether home care or institutional care is better for senior citizens and what social services are available.

Klíčová slova

Senioři, stáří, stárnutí populace, umírání, smrt, potřeby seniorů, sociální služby, zdravotní péče, důchodová reforma, mezigenerační solidarita, demografická krize, sociální stát, druhý životní program, hospicové hnutí, ageismus

Keywords

Elderly people, old age, ageing population, dying, death, elderly persons needs, social services, health care, pension reform, intergenerational solidarity, demographic crisis, social state, second life plan, hospice upheaval, ageism

1. ÚVOD

Stávající bakalářská práce je zaměřena na základní aspekty procesu stárnutí jakožto problému nejen v České republice, ale i v Evropské unii. Uvedené skutečnosti byla přizpůsobena struktura práce i metody výzkumu. Práce je tak rozdělena do 9 kapitol, přičemž každá kapitola popisuje určitou významnou skutečnost, která s uvedeným jevem úzce souvisí. Kapitola druhá má za cíl srovnat situaci v ČR a některých zemích EU, jako je Francie, Německo a Finsko, kde je patrný zájem na řešení mezigeneračních problémů a solidarity. Česká republika bohužel zůstává v tomto ohledu za evropským standardem, neboť zde zatím žádná dlouhodobá smysluplná koncepce neexistuje. Ve třetí kapitole je definováno stárání a stárnutí, a s tím spojené tělesné, psychické a sociálně psychologické aspekty. „Stárání a média“ je kratší, ale důležitá čtvrtá kapitola, neboť je věnována vážnému etickému problému spočívajícím v tom, že v moderní společnosti média pouze nepopisují realitu, ale realitu vytvářejí a často fungují jako obránci ideových zájmů mocenských a politických skupin, tudíž jejich přístup ke stárnoucímu člověku je mnohdy negativní, neobjektivní, záměrně zkreslující realitu, což v konečném důsledku situaci ještě vyostřuje. V práci nemůže chybět kapitola pátá o sociálním státu a jeho úloze v moderní společnosti. Kapitola šestá „Demografická krize a stárnutí populace“ je již teoreticko-praktickou, neboť odráží vlastní výzkum zaměřený na předpoklady demografů a budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a ukazuje, co Českou republiku a Evropskou unii čeká v roce 2050. Tématem sedmé kapitoly je pohled na problematiku ústavní a domácí péče. Zde dojde ke srovnávání situace v ČR a Německu, jakožto země v mnoha ohledech srovnatelné a přesto velmi odlišné, stran věkové skladby obyvatelstva v obou zemích, a její predikci do budoucna. Osmá kapitola má název „Život v domovech pro seniory v ČR“, a přibližuje rozhovor s panem Janem Lormanem, který má s problematikou ústavní péče dlouholeté zkušenosti. Poslední kapitola obsahuje závěry.

Co se metod výzkumu týká, vzhledem k tomu, že se jedná opravdu o stěžejní problém, o němž se v české literatuře nehovoří komplexním způsobem a odborná literatura je značně „roztříštěná“, byla jsem nucena využívat zejména množství zahraničních zdrojů, které jsem analyzovala, následné výsledky syntetizovala a provedla jsem jejich komparaci, kde to bylo třeba. Bylo to nutné zejména z toho důvodu, že v české literatuře chybí moderní monografie, která by zdůrazňovala potřebu kvalitativních změn v oblasti specifických potřeb seniorské populace 21. století. V české literatuře existují pouze texty zaměřené na dílčí aspekty

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

zkoumané problematiky (jako jsou např. tělesné aspekty stárnutí), což má vliv na strukturu i obsah jednotlivých kapitol a v neposlední řadě i na celkovou koncepci práce.

Práce je propedeutická, a tudíž jsem byla nucena se pokusit o to být maximálně konzistentní, ale pouze do té míry, aby byla práce přehledná a srozumitelná, a mohla posloužit jako východisko pro další navazující výzkum. V neposlední řadě se tato skutečnost dotkla i celkového ladění této práce. Na základě rad odborníků z teorie i praxe, např. spolupráce s předsedkyní představenstva společnosti Evita o.s. paní Evou Bartošovou, která provozuje Občansko-právní poradnu pro seniory a osoby v nelehké životní situaci prostřednictvím aktivit v Azylovém domě pro týrané ženy a seniory, jsem se rozhodla učinit práci více teoretickou nežli praktickou. To v praxi znamená, že jsem byla nucena rezignovat na to, abych práci postavila na vlastním výzkumu zaměřeném na roli seniorů v ústavní a domácí péči, jíž jsem se věnovala po celou dobu svého studia na FHS. Vzhledem k uvedené absenci zdrojů a rozptýlenosti terminologie, je totiž potřeba vytvořit především bázi, z níž bude možné podniknout další výzkum. Tato bakalářská práce by měla být teoreticko-praktická, proto v některých kapitolách zasazuji teorii do kontextu (např. v souvislosti se zeměmi EU), viz kapitola „Porovnání věkové struktury v ČR a Německu“ a další, a v některých výjimečných případech navazuji i vlastním výzkumem, který však nekoliduje s teorií, měl by být pouze doplňkový.

2. ŠIRŠÍ POHLED NA PROBLEMATIKU- MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA, DEMOGRAFIE, SOCIÁLNÍ STÁT, IMIGRACE

2.1. MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA-EXKURZ DO PROBLEMATIKY V RÁMCI VYBRANÝCH ZEMÍ V EU (ČR, NĚMECKO, FRANCIE, ANGLIE, ITÁLIE, SEVERSKÉ STÁTY-FINSKO)

Vzhledem k tomu, že se oslabily sociální vazby uvnitř rodiny, mohou nabývat na významu pudové, biologické tendence, které motivují pozitivní chování k vlastnímu potomstvu, ale nemají žádný význam ve vztahu ke starým lidem. (Vágnerová, 2000:444)

Demografická krize, nebo přesněji řečeno krize našich dnešních evropských národních společností, je spojená s úbytkem počtu nově narozených dětí a stárnutím populace. Společnost stárne, máme nižší natalitu. Již nyní je patrné, že vztah demografických ukazatelů a penzijního systému je v nerovnováze. Současná situace v České republice je vážná a další nárůst starobních důchodců pravděpodobně způsobí kolaps důchodového systému, pokud počet obyvatelstva neporoste z jiných zdrojů. *Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací* (Holmerová et. al., 2010).

Jak vyplývá ze zprávy Českého statistického úřadu „Základní demografické ukazatele za ČR a vybrané členské státy EU“: (Tabulka 2.1) Rozložení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin v roce 2003 poukazuje na to, že v porovnání se Slovenskem, Maďarskem, Rakouskem a Švédskem, má ČR nejnižší podíl obyvatelstva ve věku 0-14 let, konkrétně 15,4%. To je důsledkem poklesu úrovně plodnosti v 90. letech minulého století.

Země	Střední stav obyvatel	Podíl věkových skupin (%)			Index	
		0-14	15-64	65+	stáří	ekonomické závislosti
Česká republika	10207362	15,4	70,7	13,9	90,4	41,5
Maďarsko	10129552	16,0	68,6	15,4	96,5	45,8
Rakousko	8117754	16,4	68,1	15,5	94,3	46,9
Slovensko	5379607	17,8	70,7	11,5	64,4	41,5
Švédsko	8958229	17,9	64,9	17,2	95,8	54,0

Tabulka č. 2.1 Rozložení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin (Zdroj: ČSÚ, 2003)

Dochází k rozdílu mezi stárnutím populace a ekonomickými možnostmi státu a je třeba se hlouběji zamyslet řešeními, jedním z nich je prohlubování mezigenerační solidarity a

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

přebírání odpovědnosti za budoucí generace snižováním sociálních nákladů. Mezigenerační solidarita by měla být v sociálním státu samozřejmostí, ovšem dnešní střední generace s touto zátěží spíše nesouhlasí. *Téměř polovina respondentů ve střední generaci, která vidí seniory jako chronické stěžovatele, jejichž požadavky nemají reálné opodstatnění, dává něco tušit o vzájemných vztazích těchto sousedících kohort. Může se ale jednat i o důsledek obavy z dvojité zátěže, kterou střední (někdy nazývaná „sendvičová“) generace potencionálně ve stárnoucích společnostech ponese* (Vidovičová, 2008:173).

Stárnutí populace a přesun velkého segmentu osob do tzv. čtvrtého věku, což jsou ve velké míře osoby, které jsou i při absenci vážných onemocnění, závislé na pomoci (penze, péče), může být v budoucnu centrem sociálního napětí a již dnes je zde možno spatřovat projevy počínajícího ageismu, neboť bude nutné tímto směrem alokovat nemalou část veřejných zdrojů (Sýkorová, 2007).

Přestože jednotlivé členské země EU deklarují, že zajištění koordinace a kontinuity služeb (zejména pro starší a chronicky nemocné pacienty) považují za svou prioritu, v mnoha zemích zůstává tento úmysl pouze deklarován. Patří sem zejména země bývalého postkomunistického bloku, a to včetně České republiky. Tato nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb je zdrojem nedostatečné funkčnosti dlouhodobé péče (Holmerová et. al., 2010:29).

Rozdíl je patrný u dlouhodobé péče ve Francii, Německu, Rakousku a Anglii – Anglie vytvořila týmy rychlé reakce (*rapid response teams*) a zařízení přechodové péče (*intermediate care facilities*), která poskytují rehabilitaci a zajištění služeb po propuštění z nemocnice. Ve Francii existují centra CLIC, která poskytují poradenství a doporučí pacientovi konkrétní zdravotnické nebo sociální zařízení, či jiné služby. Německo a Rakousko má obvykle v nemocnici propouštěcího manažera (*discharge manager*), který pacientovi poradí a zajistí další služby po jeho propuštění do domácího ošetřování. U nás tuto práci vykonávaly v minulosti sociální pracovníce některých zdravotnických zařízení, v současnosti to neřeší nikdo.

Pohled na rodinné vazby v ČR a Německu – v mezinárodním srovnání s německou populací vykazuje česká populace stále ještě vyšší míru mezigenerační solidarity. Ve všech generacích můžeme pozorovat velmi blízký vztah dcery k matce. Při srovnání s německou populací tu byl shledán významný rozdíl - střední generace v Německu žije jen zcela

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

výjimečně v jedné domácnosti s nejstarší generací. Německé matky očekávají do budoucna od svých dětí méně pomoci než matky české. Dost podstatný rozdíl se týká také péče ve stáří, české matky častěji očekávají od svých dcer a synů, že se o ně postarají (Možný et. al., 2003). Tato zpráva přináší první mezinárodní srovnání s podobně koncipovaným výzkumem na analogické populaci tří generací v Německu. Srovnání je založeno na datech získaných v mezinárodním projektu *Value of Children and Intergenerational Relationship in Six Cultures (2000)*.

Demografické změny v Německu a Itálii – lidé ve věku nad 40 let budou v evropské společnosti už brzy (zhruba za 5-10 let) převažovat, v Německu a Itálii to bude dokonce 60% obyvatel. Následkem toho se bude zmenšovat podíl lidí produktivního věku, přičemž lidé nad 65 let budou tvořit více než 30% evropské populace (Evropská komise, 2007). Tato změna je doprovázena poklesem porodnosti v celé Evropě, i snižováním počtu mladých lidí vstupujících na pracovní trh. V České republice je situace obdobná.

Vzorem pro ČR může být Finsko – některé země měly zodpovědné politiky, kteří dokázali dohlédnout za horizont aktuálních potíží a včas přijímali rozhodnutí, která jejich stát od budoucích velkých problémů alespoň částečně ochránila. V Evropě dnes patří k takovým zemím Finsko. Našlo sílu pro preventivní opatření v sociální a vzdělávací oblasti. Tyto změny vytvořily předpoklady pro ekonomický růst a vysokou míru porodnosti i v době dnešní stagnace celého evropského hospodářství.

Společnosti západní civilizace dosáhly na konci 20. století velké ekonomické prosperity a rozvoje sociálního státu, což ale přineslo i nezamýšlené negativní důsledky – demografickou krizi, rozvolnění tradičních rodinných vazeb a vzrůst sociálního napětí po příchodu imigrantů. Evropské státy se přestaly populačně reprodukovat, dramaticky klesá počet obyvatel. Po mnoha stoletích populačního růstu evropská populace začíná vymírat. Celoevropský průměr je odhadován na 1,34 dítěte na jednu ženu. Mezi státy výrazně podporující mladé rodiny s dětmi, a tedy s poměrně vysokou mírou porodnosti, patří Francie a severské země. Česká republika patří k zemím s nižší porodností (porodnost 1,2).

Podle průzkumů, které v roce 2002 provedl *United Nations Population Fund* klesne v Evropě počet obyvatel do roku 2050 o 125 miliónů (přičemž do tohoto čísla je započítána očekávaná vlna imigrace), na 600 miliónů.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

To může vést dle profesora Rabušice (2001) k výraznému poklesu počtu obyvatel, který bude mít pozitivní efekty, např. zpomalené čerpání vzácných přírodních zdrojů. Naopak profesorka Rychtaříková (1997) se obává, že pokles počtu obyvatel povede k erozi sociálních sítí, k poklesu hrubého produktu na hlavu (pokud klesá počet osob, klesá i celkový produkt, protože existuje konstantní režie, kterou je nutné pokrýt, a tím klesá i disponibilní částka na jednotlivce), a v celé společnosti dochází k synkretickému efektu, kdy růst stimuluje další růst, kdežto úpadek vyvolá další propad.

Snižování sociálních nákladů v ČR, které se dnes stalo předmětem politických proklamací, není reálným požadavkem na náš sociální stát. Ten totiž vůbec není štedrý a velkorysý, ale naopak dostává řadu rodin pod hranici chudoby, čímž vlastně do jisté míry porušuje Základní listinu práv a svobod občanů. Jak dokládá profesor Potůček (2010:13) *Český sociální stát je jedním z nejšetrnějších a nejúspornějších v Evropě vůbec*. Také dlouhodobá vysoká nezaměstnanost a nedostatek plnohodnotných pracovních míst může mít v budoucnu negativní dopady na penzijní systém, protože dojde k výpadkům na příjmové straně. Politika zaměstnanosti je proto důležitá. Dánsko vydává na politiku zaměstnanosti 2,6% HDP, ČR pouze 0,6% HDP. Také „zdravotní péče placená z vlastní kapsy“ je u nás vysoká.

V souvislosti s tím se nabízí otázka dotací z fondů EU, které bývají v ostatních zemích Evropské unie vhodným komplementárním zdrojem pro financování těchto aktivit. Dle oficiálních statistik předkládaných ministerstvy (zejména MPSV, MZČR), není situace u čerpání z fondů nikterak alarmující, ale při bližším pohledu na přehled (nízkého) čerpání zdrojů na konkrétní aktivity je situace tristní.

V porovnání se zeměmi jako je Francie a Německo, je podíl čerpaný z alokovaných fondů do center pro seniory u nás výrazně nižší, je to dáno nadměrnou administrativou i neflexibilitou jednotlivých výzev předkládaných projektů v rámci příslušných fondů, jedná se především o Evropský sociální fond (ESF).

Jistou formou kompenzace tak může být „umělý nárůst populace“, zejména prostřednictvím imigrace neboli přistěhovalectví. *Bez cizinců se na našem trhu práce neobejdeme* (Škromach, 2010). Osoby s cizím státním občanstvím, s povolením k dlouhodobému nebo trvalému pobytu představovaly v roce 2007 přibližně 12,5% obyvatelstva hlavního města Prahy (ČSÚ, 2007). Nicméně tato témata je třeba dobře

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

promyslet a propracovat nový koncept na vládní úrovni za účasti odborníků, politiků, sociologů, psychologů, ekonomů, demografů atd. a zahájit veřejnou diskusi, aby naše společnost byla na tyto změny připravena. A na druhé straně je nutné také nastavit jasné podmínky a tvrdý právní rámec pro imigranty. Pouze citlivým a promyšleným projektem můžeme docílit vhodný způsob integrace Vietnamců, Rusů, Ukrajinců a jiných národností, do majoritní společnosti. Nepochopení na obou stranách může vést k radikalizaci a násilí. Musíme je začlenit do společnosti tak, aby řádně platili daně, přispívali na důchodový systém, který je jedním z hlavních pilířů sociálního státu, aby se zařadili kulturně a společensky. Abychom docílili harmonického soužití s českými občany a nevytvořili problematická ghetta, která budou centrem sociálních výbuchů a nepokojů, která se mohou rozšířit po celé zemi. Naším cílem musí být zabránit etnickým konfliktům a destabilizaci naší republiky. *Významným impulsem tohoto přesunu pozornosti z chudoby na sociální exkluzi v zemích EU je i rostoucí podíl imigrantů z mimoevropských kultur, doprovázený neochotou majoritní společnosti jednotlivých evropských zemí imigranty integrovat, ale i neochotou rostoucího počtu imigrantů integrovat se a jejich snahou spíše obsazený prostor kolonizovat přenosem a uchováním vlastní kultury* (Sartori, 2005).

Podívejme se ovšem na problematiku imigrace nestranně. Zajímavé pro nás může být srovnání s Německem, kde se porodnost pod míru prosté reprodukce opakuje už ve druhé generaci, a kde mají s imigrací dlouhodobé zkušenosti. Imigrace může být vhodným prostředkem pro obsazení prázdných pracovních míst v ekonomice, ale přináší i mnoho problémů. Profesor sociologie Stein Ringen (2003) z Oxfordské univerzity si klade řadu otázek: *Přejeme si my Evropané imigranty? Nevypadá to tak. Jsme schopni se vysokým mírám imigrace přizpůsobit? Nejsme.* Navíc se většina odborníků shoduje na tom, že imigrace do Evropy bude pokračovat, ale úbytku obyvatel nezabrání. Přistěhovalectví je velmi aktuálním problémem také ve Francii, kde prezident Nicolas Sarkozy tvrdě prosazuje pravidla pro (rychlé) navrácení nelegálních migrantů. V roce 2010 Francie upoutala pozornost světových médií deportacemi rumunských Romů.

Z toho vyplývá, že je třeba znovu propočítat systém důchodů a systém sociálních dávek. Je nutné se nad těmito problémy hluboce zamyslet a navrhnout nová řešení. Přestože se do budoucna počítá s mírným nárůstem porodnosti, není reálné počítat s optimistickou variantou, že by se porodnost zvýšila do té míry, že by nedocházelo k úbytku české populace. Přirozenou cestou tedy přírůstek nezajistíme a musíme přemýšlet o jiných alternativách, jak

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

udržet dobře fungující sociální stát, ovšem jakých? Návrhy politiků, které v poslední době často zaznívají, aby se prodloužil věk odchodu do důchodu, jsou nesmyslné. Lékaři, např. kardiolog profesor Aschermann z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (2011), jednoznačně poukazují na to, že osoby kolem 65 roku života, někteří i dříve, již nejsou schopni některá povolání vykonávat. S přibývajícím věkem se lidem tzv. sečte životní styl. Moderní doba dává přednost rychlému stravování, chronickému nedostatku pohybu, růstu obezity, stresu. Lidé jsou pak častěji unavení, podráždění, klesá výkonnost a koncentrace.

Faktorů působících na lidské zdraví je celá řada a ovlivňují také kvalitu života ve stáří:

- a) kulturní faktory – zvyky, vyznání, volný čas, materiální vybavení
- b) politické faktory – rozpočet, plánování, politická situace
- c) demografické faktory – stáří populace, migrace, hustota obyvatel, rodinné plánování
- d) geografické faktory – podnebí, reliéf krajiny, přírodní zdroje, koncentrace zástavby, dopravní spojení a dopravní komunikace
- e) zdravotnické faktory – zdravotnické služby (zařízení, vybavení, personál), poznatky v lékařství, využití služeb
- f) socioekonomické faktory – bydlení, městské a vesnické uspořádání, způsob života, vzdělání populace, zaměstnání

(Zdroj: Příručka pro pečovatelky a pečovatele, Francie 1992)

3. CO JE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Skupinu starých lidí v důchodu lze považovat za určitou sociální minoritu, která je majoritní společností chápána jako nevýznamná, neúčinná a neproduktivní. (Vágnerová, 2000:465)

3.1. GERONTOLOGIE A GERIATRIE

Stařec, starý člověk, je odvozen z řeckého slova *gerón*. Geront se latinsky řekne *senex*, ze kterého odvozujeme slovo senilita a senilní. Gerontologie je věda o stáří a stárnutí, dělí se na teoretickou (vědecký základ oboru), sociálně populační (řeší vztahy mezi stárnoucím člověkem, společností a prostředím) a klinickou (geriatrie). Geriatrie neboli klinická gerontologie, je lékařský obor zaměřený na problematiku stáří a zvláštnosti chorob ve stáří. Autorem termínu geriatrie je americký lékař rakouského původu, Ignatz Leo Nascher. Slovo geriatrie je etymologicky odvozeno od řeckého slova *gerón* (starý člověk) a *iatro* (léčím). Geriatrická medicína se zaměřuje na problematiku akutní, chronickou a paliativní. Gerontogeneze, neboli stárnutí, je přirozený proces, který probíhá u každého člověka a začíná už v momentě jeho narození.

Hlavní problémy geriatrie zformuloval primář Jaroslav Přehnal (2001), bývalý předseda České gerontologické a geriatrické společnosti, takto: *Za hlavní problémy oboru lze považovat jeho relativně značně složitou strukturu, velmi heterogenní klientelu starších nemocných, která je z hlediska medicínského, sociálního i pečovatelského všestranně velmi náročná na znalosti a kvalitu všech zdravotnických služeb i pracovníků. Proto by tento obor měl být vnímán do budoucna jako prioritní, velmi významný a perspektivní, nenahraditelný dílčími znalostmi jiných oborů. Geriatrie jako obor se musí koncipovat tak, aby zajistila holistický pohled na staršího nemocného ve zdraví i nemoci v průběhu času.*

Řecký filosof a matematik Pythagoras přirovnal lidský život ke čtyřem ročním obdobím, do věku 20 let utváření (jaro), do 40 let mládí (léto), do 60 let rozkvět sil (podzim), poté stáří (zima).

Každý člověk stárne jiným způsobem a jinou rychlostí, a tento proces je vždy diskontinuítní, tedy nesouvislý. Stárnutí znamená prostě involuční proces organismu, který probíhá rychleji či zvolna, kontinuálně či častěji disociovaně, a to po celý život (Haškovcová, 1990:56).

Stáří bychom neměli chápat jen jako období nemocí, problémů a čekání na smrt. Stáří totiž opravdu nemusí vždy znamenat výrazné zhoršení zdravotního stavu. Je řada lidí nad 60 let, kteří žijí aktivním životem a jejich zdravotní stav je relativně dobrý. Je potřeba rozlišovat dva typy stárnutí a to fyziologický typ stárnutí, který je přirozený, a patologické stárnutí, které je spojeno s vysokým výskytem nemocí. Situace se ve většině případů začíná výrazně měnit po 75. roce života, kdy počet degenerativních změn spojených se stářím začíná narůstat. *Někdy je těžké rozlišit, které změny jsou přímým či nepřímým následkem nemoci a které souvisejí pouze s věkem* (Říčan, 2004:33).

3.2. TĚLESNÉ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ

Negativní postoj ke starým lidem mohou posilovat i nezpracované obavy z vlastního stárnutí. (Vágnerová, 2000:444)

Materiál OECD (2007) upozorňuje na skutečnost, že řada přehledů o zdravotním stavu evropského obyvatelstva, nebo i konkrétně seniorech, byla provedena na vzorcích populace, které (překvapivě) nezahrnovaly seniory žijící v různých typech zařízení a institucích, a tím došlo ke zkreslení údajů, které uvádějí především somatická (tělesná) onemocnění, zatímco o duševních onemocněních se příliš nehovoří. Ale přitom právě Alzheimerova choroba a jiné formy demence jsou častým onemocněním u seniorské populace a hrají v životě starých lidí zásadní roli. Navíc se jedná o progresivní (postupující, vyvíjející se) onemocnění, a i přes určité možnosti zpomalení této progresy farmakologicky (pomocí léků), tato onemocnění postupují tak, že vyžadují náročnou dlouhodobou péči.

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Poprvé byla popsána a představena na vědecké konferenci německým psychiatrem a neuropatologem Aloisem Alzheimerem v roce 1906. Projevuje se výpadky paměti, ztrátou orientace v čase i prostoru, poruchami řeči a hybnosti.

Tělesné změny - proces stárnutí záleží na genetických dispozicích, které jsou základem primárního stárnutí a na vnějších faktorech, které jsou základem sekundárně podmíněného stárnutí. Každý člověk má v sobě tzv. genetické hodiny, což znamená, že v určitém momentě u něho začnou pracovat geny mající vliv na stárnutí, jedná se o individuální proces. Vnější faktory představuje životní styl, sport, nadváha, kouření apod.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Mezi základní projevy stárnutí u zdravých i nemocných seniorů patří – pokles energie a vitality, pokles tělesné síly, zpomalování chůze, zhoršování akomodační schopnosti oka a sluchového vnímání, rozvláčnější řeč, zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Nejdříve začíná stárnout svalová a kosterní tkáň, tento proces začíná již ve věku 40 let. Začínají se objevovat chronické choroby, jako diabetes, artritida apod. *Stárnutí je proces, spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí* (Vágnerová, 2000:402).

Ke stáří patří také stařecká křehkost, která vyjadřuje rizikovost seniora, kterou způsobil úbytek svalové a kostní hmoty, snížená pevnost kostí, fyziologický pokles výkonností orgánů ve stáří. Staří křehcí senioři jsou ve velké míře ohroženi zlomeninami, pádem, úrazem, inkontinencí. Pády a zlomeniny se vyskytují především u žen, které bývají často postiženy osteoporózou. U seniorek dochází ke zlomeninám krčku stehenní kosti, zlomeninám zápěstí, hrudních a bederních obratlů.

Psychické změny - stáří s sebou přináší i poruchy paměti. Paměť má různé roviny, existuje paměť krátkodobá, dlouhodobá, paměť pro prostor, pro čísla, paměť specifická, profesní atd. U starých lidí dochází ke snižování vnímavosti a všípivosti, a to jsou základní složky paměti. Často se můžeme setkat s případem, kdy si stařenka nemůže vzpomenout na jméno své přítelkyně, se kterou právě mluví, i když ji dokáže dobře zařadit do souvisejících minulých událostí. *Přijatelná funkce paměti je důležitá pro uchování vlastní identity. Člověk, který nepoznává své okolí, nezná svou minulost a neví kdo je, svou identitu ztrácí. Je to důsledek patologického procesu, který vede ke komplexnímu postižení psychiky, k těžké demenci* (Vágnerová, 2000:453).

Starší lidé vykazují stereotypy v názorech, jednají ve známých a zaběhnutých schématech. Určit zde přesně bod zlomu, kdy už se nejedná o vlastní osvědčenou metodu, ale spíše o rigiditu, tedy nepružnost v názorech, ztuhlost, nepřizpůsobivost novým podnětům, je těžké. Starý člověk je spíše bilancující a už nemá snahu něco změnit, nemá zájem něco zásadně předělávat. Staří lidé mohou rychleji ztrácet motivaci pro některé své aktivity, protože osobnost člověka se mění a záliby se zužují, důvodem může být také větší unavitelnost kvůli úbytku tělesných sil. Staří lidé často trpí poruchami spánku.

Staří lidé v novém prostředí a s neznámými lidmi bývají úzkostní, nejistí a nedůvěřiví. Mohou mít nedůvěru i k novým věcem a novým faktům, nechápou některé informace z médií, televize, rozhlasu a denního tisku. Často slyšíme věty „Za našich mladých časů to bylo jinak

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

...“, „Kdysi býval svět lepší ...“ apod. Stárnoucí člověk je více zaměřen na minulost, kterou si subjektivně zkrášluje vzpomínkovým optimismem. Staří lidé proto rádi vyprávějí historky z minulosti a to často opakovaně, aniž by si uvědomili, že je jejich okolí už slyšelo. Nyní je starý člověk postupně obkloповán světem, kterému nerozumí. Staří lidé ztrácejí duševní svěžest, uzavírají se do vlastního světa vzpomínek, a vzdalují se od aktuálního dění.

Staří lidé bývají podezíraví, mají obavy, že je příbuzní ošidí, jsou nesnášenliví, nervózní, podráždění. Jejich pocit nejistoty z nového světa, který neznají, může vyústit do nepřiměřených agresivních reakcí.

3.2.1. DEPRESE A DEMENCE

Staří lidé bývají častěji depresivní. (Vágnerová, 2000:494)

Velkým problémem stáří bývá smutek a deprese, které stále není věnována dostatečná pozornost. Důvodem bývají zdravotní problémy, finanční problémy, úbytek sociálních kontaktů, pocit izolace, smrt partnera, přechod z vlastního domova do domova důchodců. *Prožívání starých lidí směřuje k introverzi a melancholii (Langmeier, 1998:50).*

Kromě geriatrické je samostatná lékařská disciplína gerontopsychiatrie, která se zaměřuje především na poruchy spánku, demenci, depresi, poruchy chování ve stáří, delirantní stavy a paranoidní syndromy. Je důležité, aby se na tyto sociálně psychologické změny ve stáří nemocnice, LDN a další instituce správně připravily, protože agresivita některých seniorů může narušit chod celého zařízení. Proto např. některé denní stacionáře odmítají tyto seniory přijímat.

Klinický obraz deprese je charakterizován dlouhodobou změnou nálady, může se objevit i podrážděnost, nebo úzkost, s přidruženými změnami psychiky - nedostatek sebedůvěry, nízké sebehodnocení, ztráta soustředivosti, poruchy paměti, pocity beznaděje, bezmoci, sebeobviňování, nárůst závislosti, opakované myšlenky na smrt, sebevražedné pokusy (Matějovský, 2007:54). Projevit se může také neklidnou aktivitou, podupáváním, neustálým přecházením, nebo nechutenstvím. Deprese u starých lidí mohou probíhat nestandardně a je třeba jim věnovat velkou pozornost ze strany lékařů a psychologů, aby byly správně diagnostikovány. Deprese ve vyšším věku probíhají velmi často atypicky a nemusí odpovídat běžným diagnostickým kritériím (Matějovský, 2007:55).

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Proces stárnutí přináší úbytek kognitivních schopností, který může být ještě urychlen v případě diabetu nebo hypertenze. Mezi kognitivní schopnosti patří myšlení, vnímání, pozornost, paměť, řeč, atd. Demence se projevuje poruchami novopaměti, ztrátou soudnosti, ztrátou schopnosti logického uvažování, úpadkem osobnosti, poruchami emotivní složky nemocného. Dlouhodobé sledování výskytu demence v populaci ukazuje, že 5% populace ve věku 65 let trpí demencí a každých 5 let se výskyt zdvojnásobí. Přitom 50-60% demencí je způsobeno Alzheimerovou chorobou. Každý pátý osmdesátiletý senior trpí Alzheimerovou chorobou (Matějovský, 2007:57).

Je zajímavé, že přestože dochází k biologické degeneraci centrální nervové soustavy, tak jednoznačné stanovení diagnózy (např. i po smrti) je stále složité. Z posmrtných patologických nálezů totiž nelze určit, zda mrtvý trpěl demencí. Takový člověk totiž nemusí mít vůbec významné vaskulární změny na mozku, které jsou často spojovány s tímto onemocněním. Naopak osoby, které měly významné změny na mozku, demencí nikdy netrpěly (Johnson, 2006).

Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence (Holmerová et. al., 2007)

Úplná rezignace, nebo výraznější úpadek osobnosti se v rámci demence může projevit také nezájmem o vlastní vzhled, oblékání, čistotu obecně. V. Pacovský (1994) upozorňuje na tzv. Diogenův syndrom, syndrom zanedbávaného starce, který ztratil veškerou motivaci k udržování hygieny a k péči o svůj zevnějšek a domácnost.

Petříková (2004) upozorňuje, že demografické změny mají dva základní aspekty – prvním je, že se mění poměr věkových skupin obyvatelstva ve prospěch generační skupiny starých občanů a druhým, že se mění struktura životního času jednotlivce ve prospěch životního období, které je ve vývoji považováno za závěrečné.

Demografický vývoj v Evropských zemích a předpokládaný vysoký počet starých osob postižených Alzheimerovou chorobou jasně ukazuje na budoucí trend, že je nutné zvýšit

kvalitu odborné péče a její dostupnost. Nárůst seniorské populace, automaticky přináší i nárůst demence. Statistiky v roce 2007 hovoří o 150.000 osobách na území ČR, jež jsou tímto onemocněním postiženy (Holmerová et. al., 2007).

Na území Německa je situace ještě dramatičtější, ovšem logicky vychází z vyššího počtu obyvatel. Jak uvádí německá autorka Annette Holuscha ve své knize „Altenpflege in der Familie“: Podle Rueckerta je nutno očekávat v roce 2000 na území bývalé SRN přes 1 milión těžce dementních osob. A prognóza pro rok 2030 je kolem 1,5 miliónu dementních pacientů (Holuscha, 1992:25).

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU (2009) hovoří o specifické situaci dementních pacientů. Zdravotní stav těchto osob bývá lékaři i sociálními pracovníky nesprávně posouzen, jejich skutečný zdravotní stav a potřeby jsou silně podceňovány a oproti somatickým nemocným bývají znevýhodňováni.

Celosvětová organizace *Alzheimer Disease International* upozorňuje, že mnoho lidí s demencí je diagnostikováno příliš pozdě, čímž dochází k menší úspěšnosti léčby a horší kvalitě života nemocného. V EU žije přibližně 7,3 miliónů osob s demencí a v roce 2050 se očekává více než dvojnásobek. Např. Francie se tímto tématem vážně zabývá a vytvořila tzv. *Plan Alzheimer 2008-2012*, na který byla uvolněna částka 1,6 miliardy EUR. Francie pořádala v říjnu 2008 Mezinárodní konferenci *Boj proti Alzheimerovu onemocnění a souvisejícím poruchám*, které se zúčastnila řada předních odborníků i politiků (bohužel bez účasti ČR).

3.3. SOMATICKÉ PROJEVY STÁRNUTÍ

Kvalita výživy ve stáří zásadním způsobem ovlivňuje celkový zdravotní stav. Deficity některých vitamínů, minerálů a stopových prvků, mohou přispívat k multimorbiditě (přítomnosti více chorob) seniorů. Např. xerostomie (suchost v ústech), postihuje asi 20% starší populace. Suchost v ústech negativně ovlivňuje žvýkání potravy i polykání, snižuje chuťové vjemy, zvyšuje riziko výskytu zubního kazu. Suchost v ústech je vedlejším účinkem velkého počtu léků. Zácpa je také častým problémem stáří, až 60% starších nemocných uvádí, že užívají laxativa (projímadla). Senioři mívají jednotvárnou stravu a to kvůli nedostatku peněz a taky proto, že bývají osamělí a jsou zvyklí na určité stereotypy ve stravování, není nikdo, kdo by jim navrhl a ukázal nové postupy a možnosti při přípravě oběda, večeře. Senioři by si měli hlídat svou váhu a v případě nadváhy, nebo naopak velkého váhového úbytku,

který může být signálem vážné choroby, ihned navštívit lékaře. Je vhodné také aktivně sportovat, chodit na procházky apod., samozřejmě s ohledem na aktuální možnosti seniora.

3.4. SOCIÁLNÍ ROLE

Úspěšná adaptace na stáří závisí na optimismu a životním nadhledu, na lidech, na které se mohou senioři spolehnout, na jejich aktivitě. (Sýkorová, 2003)

Sociální role u starého člověka procházejí změnou a některé ubývají. Odchod do důchodu je změnou role, kdy starý člověk ztrácí sociální prestiž a stane se z něho jen jakýsi anonymní důchodce. Některé role ovlivňují ekonomické možnosti, protože odchod do důchodu může být také spojen s ukončením členství např. v mysliveckém sdružení, člověk tak ztrácí roli zákazníka. A pak zde máme i změny rolí, které jsou ovlivněny biologicky, jedná se o ztrátu životního partnera, a starý člověk získá novou roli vdovy-vdovce, nebo se může zhoršit jeho zdravotní stav a získá roli pacienta v nemocnici, nebo roli obyvatele domova důchodců. Postoj mužů a žen je v tomto období rozdílný, ženy mívají více sociálních kontaktů mimo zaměstnání a také zůstává zachováno jejich dominantní postavení v domácnosti, proto odchod do důchodu většinou přijímají lépe než muži. Mužská role je v domácnosti důchodců méně významná, a proto má nižší sociální status (Vágnerová, 2000:474).

Někteří senioři neví, co si počnou s volným časem. Vzdělané osoby si pravděpodobně rychleji najdou role nové, snáze se vyrovnají se stářím, naopak méně vzdělaní, méně zvědaví, méně aktivní, budou spíše propadat smutku a apatii. Na toto téma navazují Burgess (1960) a Rosow (1967) s pojetím stáří jako *rolí nemít roli*.

Aby člověk své stáří prožil spokojeně, jsou nutné určité aktivity, které by měly být zaměřeny na tělo i ducha. Neměli bychom zbytečně plýtvat svým časem, náš život je ohraničený a nikdy předem nevíme, zda dnešní den není ten poslední. Staří lidé by si proto již v produktivním věku měli připravit svůj tzv. *druhý životní program*, který doporučuje profesorka Haškovcová. Řada lidí se celý život těší na to, až budou v důchodu a nebudou muset každý den chodit do práce, což je pochopitelné. Lidé jsou přetíženi pracovními povinnostmi, starostmi o děti, o své nemocné rodiče a prarodiče. Odchod do důchodu se proto jeví jako krásné období, kdy nás čeká jen pohoda a dobrá nálada. Realita ale často bývá jiná, mnoho čerstvých důchodců je nešťastných a zoufale hledají nějakou smysluplnou náplň všedního dne. Po odchodu ze zaměstnání, člověku zůstanou jen jeho soukromé role. *Odchod do důchodu je pro většinu lidí traumatizující událostí* (Haškovcová, 1989). Pro druhý životní

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

program jsou vhodné individuální záliby, ale důležité je i zachování aktivního kontaktu s ostatními lidmi. Chodit mezi lidi, do kina, divadla, na výstavy, jezdit na výlety, sportovat. V posledních letech stoupá zájem o univerzity třetího věku, přednášky a besedy s odborníky. Je vhodné si najít skupinku stejně starých lidí s podobnými zájmy, u kterých najdeme emoční podporu a generační solidaritu. *Chce-li si člověk stáří spokojeně užít, musí se na něj připravit* (Stuart-Hamilton, 1999).

Zda bude adaptace jedince na stáří úspěšná, záleží na osobnostních rysech každého seniora, zda je aktivní, či spíše pasivní, zda je optimistický, či naopak vše vidí negativně a zda svůj stav přijme, nebo se bude bránit a realitu popírat.

Lidé žijící na vesnici jsou ve stáří spokojenější, protože se dále starají o svůj dům a zahrádku, udržují sousedské vztahy, kdežto člověk ve městě hůře hledá nějaké uplatnění a žije v sociální izolaci. Lidé na vesnici se snáze smíří s životními útrapami a nejsou tak často vystaveni stresu jako lidé ve městech, kde je míra sebevražednosti podstatně vyšší. Také rodinný život hraje ve stáří důležitou roli. Osamocení lidé páchají sebevraždy častěji než lidé žijící s partnerem. Především ženatí muži bývají zdravější, psychicky odolnější a žijí déle. Sebevraždy páchají častěji muži.

4. TÉMA STÁŘÍ A MÉDIA

Nejviditelnější a nejvýraznější oblastí, ve které se demografická panika realizuje, je mediální diskurz. Ten je zásadní pro její vznik a sociální reprodukci, protože média (re)konstruuji sociální realitu, definují veřejný zájem a zároveň fungují jako potrubí ideových zájmů mocenských a politických struktur. (Vidovičová, 2008:30)

Z důvodu velkého nárůstu počtu seniorů nás všechny čeká v příštích letech změna životního stylu. Tyto demografické změny budou mít vliv na celou společnost. Média na to ovšem veřejnost nepřipravují. O starých lidech se málo mluví, píše a diskutuje. Způsob prezentace problémů starých lidí v médiích je naprosto nedostatečný a často zkreslený.

Jedním z objektivních článků je svědectví reportérů MF Dnes o chování personálu v léčebnách dlouhodobě nemocných. Dochází k hrubému zanedbávání péče, falšování chorobopisů, pacienti nedostávají jídlo, nemají pravidelný pitný režim, přestože ten je otázkou života a smrti (Šťastný, 2008). Staří lidé ztrácejí pocit žízně, který je způsobem poklesem sekrece adiuretinu, a může dojít k dehydrataci organismu a úmrtí.

Je nutné si přiznat, že těmto zařízením scházejí především peníze, ale to přesto není omluvou pro špatné chování personálu. Důležitým bodem je u ošetřujícího personálu také prevence proti syndromu vyhoření. Práce v léčebnách je náročná, stresující, špatně placená, sester, rehabilitačních pracovníků a pomocného personálu je málo, ale i přesto někteří lidé svou práci dělají dobře a poctivě. Bohužel jiní naopak svou práci zanedbávají a to neslýchaným způsobem. Odborník na medicínské právo Ondřej Dostál jednání personálu v soukromé léčebně dlouhodobě nemocných v Praze, Chittussiho ul., kvalifikuje jako možné spáchání čtyř trestných činů (Šťastný, 2008). Výzkum Evropské společnosti pro výživu ukázal, že zanedbávání péče je v českých léčebnách častým problémem.

Americký profesor lingvistiky a politický aktivista Noam Chomsky upozorňuje na to, že *zisk je pro naši společnost důležitější než lidé*. Noam Chomsky je dnes považován za klíčovou osobnost levicové politiky ve Spojených státech. Mezi lety 1980 až 1992 byl v humanitních oborech nejčastěji citovaným zdrojem na světě. O současné situaci ve světě říká: *Máme tu vážné problémy. Jedním je téměř totální deziluze, ztráta základů pro demokratickou společnost*.

5. SOCIÁLNÍ STÁT, JEHO ÚLOHA V MODERNÍ SPOLEČNOSTI A PROBLÉMY STÁŘÍ

Osvícenství ještě věřilo, že síly pokroku a rozumu člověka dovedou (anebo třeba i dotlačí), ke štěstí. Jediné štěstí, o němž může mluvit průměrný člověk v moderní společnosti, však je, podaří-li se mu manévrovat tak, aby ho protichůdné síly a protismyslné tlaky pouze pocuchaly, ale nerozdrtily. Ústup do soukromí je nejfrekventovanější osobní strategií, právě tak v podmínkách totality jako v moderní demokracii. (Keller, 2003:119)

Stát sociální – překlad německého *Sozialstaat* a nepřesně ekvivalent anglického *welfare* či česky stát blahobytu – koncept státu, který zajišťuje slušnou životní úroveň a sociální participaci pro všechny na základě redistribuční politiky státu. Pierre Rosanvallon uvádí, že moderní národní stát se definuje jako stát „ochraňující“ (Thomas Hobbes, John Locke), jehož extenzí je prohloubení sociálního státu. Ten odpovídá tržní podobě společnosti a jeho cílem je nahradit nejistotu náboženské ochrany jistotou ochrany státní (Velký sociologický slovník, 1996:1222).

Rok 2010 byl Evropskou komisí vyhlášen Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Palčivé problémy si už připouštějí i největší evropské instituce. Přestože Evropská unie patří ve světě k těm bohatším oblastem, má 17% jejich obyvatel tak nízké finanční příjmy (tedy pod 60% mediánové mzdy v zemi, kde žijí), že 84 miliónů osob evropské populace žije na hranici chudoby (Eurostat, 2010).

Nůžky mezi chudými a bohatými se stále více rozevírají. Chudoba je porušením lidských práv. A chudoba vede k sociálnímu vyloučení, ke stigmatizaci chudých, k nezdravému životnímu stylu, nakupování levných, nekvalitních potravin, zhoršení zdravotního stavu, nemožnosti aktivního sportovního vyžití. Nedostatek finančních prostředků a bezvýchodná situace, kterou si mnoho lidí samo nezavinilo, a nejsou schopni se z ní sami dostat, vede k frustraci a dalšímu propadu na společenském žebříčku.

Doposud byla chudoba uváděna především jen v souvislosti s rozvojovými zeměmi, ale nyní už chudoba dorazila i do Evropy. Chudoba a sociální vyloučení určité skupiny obyvatelstva přispívá k napětí v celé společnosti. Evropská unie nemůže být silná a sebevědomá, pokud nevyřeší tyto otázky. Je nezbytné podporovat solidaritu a vybudovat

stabilní Evropu s dobrým systémem zdravotnictví, sociální podpory, mezigenerační solidarity a posílit spolupráci s nevládními organizacemi.

5.1. CO JE SOCIÁLNÍ STÁT A JAK SE HISTORICKY VYVÍJEL VE SVĚTĚ

Tématem sociálního státu se zabývá také přední český sociolog Jan Keller, který ve své knize „Soumrak sociálního státu“ uvádí: V současné době se sociální státy v celé Evropě nacházejí v hluboké krizi. Sociální stát byl zpochybňován již od konce 19. století. V padesátých letech 20. století převládal názor, že sociální stát je zdrojem inflace a brzdou ekonomického růstu. V šedesátých letech byl obviňován z byrokratičnosti a strnulosti správního aparátu. V sedmdesátých letech byl obviněn, že přispívá k růstu nezaměstnanosti a přetěžuje vládu a státní rozpočet. V osmdesátých letech mohl za nárůst sociálního vyloučení (exkluze) a za rostoucí nestabilitu rodiny. Od devadesátých let nese vinu na snižování konkurenceschopnosti země, kterou brzdí v době rychle postupující globalizace ekonomiky. Sociální stát bývá obviňován ze všeho špatného, k čemu ve společnosti dochází. Sociální stát by nikdy nevznikl, pokud by všichni lidé měli dostatečně velký majetek, pokud by všichni podnikatelé prosperovali a všichni zaměstnanci měli práci, pokud by lidem nehrozily nemoci, pokud by se manželé nerozváděli a muži neopouštěli rodiny, pokud by lidé nestárli a neodcházelí do důchodu (Keller, 2005:9).

Sociální stát vznikl a přibližně po stovku let se rozvíjel především proto, aby se všem občanům dostalo zhruba takové míry bezpečí a jistoty, kolik zaručuje majetným lidem jejich majetek. Lidé totiž touží po majetku mimo jiné právě proto, že je v kritických životních situacích dokáže spolehlivě zajistit. Není proto náhodné, že sociální stát se rozvíjel především v neklidných dobách, kdy velká část populace prožívala nejistotu a hledala spolehlivou oporu před narůstajícími sociálními riziky. Rozvíjel se hlavně v dobách ekonomických a politických krizí, v dobách válek a zostřeného sociálního napětí. Dnešní stát blahobytu je produktem velké hospodářské krize a 2. světové války. V tomto smyslu je sociální stát prohloubením a extenzí klasického státu-ochránce, který měl od samých počátků modernity svou úlohu – měl produkovat bezpečí a redukovat nejistotu pro všechny, kdo žili v jeho hranicích (Keller, 2005:10).

Jako sociální stát je označován takový, který usiluje o zajištění blahobytu, podmínek slušného života pro své občany. Přesné vymezení pojmu je ale obtížné a jednotná definice neexistuje. Originální anglický termín *welfare state* byl poprvé vysloven v roce 1939 k charakterizování situace ve Spojeném království (Velká Británie a Severní Irsko). *Sociální*

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

stát je stát, v němž se v zákonech, ve vědomí a postojích lidí, v aktivitách institucí a v praktické politice prosazuje myšlenka, že sociální podmínky, v nichž lidé žijí, nejsou jen věci jedinců či rodin, nýbrž i věci veřejnou (Potůček, 1995:35).

Český stát blahobytu ekonom Miloš Píck vidí značně kriticky, ve své knize „Stát blahobytu nebo kapitalismus“ uvádí, že za posledních dvacet let jsme se vyspělým ekonomikám téměř nepřiblížili. *Z pouhé montovny traktorů jsme se stali pouhou montovnou automobilů.*

V souvislosti s tématem sociálního státu bych ráda zmínila i proměnu evropské rodiny. Rodina je obecně původní a nejdůležitější společenská skupina a instituce, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorců a zachování kontinuity kulturního vývoje. Z hlediska biologicko-reprodukčního se rodinou zabývá demografie (Velký sociologický slovník 1996:940).

Původní význam pojmu rodina byl jiný, než jak ji chápeme dnes. Ve starověku a středověku byla rodina chápána dvěma způsoby. Jednak to byla skupina lidí, která společně hospodařila a bydlela pod jednou střechou a všichni podléhali autoritě „hlavy rodiny“, tedy byla to spíše domácnost. *Z toho vyplývá, že mluvíme-li o rodině v evropské tradiční preindustriální společnosti, musíme do ní zahrnout i některé nepřibuzné osoby (Horský, 1996:166).* Druhé pojetí chápalo rodinu jako systém širokého pokrevního příbuzenství, tedy jako rod.

Tradiční rodina byla institucí charakteristická internalizovanými normami a hodnotami, které byly silně sociálně vzorovány a kontrolovány. Byla to instituce, která poskytovala orientaci a která vážala své členy k sobě, ať se jim to líbilo nebo ne (Rabušic, 1996:175).

Vícegenerační rodina byla ekonomická jednotka, charakteristická nižším věkem sňatečnosti, vysokou reprodukcí. Děti, rodiče a prarodiče žili společně, rodiče a prarodiče se starali o děti. Nukleární rodina je malá, je tvořena pouze rodiči a dětmi. Děti se rodí pozdě. Ve věku 20-21 let odcházejí od rodičů a zakládají vlastní ekonomickou jednotku. Obě řeší konflikty jiným způsobem. Velká tradiční rodina se rozpadla. Rozvětvenou rodinu v Západní Evropě nahradila rodina nukleární.

Z hlediska rodinných vazeb nacházíme celospolečensky odlidštění části mladší generace, podceňování funkce rodiny jako takové, nedostatek lásky a úcty ke starší generaci a ztrátu pocitu povinnosti a závazků vůči ní (Stojanová, 1999).

5.2. SOCIÁLNÍ STÁT A STAROBNÍ DŮCHODY

S odchodem do důchodu souvisí také zvyšování věkové hranice pro odchod do důchodu a zvyšování naděje dožití při narození, neboli střední délky života. Žijeme podstatně déle, než žili naši prarodiče. Střední délka života byla v roce 1920 u mužů 47,05 let a u žen 49,60 let. V roce 2005 u mužů 72,88 let a u žen 79,10 let (ČSÚ, Demografická příručka 2006).

Z tohoto pozitivního trendu ovšem bohužel vyplývají i negativní věci. Pokud si přejeme mít peníze na dobré úrovni, musíme déle pracovat a do důchodu odejít ve vyšším věku, nebo platit vyšší daně a odvody a doufat, že s nimi stát rozumně naloží a důchodový systém bude schopen průběžně plnit své povinnosti, bez větších negativních výkyvů. Můžeme především předpokládat, že v dalších letech se věková hranice pro přiznání nároku na starobní důchod bude nadále zvyšovat a vyšší příjmové skupiny se budou muset o svůj potenciálně vyšší důchod podělit s těmi chudšími, bude nutné toto opatření přijmout jako ochranu před chudobou (Bezděk, 2010).

Perspektivy dnešních čtyřicátníků jsou nulové. Čeká nás možná krach veřejných financí. Čeká nás možná zhroucení sociálního státu. Budou ještě ve státním rozpočtu v kapitole důchodového účtu nějaké finanční prostředky, až my budeme odcházet do důchodu? Podle aktuálních průzkumů veřejného mínění se v současné době 70% lidí v České republice obává hrozby státního bankrotu. A lidí, kteří na vlastní kůži pocítili krizi je 82% (Zlatá koruna, 2010).

Chudobou jsou ohroženy především ženy, a to z několika důvodů (podrobněji v kapitole 6.2.). Navíc ženy mají stále zhruba o 25% nižší mzdy než muži, i když vykonávají stejnou práci. Podle ČSÚ jsou nejvyšší rozdíly ve mzdách na nejvyšších pozicích, kde ženy berou 67,6% mzdy svých mužských kolegů.

Poměr důchodů k hrubé mzdě se dnes v České republice pohybuje těsně nad mezinárodně stanovenou minimální úrovní 40% (Potůček, 2010:15). Tato skutečnost mnoha seniorům ztěžuje život a to především v oblasti bydlení. Tržní nebo deregulované nájemné, vysoké ceny energií, ale také enormní platby za léky a příplatky za ošetření, jsou pro mnohé

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

starší osoby neřešitelným problémem. Je třeba také poukázat na smutný fakt, že mnoho lékařů se chová neeticky a požadují vysoké platby za určité úkony, které jejich kolegové vůbec nezaplatňují, a navíc nevydávají potvrzení. Toto téma je aktuální především v ordinacích zubařů a gynekologů. Co se týká některých farmaceutických firem, tak tam už je situace naprosto zarážející, vše pouze za účelem zisku. Např. čistý zisk farmaceutické firmy Novartis AG vyskočil v prvním čtvrtletí tohoto roku o 49% (ČTK Ženeva, 2010). A to i v době celosvětové hospodářské krize.

Již dnes se objevují etické problémy v oblasti poskytování zdravotní péče, kdy jsou patrné rozdíly v ošetřování pacientů podle toho, jaká je jejich aktuální finanční situace nebo sociální původ, a to je v rozporu s Listinou základních práv a svobod, článek 31 : *Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči* A při srovnání jednotlivých článků Listiny základních práv a svobod s realitou v České republice nalezneme i mnoho dalších rozporů, např. článek 30, bod 2 : *Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.* Také v Německu se již delší dobu vede diskuse nad tzv. *Zwei-Klasse-Medizin*, neboli poskytování zdravotní péče na dvou stupních. Před tím varuje i německý odborník na zdravotnictví za SPD profesor Karl Lauterbach.

Kvalita zdravotní péče v České republice je na úrovni srovnatelné s vyspělými státy Evropské unie. České zdravotnictví má ale stále velké rezervy v přístupu k pacientovi (Marx et. al., 2009).

A máme tady ještě jednu smutnou statistiku, a to sebevraždy, kterých je ročně spácháno několik stovek, přestože se o tom moc nemluví a policejní statistiky to nikde nějak vehementně nezveřejňují, pro jistotu, aby nevznikla panika. Velké procento z těchto statistik tvoří zoufalí staří lidé nad 70 let, jedním z důvodů jsou i finanční problémy (o tom podrobněji v kapitole 8). *Starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti v rámci určitého rodinného, či jiného integrovaného společenství, toto je možné dosáhnout jen za předpokladu přiměřeného zdraví a jisté úrovně hmotné zajištěnosti* (Haškovcová, 1990:183).

6. DEMOGRAFICKÁ KRIZE ČR A EU

V historii důchodů a sociálních reforem je důležitý rok 1889, kdy Otto von Bismarck, jeden z nejvýznamnějších politiků 19. století, ve svém systému sociálního zabezpečení určil důchodový věk na 70 let (tedy věk, kterého se tehdy dožilo jen málo lidí, přesto se jednalo o významný počín v oblasti evropského důchodového systému). Nový systém sociálního pojištění začal zavádět od roku 1881 a zahrnoval všechny vrstvy obyvatel.

6.1. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE

Stárnutí obyvatelstva je zákonitým efektem demografické tranzice, v jejímž rámci došlo k posunu od extenzivní k intenzivní demografické reprodukci, charakteristické nízkou porodností a úmrtností, resp. prodlužováním lidského života. (Rabušic, 2002:4)

Starobní důchody již nejsou klasickým bodem zlomu, kdy staří lidé ukončí svou pracovní kariéru a odejdou do důchodu, jak tomu bývalo dříve. Dnes se často setkáváme i s jinými způsoby přechodu starších osob do ekonomické neaktivity, jedná se o předčasné důchody, invalidní důchody, nebo podporu v nezaměstnanosti a sociální dávky, to zvyšuje tlak na státní rozpočet. Dramaticky se zvyšuje nepoměr mezi ekonomicky aktivním obyvatelstvem a lidmi v postaktivním věku. Dochází nejen ke stárnutí populace, ale v některých evropských zemích dokonce k vymírání populace. Věkové složení obyvatelstva ovlivňují především dva demografické ukazatele: fertilita (plodnost) a mortalita (úmrtnost).

Údaje vyplývající z demografických výzkumů jsou alarmující. Průměr dětí na jednu ženu je u nás 1,28, což je horší než průměr Evropské unie 1,38 (Eurostat, Zpráva 32/2007). Populační nerovnováha se v ČR stala realitou. Baby boom neboli populační vlna v letech 2006-2009 byla jen dočasným výkyvem, způsobeným silnými ročníky narozenými v sedmdesátých letech a nezakládá důvod k optimismu. Návrat k porodnosti nad reprodukční míru je nereálným očekáváním.

Přestože počet obyvatel České republiky poprvé po 13 letech vzrostl v roce 2006, je tento jev pouze jevem přechodným, který je dán zejména odloženou porodností relativně silných ročníků žen a dalším snížením mortality. Populace České republiky však bude i nadále ubývat a velmi rychle stárnout (Holmerová et.al., 2010:7).

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Demografické stárnutí populace lze charakterizovat zejména růstem počtu osob ve věku nad 65 let. Stárnutí české populace do roku 2005 mělo poměrně dobrý průběh a probíhalo stárnutím zespoda věkové pyramidy. Tedy ubývaly pozvolna děti ve věku do 15 let a osob starších přibývalo pomalu. Ovšem podle střední varianty projekce ČSÚ s výhledem do roku 2050 začalo od roku 2005-2006 osob ve věku nad 65 let intenzivně přibývat, protože se důchodového věku začala dožívat silnější generace lidí narozených po roce 1940. Relativní zastoupení osob nad 65 let poroste navíc díky poklesu počtu nově narozených.

V roce 2002 byl počet osob ve věku 0-14 let 15,6%, ve věku 15-64 let 70,5%, ve věku nad 65 let 13,9%. V roce 2050 by to mělo být 12,4% - 56,3% - 31,3%. (Demografický informační portál, Tabulka 6.1 a Tabulka 6.2). V roce 2050 bude mít Česká republika zhruba 3 milióny osob starších 65 let. U nejstarších osob ve věku nad 85 let by mělo dojít dokonce k zpětinásobení jejich počtu oproti roku 2002 (Tabulka 6.3).

	0-14	15-64	65+
2002	1 589 766	7 195 541	1 417 962
2005	1 487 148	7 302 144	1 446 681
2010	1 400 028	7 286 202	1 596 812
2015	1 426 352	7 011 496	1 864 146
2020	1 408 644	6 786 952	2 088 333
2025	1 346 384	6 669 506	2 201 310
2030	1 274 155	6 520 205	2 308 073
2035	1 219 739	6 337 422	2 399 918
2040	1 197 000	5 964 564	2 633 554
2045	1 190 477	5 569 751	2 862 020
2050	1 173 004	5 309 251	2 956 079

Tabulka č. 6.1 Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR
(Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

	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
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Tabulka č. 6.2 Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR (v %)
(Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

	65-74	75-84	85+
2002	818 702	501 081	98 179
2005	808 905	540 598	97 178
2010	924 610	527 687	144 515
2015	1 165 776	524 561	173 809
2020	1 273 549	627 483	187 301
2025	1 184 048	809 329	207 933
2030	1 137 066	895 394	275 613
2035	1 176 112	847 563	376 243
2040	1 354 671	837 199	441 684
2045	1 520 352	884 345	457 323
2050	1 415 382	1 043 570	497 127

Tabulka č. 6.3 Budoucí vývoj složení obyvatelstva nad 65 let podle vybraných věkových skupin, ČR (Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

Z celkového výzkumu vyplynulo, že ženy se dožívají vyššího věku než muži, což dokládají i údaje Českého statistického úřadu ve zprávě „Základní demografické ukazatele za ČR a vybrané členské státy EU“. Charakteristiky úmrtnosti v roce 2003 uvádí, že naděje dožití při narození je v ČR u žen 78,5 let, u mužů 72 let. Tedy rozdíl 6,5 roku, což je také průměrný statistický rozdíl ve věku mužů a žen. Zajímavé je porovnání např. se Švédskem, 82 let u žen a 77,3 let u mužů. Termín *feminizace života ve stáří* je používán k popsání stavu, kdy ve starším věku početně převažují ženy nad muži stejné věkové kategorie (ČSÚ, 2003).

6.2. DEMOGRAFICKÁ KRIZE A JEJÍ NÁSTRAHY

Být doopravdy moderní znamená žít v trvalé nejistotě. Každý, kdo s tímto údělem nesouhlasí, usvědčuje jen sám sebe z neproduktivně nostalgické orientace. (Keller, 2005:73)

Podle statistiků bude v roce 2050 každý třetí občan hlavního města Prahy v důchodovém věku. Přitom se městské části již nyní nejsou schopny postarat o seniory, ani vytvořit vhodné podmínky pro mladé rodiny. Chybějí tisíce míst v domovech pro seniory i startovací byty pro mladé. Index stáří se bude zvyšovat ve všech krajích. V roce 2065 by se index stáří měl pohybovat v rozmezí asi 245-354 seniorů na 100 dětí, přičemž nejvyšší bude v Praze (ČSÚ, 2010). Demografové předvídají i vyšší porodnost, ale nebude dostatečná, aby stačila přirozeně nahrazovat úbytek české populace.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Krise solidarity je logickým vyústěním současných problémů. Můžeme očekávat vyostření mezigeneračních konfliktů, protože dnešní mladá a střední generace musí bojovat na několika frontách, a v situaci kdy mají neplnohodnotnou práci (jev označovaný jako *pracující chudoba*), kdy musejí splácet vysokou hypotéku na byt, kdy dochází ke krizi rodiny, kdy jsou nuceni připlácet za lékařské ošetření, kdy nejsou schopni si ušetřit finanční prostředky na své stáří a zároveň ještě musí platit vysoké přímé i nepřímé daně, lze jen těžko očekávat jejich pochopení pro to, aby dobrovolně přijali další břemeno ve formě vyšších odvodů do důchodového systému pro současné důchodce. A navíc, když si dobře dokážou spočítat, že je minimální pravděpodobnost, aby oni sami později dostali od státu starobní důchod pro zajištění vlastního důstojného stáří. Tyto problémy doléhají především na ženy, které se musejí samy pohybovat a individuálně balancovat ve velké nejistotě na trhu práce i na trhu sňatkovém. Manželský svazek už dávno ztratil svou posvátnost a manželství se stalo jen průchozí institucí, kde lidé nějakou dobu setrvávají a jdou dál. Tato křehkost rodiny postihuje především ženy a dochází k *feminizaci chudoby*.

V bývalém západním Německu je více než třetina osob narozených po roce 1970 bezdětných, protože děti výrazně snižují životní úroveň středních a nižších vrstev. V letech 1993-1994 došlo na území bývalého východního Německa, po sloučení Německa a následujícím období nejistoty související s hospodářskými i politickými změnami, k *demografickému šoku* a úhrnná porodnost klesla na 0,77 dítěte na jednu matku (Husák, 2007).

A ekonomicky racionálně uvažujících mladých párů v Evropě stále přibývá. Nová nerovnováha mezi chudými a bohatými nabývá drastických rozměrů. *Společnost přechází z fáze obyčejné nerovnosti do naprosté nesouměřitelnosti* (Keller, 2010) a sociální práva obyvatel vyspělých zemí se postupně rozplývají v „blahodárné globalizační mlze“.

Pojem demografická panika (resp. panika z demografie) je odvozen z teorie mediálních studií a Cohena (1980) pojmu morální panika, který odkazuje k označování vybraných skupin, osob nebo podmínek jako hrozby pro společenské hodnoty a zájmy. Morální panika může mít jak krátkodobý efekt, tak může významně ovlivňovat tvorbu legislativních systémů a sociálních politik a vstupovat do sebepojetí celých společností (Marston, 2004). Podle Cohena (1980) je taková panika ve veřejném (mediálním) diskursu charakterizována zejména: přehnaným zveličováním závažnosti daného faktu

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

či události, proroctvím o katastrofě a zkáze, senzačními titulky a melodramatickým slovníkem v médiích (Vidovičová, 2008:27).

Snahou těchto prognóz o blížící se katastrofě je omluvit stát, který už nebude schopen seniory tak štědře podporovat jako doposud, a to v oblasti finanční, sociální i zdravotní, a posilovat veřejné mínění v tom duchu, že každý se má o sebe postarat sám a na své stáří si ušetřit dostatek finančních prostředků, aby minimálně zatěžoval státní rozpočet. Za těmito tendencemi stojí smutný fakt, že sociální stát chce snižovat výdaje na sociální systém, omezovat sociální jistoty a především staří lidé se stanou obětí těchto úsporných opatření státních výdajů. Aby se tato fakta snadněji obhajovala před občany, jsou staří lidé označováni za něco špatného, jako něco, co ohrožuje veřejné rozpočty, tedy blaho nás všech. Stát se chce zbavit odpovědnosti a přenést riziko na občany, což u starších lidí, a nejen u nich, vyvolává stres.

7. ÚSTAVNÍ PÉČE NEBO DOMÁCÍ PÉČE

V české populaci panuje poměrně silné přesvědčení, že stáří je něco, čeho bychom se měli jako společnost obávat, a že stáří nepřináší mnoho dobrého nebo perspektivního, do čeho by se ještě vyplatilo investovat zdroje. (Vidovičová, 2005:42)

7.1. AGEISMUS

Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. (Vágnerová, 2000:443)

Pojem ageismus je odvozen z anglického slova *age* (stáří, věk, doba) a poprvé byl použit pro diskriminování osob z důvodu jejich věku americkým lékařem a psychologem Richardem Butlerem v roce 1968. Butler měl v té době na mysli především diskriminaci starších osob v americkém zdravotnictví. V moderní společnosti je zdrojů ageismu a věkové segregace celá řada, mohou se prolínat vlivy kulturní, sociální, mediální, demografické a další.

Ageismus vyjadřuje názor, že staří lidé jsou méněcenní, nekompetentní, bývají podceňováni, diskriminováni, někteří lidé k nim dokonce vyjadřují odpor. Přitom každý člověk, pokud nezemře předčasně, jednou sám přirozeným způsobem zestárne. Věková diskriminace se tak týká každého z nás. U ageismu se jedná o *autostereotypy*, neboli stereotypy v názorech o vlastní skupině (Vidovičová, 2008:117). Zdroje ageismu jsou individuální (strach ze stárnutí jako psychosomatického úpadku, strach ze smrti, agrese, hostilita vůči členům minoritních skupin), sociální, nebo kulturní. Stereotypy o stáří bohužel přijímají a prohlubují i sami senioři v duchu teorie sebenaplňujícího se proroctví - akceptuje-li senior představu sebe sama jako méně výkonného, jeho pracovní výkon bude mít tendenci skutečně upadat (Lévy, 2003). To zpětně potvrzuje názory jeho okolí, které ho považuje na neproduktivního, neschopného, nevýkonného. Další z možných teorií, proč máme negativní vztah ke stárnutí, rozvíjí Hazan (1994). Vysvětluje, že problém stáří není skutečným problémem, obavou z nedostatku finančních zdrojů pro pokrytí jeho potřeb nebo obava z fyzického úpadku. Stáří je problémem ne-starých, kteří svoji ztrátu smyslu života přenášejí na stáří a tím jej stigmatizují (Vidovičová, 2008:121).

Může se také jednat o situaci, kterou psychologové nazývají „zrcadlový vztah“. Tedy zdravý (mladý) člověk vidí v nemocném (starém) sám sebe, obraz svého vlastního možného osudu. Osudu, který ho děsí. Zdravý člověk nevidí cizí nemocnou osobu, vidí sebe. Podobné případy se stávají i v domovech důchodců, kdy tělesně zdraví senioři přijdou za pečovatelkami, že si nepřejí, aby s nimi vozíčkáři šli na procházku.

7.2. JAK DNES VYPADÁ ÚSTAVNÍ A DOMÁCÍ PÉČE

Většina zdravotní péče je v současnosti organizována na modelu akutní péče, který neodpovídá potřebám mnoha pacientů, zejména starších a chronicky nemocných. Prioritou a nedílnou součástí zdravotní politiky by proto měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče. Důležitými požadavky pro systém dlouhodobé péče je kvalita, důstojnost, rovnost přístupu, možnost volby a flexibilita mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální (ústavní) a domácí péčí. Integrální součástí dlouhodobé péče je paliativní péče, zájem o důstojnost a duchovní a sociální potřeby starších osob a pečovatelů (Národní program ČR přípravy na stárnutí na období 2008-2012, čl. 6.12.).

Dle posledního výzkumu MPSV žilo ke konci roku 2006 v různých typech domovů pro seniory něco přes 50 tisíc osob. To představuje 3,4% populace České republiky ve věku nad 65 let. Počet takových zařízení neustále narůstá, ovšem z důvodu stárnutí populace narůstá i počet neuspokojených žádostí seniorů o umístění, staří lidé mají o tento druh bydlení velký zájem. *To potvrzuje tradiční, kulturně zakotvený trend, že o naše stáří by se měl postarat stát či jiná instituce* (Stehlíková et. al., 2007:4).

Někdy se ovšem můžeme setkat i s názorem seniorů, kteří ze svého domova odejít nechtějí. Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova důchodců nebo léčebny dlouhodobě nemocných či podobného zařízení má tři fáze, které připomínají dětskou separační úzkost: první fáze odporu, po ní následuje fáze zoufalství a apatie a třetí fází je vytvoření nové pozitivní vazby. Častěji vyjadřovali potřebu zemřít lidé žijící v domově důchodců, než ti senioři, kteří si udrželi vlastní domácnost (Hájková, 1998).

Osobnost pacienta zásadním způsobem určuje, jaké strategie pacient zvolí pro své jednání s personálem a jak se v prostředí LDN zorientuje a celkově se zde adaptuje. V případě pacientů je jejich osobnost do značné míry ovlivněna jejich nemocí a věkem (Říčan, 2004).

Pokud je senior v nějakém zařízení delší dobu, může se u něho objevit tzv. *hospitalismus*. Jedná se o stav, kdy se senior dobře adaptuje na podmínky, a ztrácí schopnost

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

žit samostatně v neústavním běžném životě. Samozřejmě, že pokud se jedná o těžce nemocného seniora, je tato změna akceptovatelná. Pokud se ale jedná o seniora v dobré kondici, který byl v tomto zařízení na přechodnou dobu, není dobré, aby podlehl redukci nároků, omezení podnětů a soustředil se pouze na jídlo, dlouhý spánek, ztratil zájem o vnější svět, a může dojít i k regresi, tedy návratu do ranějších vývojových stádií (nejen u dětí, také u seniorů). Přemíra péče demotivuje, sebeobslužné návyky zanikají a snižuje se zájem o rehabilitaci. Nebezpečím pro autonomii starých lidí v domovech důchodců může být kvalitní plošně poskytovaná ošetrovatelská péče, která se může dostat do rozporu se snahami rehabilitačních pracovníků a psychologů, kteří usilují o tělesnou a duševní aktivizaci seniorů. (Pichaud et. al., 1998:42).

Pobyť v takovém zařízení je spojen se ztrátou soukromí. Dle „Zprávy z výzkumu Život v domovech pro seniory“ lze konstatovat, že více než polovina seniorů - 53,3% bydlí na dvoulůžkovém nebo vícelůžkovém pokoji a své spolubydlící si nemohou sami vybrat. (Stehlíková et. al., 2007:6). Podívat se podrobněji na toto téma je důležité i z toho důvodu, že často dochází k nesnášenlivosti, nadávkám a agresi ze strany spolubydlících, tudíž je pro seniora bydlení v takových podmínkách velmi stresující (o tom podrobněji v kapitole 8).

Více než 80% české populace umírá ve věku nad 60 let. Nezemřou v domácím prostředí, ale v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici. *O smrti se ve společnosti příliš často nemluví, toto téma je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Lidé se nechtějí otázkou smrti zabývat* (Vágnerová, 2000:502).

Řada autorů poukazuje na skutečnost, že pečujícími osobami jsou především ženy, protože se dožívají v průměru vyššího věku než muži, navíc manželky bývají mladší a tedy i v lepší zdravotní kondici. Pokud je nemocný senior (většinou se jedná o muže) v domácím prostředí, pečuje o něho manželka, partnerka nebo dcera. Tyto ženy o muže pečují většinou samy a dostává se jim malé podpory rodiny nebo okolí. Prožívají traumata, se kterými se ale bojí někomu svěřit, aby je ostatní neodsoudili (Šiklová, 2009). Typickým pečujícím o seniora je žena ve věku 56 let, jak ukázaly výsledky studie o rodinných pečujících na území hl. města Prahy (Karmelitová et. al, 2005). Nemocný senior se brzy může stát velkým břemenem, protože tato péče je náročná fyzicky i psychicky a je poskytována i v noci, protože staří dementní pacienti mívají často problémy se spánkem a v noci probudí několikrát sebe i pečující osobu. Pokud se pečující osoba nemůže po náročném dni ani dostatečně vyspat, pravděpodobně se brzy zhorší její zdravotní i psychický stav. Tyto ženy by měly mít nárok na

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

odpočinek a respitní péči (neboli péče o pečující). *Dlouhodobá péče o závažně nemocného, bezmocného či dementního manželského partnera může vést až k syndromu vyhoření. Ten se vyskytuje zejména u žen v důchodovém věku, které jsou k partnerovi vzhledem k jeho bezmocnosti trvale připoutány a izolovány v domácnosti v roli pečovatelky* (Vágnerová, 2000:478).

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU (2009) uvádí závažná fakta ohledně skutečného stavu financování formální a neformální péče. „Spoléhání se na rodinnou péči“ je pro celou Evropu nebezpečné. Komplexní pohled na neformální péči ukazuje, že její náklady jsou velmi vysoké. Jedná se o stovky hodin péče, zhoršenou kvalitu života pečujících, zhoršený zdravotní stav pečujících způsobený vyčerpáním, nemožnost pracovního uplatnění, finanční problémy, rozpad rodiny (např. rozvod), a to dlouhodobě. Tyto skutečnosti potvrzují i výzkumy, které prokázaly, že prostřednictvím neformální péče jsou vynaloženy daleko větší prostředky než by vyžadovala péče formální. To se týká především Alzheimerovy choroby a jiných forem demencí.

V této souvislosti je třeba zmínit také psychickou náročnost ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, která se často podceňuje. Personál musí vynaložit velké psychické i fyzické úsilí při plnění svých pracovních povinností. Pokud nedochází k časté obměně pacientů, tedy pacienti jsou téměř stále stejní a jejich zdravotní stav se neustále zhoršuje, může personál pociťovat marnost svého úsilí a také mít pocit monotónní práce. Personál provádí řadu úkonů, které souvisí s nízkou sebeobsluhou pacientů, což vede k fyzické únavě, ztrátě odborných znalostí a schopností a nízké motivaci pro další zvyšování kvalifikace. Také malá odezva a minimální kladné slovní ohodnocení jejich práce vedou k frustraci. Především dementní pacienti mohou být agresivní, neklidní, hluční, a jejich stav vyžaduje stálou přítomnost personálu. Personál by měl pacientům dodávat pozitivní energii, umět je povzbudit, motivovat k nějaké aktivitě. Senzorická deprivace, tedy nedostatek smyslových zážitků, vede k rezignovanému chování, vnímáním jednotvárných zážitků, klesá inteligence a zhoršuje se vnímání pacientů. Dlouhodobá psychická deprivace vede ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí.

Většina pacientů se stále pohybuje v jakémsi bludném kruhu únavy, apatie, sociální izolace, deprivace citové, deprivace sensorické, deprivace motorické, nedostatečného pochopení ze strany spolubydlících i přetíženého ošetřujícího personálu. Ovšem, aby mohl

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

personál kolem sebe šířit pohodu a dobrou náladu, je potřeba, aby měl duševní pohodu a energii vlastní.

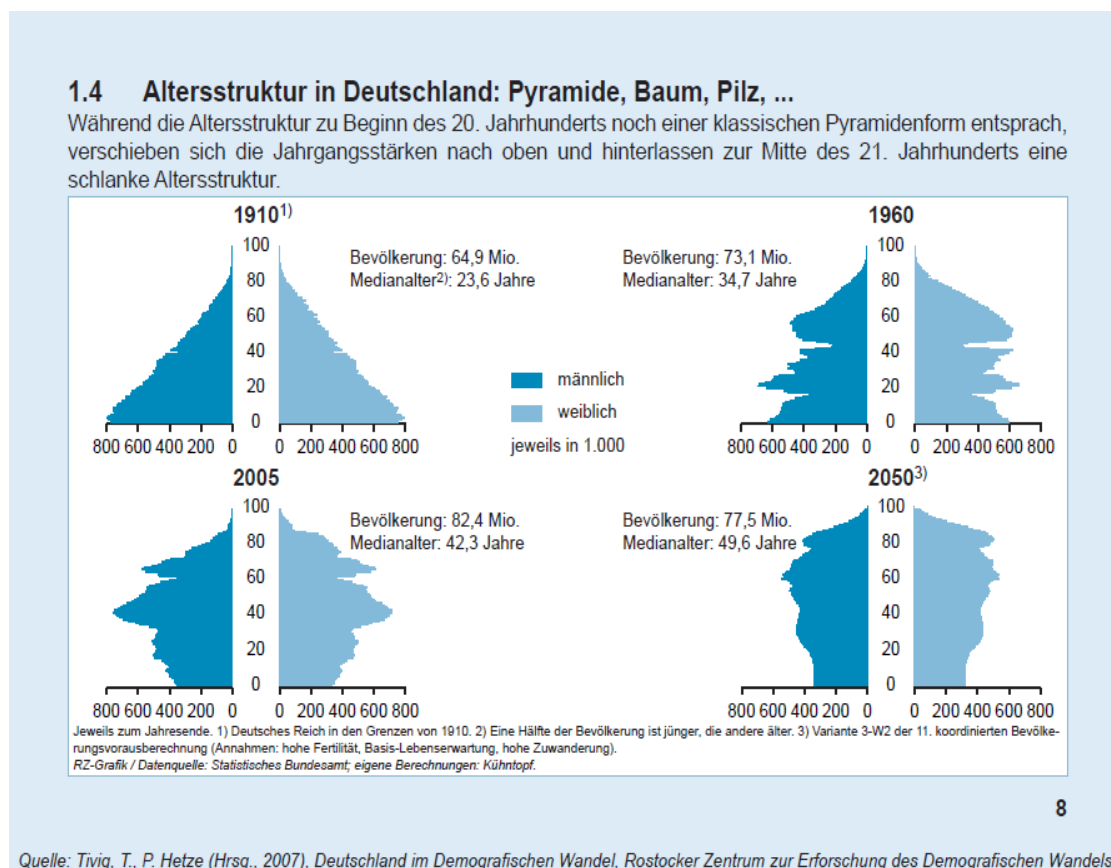
Mezi zaměstnanci panují různé osobní sympatie a antipatie, což znamená, že složení personálu dané směny se promítá do celkové atmosféry, která během dne panuje. Může se tak zvýšit nebo snížit napětí, stres, celková podrážděnost nebo uvolněnost, kterou personál pociťuje (Bolechová, 2009:64).

Také empatie hraje důležitou roli. Empatie je taková schopnost osobnosti, s jejíž pomocí se člověk v rámci bezprostřední komunikace s druhým dovede vžít do jeho duševního stavu (Vágnerová, 1999).

Je tedy nezbytné zaměřit se na edukaci (vzdělávání) ošetřujícího personálu, umožnit kariérní růst, zlepšit odměňování, zvýšit sociální status této práce, zabránit přetěžování a extrémnímu pracovnímu vypětí, syndromu vyhoření, zabránit frustraci a agresivitě personálu, zajistit odbornou psychologickou pomoc, posilovat sebeovládání, nárok na delší dovolenou (6 týdnů ročně), nárok na bezplatný lázeňský pobyt zaměřený na posílení psychické odolnosti, zvýšit odbornost managementu, zpřísnit kontrolu personálu a další opatření.

7.2.1. POROVNÁNÍ VĚKOVÉ STRUKTURY V ČR A NĚMECKU

V této kapitole provedu sekundární analýzu a budu pracovat s hotovými výzkumy, provedu rozbor již shromážděných dat. Rozhodla jsem se porovnat věkovou strukturu v ČR a Německu.

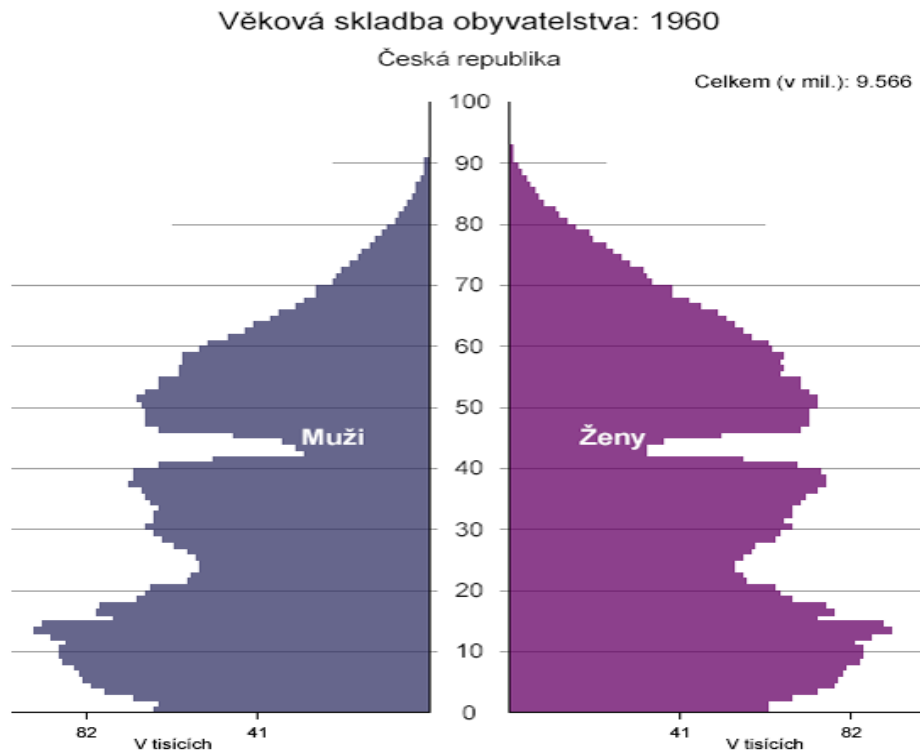


Quelle: Tvig, T., P. Hetze (Hrsg., 2007), *Deutschland im Demografischen Wandel*, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels.

Tabulka č. 7.1 Věková struktura v Německu (Zdroj: Centrum v německém Rostocku pro výzkum demografických změn, 2005)

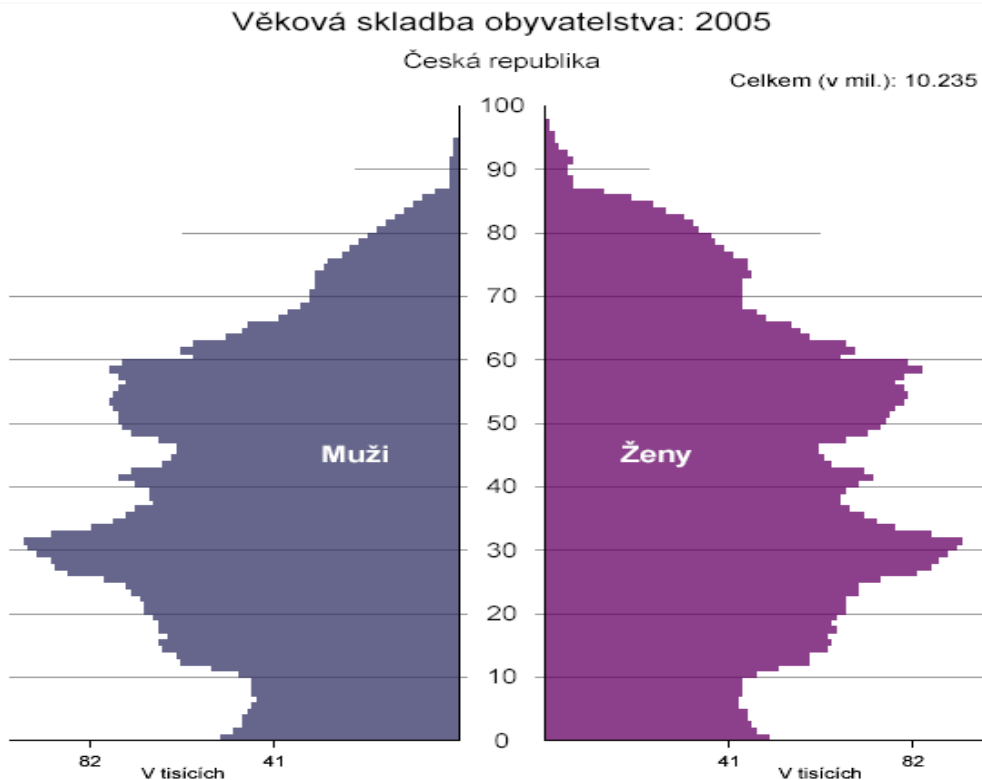
Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

VĚKOVÁ SKLADBA OBYVATELSTVA V ROCE 1960



Tabulka č. 7.2 Věková skladba obyvatelstva v roce 1960 (Zdroj: ČSÚ, 2005)

VĚKOVÁ SKLADBA OBYVATELSTVA V ROCE 2005



Tabulka č. 7.3 Věková skladba obyvatelstva v roce 2005 (Zdroj: ČSÚ, 2005)

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Z výše uvedených grafů vyplývá, že v letech 1960 a 2005 docházelo v obou zemích k podobným tendencím a totéž lze očekávat v budoucnosti (dle jiných výzkumů a prognóz). Demografické stárnutí populace lze charakterizovat zejména růstem počtu starších osob ve věku nad 65 let. Stárnutí české i německé populace do roku 2005 mělo stejný průběh a probíhalo stárnutím zespona věkové pyramidy. Tedy ubývaly pozvolna děti ve věku do 15 let a starších osob pomalu přibývalo. Do roku 2050 bude v obou zemích intenzivně přibývat osob ve věku nad 65 let. V ČR bylo dle grafu v roce 1960 celkem 9.566.000 obyvatel a v roce 2005 to bylo 10.235.000 obyvatel.

V Německu bylo dle grafu v roce 1960 celkem 73,1 mil. obyvatel a průměrný věk byl 34,7 let. V roce 2005 bylo 82,4 mil. obyvatel a průměrný věk 42,3 let. V roce 2050 to bude pravděpodobně 77,5 mil. obyvatel a průměrný věk 49,6 let. Na těchto grafech jasně vidíme stárnutí a vymírání německé populace.

Podle údajů ČSÚ k 1.1.2007 měla ČR celkem 10.287.200 obyvatel, z toho ve věku 0-14 let 1.479.500 osob, ve věku 15-44 let 4.488.600 osob, ve věku 45-64 let 2.836.600 osob a 1.482.400 osob ve věku 65+.

Německo mělo k 1.1.2007 celkem 82.314.900 obyvatel, z toho ve věku 0-14 let 11.441.400 osob, ve věku 15-44 let 32.929.600 osob, ve věku 45-64 let 21.644.600 osob a 16.299.300 osob ve věku 65+. Údaje jsou zaokrouhleny v tisících. (ČSÚ, 2007).

Je potřeba, aby se obě země na tento vývoj pečlivě připravily po všech stránkách, tedy na jedné straně podporovaly porodnost a mladé rodiny, na straně druhé zajistily zdravotní péči pro větší počet starších osob, podporovaly rodiny v domácí péči o seniory, vybudovaly více domovů důchodců a rozšířily spektrum služeb, změnily penzijní systém apod.

7.3. VZOROVÝ PŘÍKLAD - SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POHLED NA AKTUÁLNÍ SITUACI V PRAZE

Nad hlavní bránou Všeobecné nemocnice ve Vídni visí tabule s věnováním od samotného císaře Josefa II.: „*Saluti et solatio aegrorum*“ – *Nejen léčení, ale také útěcha nemocných.*

V této kapitole bych ráda popsala poznatky z mé dosavadní praxe, jak fungují sociální služby v našem hlavním městě Praha a jaké možnosti zde senioři mají.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Sociální služba je činnost nebo soubor činností definovaných zákonem, zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (§ 3 písmeno a) zákona č. 108/2006 Sb).

Od 1.1.2007 platí Nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dříve tuto problematiku rozhodovaly městské části nebo obce ve správním řízení. Nyní tedy rozhodují na základě tohoto zákona. Zákon zavedl smluvní ujednání, tzn. pokud chce občan nějakou sociální službu, musí uzavřít smlouvu s poskytovatelem, a to bývá většinou právnická osoba.

Příspěvek na péči je určen od 1.1.2007 pro ty osoby, které nezvládají úkony sebeobsluhy nebo úkony na úřadech. Tento příspěvek nahradil bývalý příspěvek na bezmocnost, který byl zrušen. Příspěvek na péči poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a je rozdělen do 4 stupňů. Zaměříme se opět na problematiku seniorů (v roce 2010), pouze stručně zmíním, že výše této dávky činí pro nezletilé v prvních třech stupních o 1.000 Kč více. Nejvíce příspěvků je poskytováno v 1. stupni a jedná se o částku 2.000 Kč, která je vyplácena v penězích. Nyní se uvažuje o poskytování dávky formou poukázek, za které by se musely čerpat sociální služby. 2. stupeň se vyplácí ve výši 4.000 Kč, 3. stupeň 8.000 Kč a 4. stupeň 11.000 Kč. Jedná se o čtyři stupně závislosti, které se stanoví na základě schopnosti seniora zvládat 34 úkonů, např. obsluha domácích spotřebičů, stravování, schopnost dodržovat léčbu stanovenou lékařem, chůze po schodech, slovní a písemná komunikace apod.

Uživatelé sociálních služeb mají tento příspěvek použít pro nákup sociálních služeb, k tomu ale v řadě případů nedochází, protože jsou nízké starobní důchody a lidé si příspěvek nechávají a využívají to jako příspěvek k důchodu. Nebo příspěvek na péči dají svým příbuzným, kteří se o ně starají, což je určitá forma vzájemné pomoci v rodině, takže se např. nezaměstnaný, který by stejně nemohl získat práci, stará o své staré nemocné rodiče. Přitom tento příspěvek byl určen pro uživatele, aby si svobodně a dle vlastní úvahy vybrali sociální službu, která jim nejlépe vyhovuje, a také měly klesnout dotace poskytovatelům a to z místních rozpočtů i státního rozpočtu. To mělo vést k růstu kvality služeb i určité konkurence mezi poskytovateli.

Příspěvek na péči způsobuje velké problémy ve státním rozpočtu, protože v roce 2009 se vydalo téměř 19 miliard Kč. A konkrétní čísla za rok 2007 hovoří o částce 15 miliard, která měla být vyplacena, ale ve státním rozpočtu bylo vyčleněno pouze 8,9 miliard. Ukázalo se, že

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

tento zákon je po uvedení do praxe, velmi neehospodárný a neefektivní. Příspěvek na péči byl někdy čerpán i bezdůvodně a docházelo ke dvojímu financování stejné péče, např. pokud byl senior dlouhodobě v nemocnici. Tyto rozpory byly upraveny od 1.1.2008.

Pečovat o někoho znamená pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci v udržování jeho dobrého zdravotního stavu nebo usilovat o opětné dosažení jeho úplného zdraví (či s ním být v posledních chvílích jeho života) vykonáváním činností, kterých by se zhostil sám, kdyby k tomu měl sílu, vůli nebo kdyby měl potřebné znalosti. Tyto činnosti jsou vykonávány takovým způsobem, aby to dotyčnému člověku pomohlo co možná nejrychleji znovu nabyt nezávislosti (Henderson, 1959).

Sociální služby jsou rozděleny podle místa, kde se poskytují, na:

1. ambulantní (senior se dostaví sám, nebo je doprovázen do sociálního zařízení, součástí této služby není ubytování), 2. terénní (za uživatelem někdo dochází a službu mu poskytuje v jeho přirozeném sociálním prostředí), 3. pobytové (uživatel je někde umístěn a pobývá tam kratší dobu nebo i dlouhodobě a sociální služba je mu poskytována). Sociální služby jsou rozděleny, podle sociální naléhavosti, na: 1. sociální poradenství, které je bezplatné, 2. služby sociální péče (pečovatelská služba, denní stacionář, odlehčovací služby, domovy pro seniory) a 3. služby sociální prevence.

Služby může poskytovat jen registrovaný poskytovatel, kterého registruje krajský úřad, v Praze Magistrát hlavního města Prahy (MHMP). Aby poskytovatel dostal registraci, musí splnit podmínky registrace dané v Zákoně o sociálních službách. Dále musí mít provozní řád domova pro seniory, musí mít zajištěno financování, personál (předložit organizační schéma kolik sester, kolik pomocného personálu apod.), musí uzavřít pojistku na odpovědnost za škodu při poskytování sociálních služeb, atd.

Financování získá poskytovatel od zřizovatele, tedy např. městské části, dotacemi od MHMP, dále se může ucházet o peníze v rámci grantů vyhlášených na městské části nebo MHMP, nebo provozováním doplňkové činnosti (jezdit autem pro seniory, praní prádla, prodej drobných řemeslných výrobků, které senioři sami vyrobí).

Pečovatelskou službu musí poskytovat odborně vyškolený personál, který má odborné předpoklady podle Zákonu o sociálních službách (pečovatelka, pracovník sociálních služeb,

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

vedoucí denního stacionáře apod.). Doposud se pouze v některých případech požadovalo vysokoškolské vzdělání, jindy stačilo vzdělání středoškolské nebo i základní a absolvování odborného kurzu. Podle uvedeného zákona se od 1.1.2007 velmi zpřísnily požadavky na kvalifikaci personálu. U poměrně vysokého počtu pracovníků se nyní vyžaduje vysokoškolské vzdělání.

Úkony se v pečovatelské službě rozdělují na:

1. úkony základních činností (uvařit, nakoupit, nakrmit, okoupat seniora);

2. úkony fakultativních činností (služby navíc – doprava seniora osobním vozidlem, manikúra, pedikúra, dohled nad seniorem v noční době). Ve smlouvě, kterou poskytovatel uzavře se seniorem, musí být uvedeny ceny za poskytované služby, a to podle cen, které jsou pevně stanoveny, uvedené v prováděcí vyhlášce za základní činnosti. U fakultativních činností si ceny poskytovatel stanoví sám podle nákladů a většinou se jedná o nadstandardní služby. Služby se většinou platí v hotovosti.

O seniory je dále postaráno v denním stacionáři, v rámci odlehčovacích služeb nebo v domovech pro seniory. V denním stacionáři jsou senioři, kteří nemohou být v domácím prostředí sami bez dozoru, a to v době, kdy jsou jejich příbuzní v práci. Příbuzní je musí ráno dovézt a odpoledne vyzvednout. Jedná se především o dementní seniory nebo o seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Odlehčovací služby se většinou poskytují po omezenou dobu, např. 3 měsíců, podle toho, jak to stanoví poskytovatel a seniorům je poskytnuta strava, ubytování, zdravotnický personál a lékař dochází 1x týdně. Tuto formu péče využívají rodiny především v letní době dovolených nebo v době, kdy si rodina potřebuje na pár týdnů odpočinout. V tomto zařízení bývá i instruktorka sociální péče, která u seniorů podporuje vzdělávací a aktivizační činnost. Domovy pro seniory jsou zařízením, kde je o seniory postaráno dlouhodobě a pro jejich provozování je nutné splnit 15 standardů, které poskytovatel musí dodržovat. Na posouzení kvality (standardů kvality) všech těchto zařízení přichází v Praze kontrola inspekce MHMP.

Denní stacionáře slouží především seniorům, kteří trpí osamělostí, ovšem ne všem. Tito senioři musí mít základní pohyblivost, alespoň, aby si mohli sami např. zajít na WC, a nesmí být verbálně nebo fyzicky agresivní. Denní stacionáře mají celodenní aktivizační program a jejich cílem je seniory motivovat k různým činnostem (trénink paměti, muzikoterapie, ergoterapie, procházky, skupinové cvičení), aby se u nich vytvořil přirozený

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

rytmus a omezil noční neklid, který je častý u dementních osob. Pokud senior příjemně stráví den a unaví se zajímavou aktivitou, je větší pravděpodobnost, že bude mít klidný spánek.

Na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách byl na portále MPSV zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb, který (v roce 2010) na území ČR nabízí: 481 domovů pro seniory, 759 pečovatelských služeb, 270 denních stacionářů a 69 týdenních stacionářů, 262 odlehčovacích služeb atd. Podrobněji jsem se zajímala především o domovy pro seniory v Praze a okolí (Příloha 1).

Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám občanů. Mezi příjemce sociálních služeb patří především senioři, osoby se zdravotním postižením, ale také rodiny s dětmi. Sociální služby probíhají formou zajištění stravování, ubytování, poskytování informací, pomoc v domácnosti, psychoterapie, terapeutická činnost, zajištění sociálních kontaktů (kluby seniorů), pomoc při prosazování právních nároků seniorů apod. Ústav sociálních služeb se může stát veřejným opatrovníkem nesvéprávné osoby, to znamená, že se stará o tuto osobu a 1x ročně podává zprávu o své činnosti opatrovnickému soudu. Předkládají se také účty, jak se platí nájem, služby, oblečení atd. Je také možnost nesvéprávnou osobu umístit do chráněného bydlení, jedná se o bydlení s dozorem, a finanční prostředky (např. dědictví) jsou čerpány přes opatrovnický soud.

Mezi další sociální službu patří kluby seniorů, kde se senioři zabývají svými zájmy, scházejí se numismatici, šachový kroužek, hudební skupina, tanec, promítání filmů, zájezdy, pobytové zájezdy v ČR, pečení cukroví, vánoční pobyty apod.

Dále existují ještě domy s pečovatelskou službou, kde senioři bydlí, aby měli snadnější přístup k sociálním službám. Jedná se o malé byty pro seniory o velikosti 1kk nebo 1+1, kde senioři žijí částečně samostatně a částečně je o ně postaráno, dole v tomto domě je jídelna apod. Tento způsob bydlení je jakýmsi přechodem mezi normálním a ústavním bydlením, kam se senior přestěhuje v případě zhoršení zdravotního stavu. A je potřeba také zdůraznit, že doposud (v roce 2010) nemáme v ČR přijatý zákon o sociálním bydlení.

Sociální lůžka pro starší osoby je možné získat také v nemocnicích. V tuto chvíli by bylo správným rozhodnutím, některé nemocnice zrušit a jiné změnit na zařízení se sociálními lůžky. Je lepší, aby existovalo méně kvalitních nemocnic, méně špičkových zařízení s vynikající lékařskou péčí a vybavením na světové úrovni, než nemocnice v každém menším městě, ale podfinancovaná.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Zvláštní kategorií léčebných zařízení jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Přestože poskytují zdravotní péči, jsou financovány jako sociální služby. Původní záměr byl takový, že měly několik týdnů či měsíců sloužit k doléčení nemocných, kteří zde byli převezeni z nemocnice. V nemocnici by zabírali akutní lůžka a toto řešení se jevílo jako nejvhodnější. Nakonec se ale z LDN stala místa, kde nemocní senioři žijí i několik let a staly se v podstatě typem domova důchodců.

Léčebna pro dlouhodobě nemocné je zdravotnické zařízení určené pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou i se stanoveným léčebným programem, kteří však kvůli nesoběstačnosti a vysoké míře ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí, případně ani v domovech pro seniory. O pacienty je zde pečováno dlouhodobě, leckdy doživotně a v ošetrovatelské péči je zahrnut vysoký podíl terminální péče vzhledem ke skutečnosti, že na odděleních LDN je třikrát vyšší úmrtnost oproti nemocničním pobytům (Kalvach et.al., 2004).

Nejvíce seniorů žije v centru Prahy a to především ve staré zástavbě. V budoucnu ale musíme počítat i s nárůstem počtu seniorů, a tím pádem např. s terénními sociálními službami, také na sídlištích postavených v 70. letech minulého století. A naděje na dožití je v Praze vysoko nad celorepublikovým průměrem.

V současné době probíhá v Praze-Bohnicích pilotní projekt „Domov pro seniory Slunečnice“, který je bývalou příspěvkovou organizací a byl postaven v roce 1979. Toto zařízení je pronajato a provozováno Evropským sociálně zdravotním centrem Praha o.p.s. Tento projekt klade důraz také na vzdělávání zaměstnanců, které je financováno z Operačního programu Praha - Adaptabilita, který čerpá prostředky z Evropského sociálního fondu (ESF).



Obrázek č. 1 Domov pro seniory Chodov, Donovalská

Ráda bych se zmínila také o domovu pro seniory Chodov, na ulici Donovalská 31, který se nachází v blízkosti mého bydliště, a který jsem několikrát navštívila, abych se podrobně seznámila s jeho fungováním. Domov je tvořen hlavní čtyřpodlažní budovou se dvěma trakty, atriem a jednou menší samostatnou dvoupodlažní budovou. Mezi budovami je krásná velká zahrada. Celková ubytovací kapacita je 260 míst. V přízemí hlavní budovy je umístěna společná jídelna, společenský sál, klubovna, knihovna, výtvarná dílna, tělocvična, rehabilitace a ordinace praktické lékařky. Ošetrovatelská péče je poskytována nepřetržitě.

7.4. DŮCHODOVÁ REFORMA V ČESKÉ REPUBLICE

7.4.1. STAROBNÍ DŮCHODY V ČR A ZAHRANIČÍ (NĚMECKO), DŮCHODOVÁ REFORMA – CELOEVROPSKÝ PROBLÉM

Starobní důchod je sociální dávkou, na kterou má nárok občan, který se účastnil po určitou dobu sociálního pojištění nebo partner/partnerka takového občana. Náš stát by měl chudým občanům také garantovat minimální důchod, aby tyto osoby chránil před chudobou. V roce 2010 ČR vydá na starobní důchody částku zhruba 347,2 miliardy, přičemž dle odhadu bývalého ministra financí Janoty bude za tento rok na důchodovém účtu schodek zhruba 40 miliard. Letošní částka vyplacená na důchody bude skoro o 100 miliard vyšší, než před 5 lety. A v příštím roce stát vydá za penze o 21 miliard více než letos (Vašek, 2010).

Důchodová reforma je dnes (květen 2011) součástí každodenního mediálního diskursu, projednává se „malá“ a „velká důchodová reforma“. Malá důchodová reforma je reakcí na Nález Ústavního soudu a znamená, že osoby s vyššími mzdami, by měly mít vyšší důchody, jedná se o tzv. míru příspěvkové solidarity v průběžném systému. Přestože se

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

nazývá „malá“, bude mít pravděpodobně výraznější dopad na důchodový systém než reforma velká, která bude spočívat především v postupném zvyšování věku, kdy vznikne nárok na důchod. Hlavním záměrem bude snaha co nejvíce oddálit odchod na důchodu, aby se ho někteří občané vůbec nedožili, a aby případným starším nezaměstnaným občanům byly vypláceny sociální dávky, které jsou výrazně nižší než starobní důchod. Současné řešení vlády povede řadu mladých lidí k volbě optimální strategie, tedy nemít děti a spořit na stáří. A na to logicky naváže totální kolaps průběžného důchodového systému.

V Německu došlo k reformám v letech 2001-2005, nyní má jejich důchodový systém tři hlavní pilíře – zákonné důchodové pojištění, soukromé a podnikové důchodové zabezpečení. Druhý a třetí pilíř není povinný, záleží na rozhodnutí každého jednotlivce, pro jakou formu finančního zabezpečení na stáří se rozhodne.

Bezděkova komise vytvořená na přípravu penzijní reformy, se zatím snažila udržet dosavadní tzv. Beveridgův model využívaný především v anglosaských státech, který navíc dokáže lépe obstát v době hospodářské krize, než model německého kancléře Bismarcka, jak se nyní ukázalo v praxi. Nicméně tento dosavadní systém je třeba zmodernizovat a lépe přizpůsobit současným podmínkám a demografickým ukazatelům. Systém by mohl být spravedlivější vůči lépe vydělávajícím občanům, čímž ztratí část příjmů, a naopak výdaje vzrostou. Také Ústavní soud nabádá české politiky, aby zahájili zásadní reformu penzijního systému, který bude dlouhodobě udržitelný, stabilní a plně funkční.

Historické kořeny sociálního pojištění lze nalézt již v 17. století – byla to snaha o pojištění námořníků proti stáří, kterou ve Francii již v roce 1673 prosazoval ministr Jean Baptista Colbert.

Dánský teoretik sociálního státu Esping-Andersen popisuje Bismarckovo dilema těmito slovy: Když Bismarck prosazoval své první systémy sociálního pojištění, musel válčit na dvou frontách – jednak s liberály, kteří dávali přednost tržnímu řešení, a jednak s konzervativci, kteří podporovali model familiarismu (Esping-Andersen, 1990:59).

První německý kancléř Otto von Bismarck zpracoval koncept v oblasti penzí, který byl ovlivněn sociální politikou Napoleona III. Model je založen na stabilním množství pracujících a mezigenerační solidaritě. Pracující platí do systému, ze kterého čerpají lidé v důchodovém věku. Bismarckův přínos byl mimořádný, přičinil se o vznik první soustavy povinného sociálního pojištění na světě. V letech 1883-1889 postupně zavedl pojištění pro případ

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

nemoci, pracovního úrazu, invalidity a stáří (Potůček, 1995:12). Při současném demografickém vývoji a jeho predikci do budoucna ovšem tento model brzy přestane fungovat.

Beveridgův model získal název podle známého sociálního reformátora, britského ekonoma Williama Henryho Beveridge. Beveridgova zpráva byla vydána 1. prosince 1942 a stala se základním pramenem pro vytvoření moderního sociálního státu. Jeho myšlenky byly použity nejen v systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii, ale také v oblasti zdravotní péče. Tvrdil, že stát by měl ušetřit na administrativě a systém pojištění spojit do jednoho komplexního programu sociálního zabezpečení, na kterém se mají podílet zaměstnavatelé, pojištěnci i stát. Součástí systému se má stát povinně každý pracující člověk. Lord Beveridge se nejvíce zasloužil o první povinné pojištění v nezaměstnanosti na světě, které bylo v Británii zavedeno v roce 1911 (Potůček, 1995:19).

Z metodologického hlediska může být ovšem komparace evropských důchodových systémů nepřesná. Může docházet ke srovnávání jednotlivých parametrů, ovšem bez zasazení tématu do širších souvislostí. Je nutné si uvědomit, že v každé zemi je důchodový systém ovlivněn řadou faktorů, např. tradicí kulturních a sociálních přístupů, historickým kontextem, ekonomickou stabilitou země.

Velkým problémem zatěžujícím české seniory po finanční stránce, je také bytová otázka. Pro naše seniory nemáme dostatek menších bytů za rozumné ceny, případně tzv. sociálních bytů (malometrážních bytů). Mnoho starých lidí se dostává do situace, kdy celým svým důchodem stěží pokryjí náklady na bydlení a musí se spoléhat na finanční pomoc příbuzných, aby si mohli zaplatit potraviny, léky a nejnnutnější výdaje. Nabízí se zde otázka, jak se bude situace řešit, až rodina už nebude schopna nebo ochotna svému seniorovi pomáhat. Inspiraci můžeme čerpat v zahraničí, dobrou koncepci bydlení pro seniory má např. rakouské hlavní město Vídeň.

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

Také náklady za soukromé domovy důchodců jsou u nás astronomické. Např. v Senior centru, Pražská 20, Nechanice, se měsíční poplatek (ubytování a sociální služby) za seniora na jednolůžkovém pokoji, který není zcela odkázán na péči druhé osoby, pohybuje v rozmezí 18.540 Kč až 22.810 Kč.

Ubytování a sociální služby jednolůžkový pokoj:

Príspevek na péči	Měsíční úhrada	Denní úhrada	Denní rezervační poplatek
I. a II. stupeň	18 540 Kč	618 Kč	543 Kč
III. a IV. stupeň	22 810 Kč	761 Kč	686 Kč
V. stupeň *	26 020 Kč	868 Kč	793 Kč

**Jedná se o péči u ležícího klienta, který je zcela odkázán na péči druhé osoby.*

Ubytování a sociální služby dvou, tři a vícelůžkový pokoj:

Príspevek na péči	Měsíční úhrada	Denní úhrada	Denní rezervační poplatek
I. stupeň	15 720 Kč	524 Kč	449 Kč
II. stupeň	16 350 Kč	545 Kč	470 Kč
III. stupeň	18 540 Kč	618 Kč	543 Kč
IV. stupeň	22 810 Kč	761 Kč	686 Kč
V. stupeň *	26 020 Kč	868 Kč	793 Kč

**Jedná se o péči u ležícího klienta, který je zcela odkázán na péči druhé osoby.*

Tabulka č. 7.4 Platby za ubytování a sociální služby (Zdroj: Senior centrum, 2010)

8. ŽIVOT V DOMOVECH PRO SENIORY V ČR

Neexistuje žádná situace, kterou by se člověk nemohl zušlechtit, buď prací, nebo utrpením. (J. W. Goethe)



Obrázek č. 2 Dům Portus

Rozhovor se spoluautorem knihy „Život v domovech pro seniory“ Mgr. Janem Lormanem probíhal (na konci března 2010) v jeho kanceláři v krásném historickém domě s latinským názvem Portus - to znamená Přístav, na ul. Karoliny Světlé 18 v Praze 1. Občanské sdružení Život 90 bylo založeno roku 1990 panem Lormanem a jeho manželkou, a poskytuje řadu služeb pro seniory. Pan Lorman poukázal na porušování lidských práv v léčebnách dlouhodobě nemocných. Problém je analyzován a ve spolupráci s Českým helsinským výborem se připravuje projekt, který by měl odstranit nedostatky v oblasti legislativy. Tento projekt úzce souvisí s dlouhodobou péčí, která potřebuje zlepšit financování. *Zatím se nikdo nepokusil trápení těchto starých a nemocných osob zabránit. Podání žaloby souvisí s otázkou: „Podle jakého zákona žalovat?“*

Rozlišujeme na seniorech násilí fyzické, psychické, sociální, finanční a sexuální. O sociálním násilím hovoříme, když dochází k chování, které způsobuje nenaplnění základních sociálních potřeb seniora. *Hudsonová (2002) shrnuje, že špatné zacházení ale není omezeno jen na domácí násilí. Zahrnuje také špatné zacházení od osob v profesionálních rolích spojených s konceptem důvěry, jako jsou právníci, lékaři, zdravotní sestry a pečující personál (Stehlíková et. al., 2007:3).*

Pan Lorman také spolupracoval s bývalým ministrem pro národnostní menšiny a lidská práva Michaelem Kocábem, a vypracoval pro něho zprávu, ve které uvádí:

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

V pobytových službách zdravotních, sociálních, sociálně-zdravotních, tj. v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných – LDN, zdravotnické následné péče – NAP, domovech pro seniory dochází už řadu let k dehonestujícímu chování pečujícího personálu vůči seniorským pacientům (klientům), k psychickému a fyzickému týrání a zanedbávání péče (Lorman, 2010:1).

Špatné zacházení je častý problém, ovšem je třeba si uvědomit, že se nejedná jen o špatné chování někoho z rodiny, nebo někoho z ošetřujícího personálu, ale také: ... *o svých obavách hovoří častěji ženy, než muži. Musíme přiznat, že tak velkou převahu obav z ohrožení ze strany ostatních spolubydlících jsme neočekávali – jsou téměř šestkrát častější než případné obavy z rodinných příslušníků (Stehlíková et. al., 2007:15).*

Násilí jako problém moci - moc znamená, že určité individuum využívá každé šance a příležitosti v rámci určitého sociálního vztahu nebo jednání k prosazení vlastní vůle, většinou proti vůli nebo vůči odporu jiného individua (Weber, 1976).

Pan Lorman mne upozornil na vysoký počet sebevražd páchaných osobami ve věku nad 75 let. *Bezvýchodnost životní situace v kombinaci s blížící se závěrečnou životní fází je příčinou sebevražd (Lorman, 2009:2).* O smrti, umírání a o možnostech, jak seniorům zpříjemnit jejich poslední životní etapu, podrobněji v Příloze 2.

V Německu je situace podobná. Staří lidé, kteří mají vážné tělesné nebo psychické onemocnění, jedná se především o omezení pohyblivosti a deprese, jsou náchylnější k sebevraždám, jak ukazuje studie Berliner Charité (2009). Obvyklým bodem zlomu v psychice seniora/seniorky také může být smrt partnera/partnerky. Nejrizikovější skupinou jsou osamocení muži nad 75 let.

Sebevražda je noční vlak, který vás unese do tmy (Martin Amis).

9. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo pohlédnout na základní aspekty problematiky tak, aby bylo možné vytvořit určitý základ pro další výzkum, neboť, jak vyplynulo z této práce, jsou zdroje velmi obtížně dohledatelné, a terminologie je značně roztržštěná. Zaměřila jsem se na problematiku stáří v širších souvislostech (porovnání se zeměmi EU), hovořila jsem také o demografii a sociálním státu, o ústavní péči, o umírání a smrti, apod. Nárůst počtu osob ve věku nad 65 let bude v České republice dramatický, a s tím souvisejí problémy ve zdravotnictví a sociální oblasti, které na tyto změny budou muset reagovat. Z výzkumu vyplynulo, že stárnutí evropské populace, případně dokonce vymírání populace je novým fenoménem, který nemá v moderních dějinách obdoby.

Existují dva základní názory na věc, jak lidem zajistit důstojné stáří, jeden preferuje domácí péči, druhý ústavní. Někteří senioři chtějí dožít doma a také mají příbuzné, kteří jsou ochotni a schopni o ně pečovat. Je také možnost využít pomoci občanských sdružení nebo mobilní hospicovou péči, které seniorům poskytují některé sociální a zdravotní služby, a tím rodině trochu pomohou. Je zde ovšem i názor opačný a tím je dlouhodobá péče v ústavech. Tento názor má řada našich občanů kulturně zakotvený, jsme zvyklí na to a myslíme si, že o staré lidi by se měl postarat stát. Já sama se přikláním spíše k druhému názoru. Přesněji řečeno, pokud je to možné, nechat seniora v domácí péči. Ale v situaci, kdy se zhorší jeho zdravotní stav, by měla být možnost, jak tuto situaci řešit rychle a důstojně s přihlédnutím k finančním možnostem rodiny. Stát nemůže veškerou zodpovědnost nechat pouze na rodině, která si se starým těžce demontním nebo ležícím příbuzným, který vůbec není schopen sebeobsluhy, často vůbec neví rady a vzniklá situace se řeší různými provizorními variantami, které rodinu velmi zatěžují psychicky, fyzicky i finančně a také pro seniora nejsou vždy nejvhodnějším řešením. Psychicky se asi bude lépe cítit doma, ale rodina mu např. není schopna rychle poskytnout profesionální lékařskou pomoc.

Vzhledem k tomu, že se jedná o propedeutickou práci, byla jsem nucena řešit množství dílčích problémů a ty následně uvést v celek. Rovněž tomu byla přizpůsobena struktura práce, která řeší množství témat, které by samy o sobě zasluhovaly rozebrat v samostatné studii. I z toho důvodu jsem se omezila pouze na základní fakta, která jsem však pro lepší přehlednost uváděla ve srovnání s obdobnými vzorky či problémy ve vybraných zemích EU (zejména Německo). Z výzkumu vyplynulo, že problematika ageismu je zásadní, ale do jisté míry ožehavé a opomíjené téma. Ve většině evropských zemí se totiž, jak vyplývá

z kapitol (Širší pohled na problematiku - mezigenerační solidarita, demografie, sociální stát, Sociální stát, jeho úloha v moderní společnosti a problémy stáří, Demografická krize, a Ústavní péče nebo domácí péče), danou problematikou zabývá každá vláda, ale přesvědčivé výsledky jsou spíše otázkou vzdálené budoucnosti. Přestože jsou problémy spojené se zkoumaným jevem všude prakticky stejné (např. nedostatek finančních prostředků jako pragmaticky volené téma politických debat), působí na konkrétní situaci v dané zemi také řada faktorů, např. kulturní, politické, geografické, zdravotnické či socioekonomické faktory, které působí na lidské zdraví a významně ovlivňují také kvalitu života ve stáří. Existují zásadní rozdíly v přístupu k problematice, např. v Německu je mezigenerační solidarita a rodinná péče očekávaná ve stáří nižší než v ČR, na druhé straně ale němečtí senioři mohou od institucí a zdravotnických zařízení očekávat profesionálnější pomoc, která se snaží o poskytnutí individuální gerontologické péče lékařské i sociální.

Nicméně záměrem práce nebylo pohlédnout pouze na vnější faktory (důchodová reforma, zdravotnická zařízení, domovy pro seniory atd.), ale nabídnout též konkrétní vnitřní pohled, v jehož centru byl člověk. Z výzkumu vyplynulo, že mezi důležitá hlediska, která také nelze opomíjet při zkoumání komplexní problematiky, jsou tělesné, psychické a sociálně psychologické aspekty stárnutí. Tyto faktory a aspekty nelze ignorovat a je třeba jejich zohlednění v širším kontextu při tvorbě reformy, mají-li být účinné. Jak ukázala kapitola „Téma stáří a média“, důležitý je také odraz daného tématu v médiích a přístup moderní společnosti jako takové k jednotlivcům. I zde vyplynulo, že přestože jsou základní východiska ve většině zemí EU stejná, liší se přístupy i konkrétní metody.

A z toho vyplývá, že je potřeba, aby se česká politická reprezentace dohodla napříč politickým spektrem a připravila dlouhodobý plán a kvalitní koncepci péče o seniory, pouze jednorázové menší projekty nestačí. Můžeme se poučit a načerpat nové myšlenky ze sociální oblasti také u našich zahraničních kolegů. Česká republika na tuto velkou výzvu není připravena.

Snažila jsem se zejména poukázat na některá hlavní témata, která je potřeba rozpracovat, tedy aby byla pečujícím osobám poskytnuta větší pomoc a podpora okolí i odborníků. Dále, aby se zlepšila ústavní péče, a aby naše společnost vytvářela nová a především kvalitní místa v domovech pro seniory, LDN a hospicích, kterých je zoufale málo. Je potřeba, aby se respektování důstojnosti a autonomie starých osob stalo běžnou normou ve společnosti. Pokusit se omezit ageismus, abychom se na naše seniory dívali s láskou a

Chyba! Pomocí karty Domů použijte u textu, který se má zde zobrazit, styl Heading 1.

pochopením a snažili se jim pomoci v jejich nelehkém životním období, které by nemělo končit krajním řešením, sebevraždou.

Tato práce může být považována za netradiční či příliš obsáhlou, nicméně je vázána na praxi, a zahrnuje poznatky z neziskových institucí, občanských sdružení, domovů důchodců, ministerstev, úřadů Evropské unie, kde se setkala s kladným přijetím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Améry, Jean. 2009. *O stárnutí. Revolta a rezignace*. Praha: Prostor.

Disman, Miroslav. 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Haškovcová, Helena. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

Haškovcová, Helena. 1997. *Lékařská etika*. Praha: Galén, Karolinum.

Holmerová, Iva, Monika Válková, Marie Kojesová. 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV.

Jung, Carl Gustav. 1995. *Člověk a duše*. Praha: Academia.

Kalvach, Zdeněk, Zdeněk Zadák, Roman Jiráček, Helena Zavázalová, Petr Sucharda a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

Keller, Jan. 2005. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon.

Keller, Jan. 2003. *Nedomyšlená společnost*. Brno: Doplněk.

Kübler-Rossová, Elisabeth. 1997. *O smrti a životě po ní*. Praha: Aquamarin.

Langmeier, Josef, Dana Krejčířová. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Marx, David, Bohumil Seifert, Hana Cabrnová a kol. 2009. *Rádce pacienta*. Praha: MZČR.

Možný, Ivo, Marie Přidalová, Lenka Bánovcová. 2003. *Mezigenerační solidarita. Předběžná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu Hodnota dětí a mezigenerační solidarita*. Praha: VÚPSV-výzkumné centrum Brno.

Munzarová, Marta a kol. 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Praha: Ecce homo.

Pacovský, Vladimír. 1994. *Ošetrovatelská diagnostika. Teorie a praxe*. Praha: Karolinum.

Petrusek, Miloslav a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

- Petříková A., R. Čornaničová. 2004. *Gerontagogika: úvod do historie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Pichaud, Clément, Isabelle Thareauová. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Pick, Miloš. 2009. *Stát blahobytu nebo kapitalismus?* Všeň: Grimmus.
- Potůček, Martin. 1995. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Rabušic, Ladislav. 2002. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* Praha: VÚPSV.
- Říčan, Pavel. 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Říčan, Pavel. 2007. *Psychologie osobnosti - obor v pohybu*. Praha: Grada.
- Sartori, Giovanni. 2005. *Pluralismus, multikulturalismus a přistěhovalectví*. Brno: Dokořán.
- Stehlíková, Džamila, Lucie Vidovičová, Jan Lorman. 2007. *Život v domovech pro seniory 2007 – Zpráva z výzkumu*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Stuart-Hamilton, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Svatošová, Marie. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Červený Kostelec: Ecce homo.
- Šiklová, Jiřina. 2009. *Matky po e-mailu*. Praha: Kalich.
- Vágnerová, Marie. 1999. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, Marie. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vidovičová, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Virt, Günter. 2000. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad.
- Vybíral, Zdeněk. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.

Publikace cizojazyčné

Burgess, Ernest W. 1960. *Ageing in Western Societies*. Chicago: University of Chicago Press.

Callahan, Daniel. 1990. *What kind of life*. New York: Simon and Schuster.

Cohen, Stanley. 1980. *Folk Devils and Moral Panic: The Creation of Mods and Rockers*. London: Martin Robertson.

Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.

Harlay, Alain, Monique Lacage. 1992. *Guide des aides-soignantes (Příručka pro pečovatelky a pečovatele)*. Lamnay: Masson.

Hazan, Haim. 1994. *Construction and Deconstruction of Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press.

Henderson, Virginia. 1959. *Principes Fondamentaux des soins infirmiers (Základní principy ošetrovatelské péče)*. Ženeva: Conseil International.

Hudson, Margaret. 2002. *Elder abuse and neglect*. New York: Macmillan.

Johnson, M. L., V.L. Bengtson, P.G. Coleman, T.B.L. Kirkwood. 2006. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kendig, Hal, Akiko Hashimoto, Larry C. Coppard. 1992. *Family Support for the Elderly*. Oxford: Oxford Med. Publ.

Lafortune G., Balestat G. a Disability Study Expert Group. 2007. *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Futures Implications*. Paris: OECD Health working papers 26.

Marin B., Leichsering K., Huber M. 2009. *Who Cares? Coare Coordination and cooperatoion to enhance quality in elderly care in the European union*. Stockholm: Conference on Healthy and Dignified Ageing. Duscussion paper.

Rosow, Irving. 1967. *Social integration of the aged*. New York: Free Press.

Weber, Max. 1976. *Soziologische Grundbegriffe*. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag.

Skeletový překlad Kubová

Holuscha, Annette. 1992. *Altenpflege in der Familie*. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.

Diplomové práce

Bolechová, Renata. 2009. *Interakce mezi zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty*. Bakalářská práce. Praha: FHS UK.

Hájková, Jana. 1998. *Změna hodnot ve stáří*. Magisterská práce Praha: HTF UK.

Matějovský, Jan. 2007. *Komplexní pohled na funkční a zdravotní stav seniorů žijících ve svém vlastním prostředí*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

Odborné články

Černá, Milena a kol. 2009. „Životní bilance ve stáří.“ *Sborník z Odborné konference u příležitosti mezinárodního dne seniorů*. Praha: Výbor dobré vůle-Nadace Olgy Havlové.

Horský, Jan. 1996. „*Studium historického utváření rodiny v 16. až 18. století*“. *Demografie* 38: 165-172.

Karmelitová, Pavla, Martin Týc, Tomáš Kaštovský. 2005. „*Podpora rodinných pečujících o seniory-empirická studie*“. Regionální studie MČ Praha 7 a Praha 8. Část I. Hlavní závěry.

Lorman, Jan. 2009. „*Diskriminace a sociální vyloučení seniorů*“. Tisková zpráva.

Lorman, Jan. 2010. „*Diskriminace seniorů v pobytových zdravotních a sociálních zařízeních*“. Zpráva pro Michaela Kocába, ministra pro lidská práva ČR.

Rabušic, Ladislav. 1996. „*O současném vývoji manželského a rodinného chování v České republice*“. *Demografie* 38: 173-180.

Rychtaříková, Jitka. 1997. „*Nechci této společnosti namlouvat, že se nic neděje*“ *Demografie* 39: 267-268.

Články z tisku

Frýdecká, Lucie. 2008. „*Eutanazie? Ne, více hospiců.*“ MF Dnes 23.7.2008

Šťastný, Ondřej. 2008. „*Za Zdmí LDN je pacient nula*“. MF Dnes 6.7.2008

Vašek, Petr. 2010. „*Janota se přepočítal, o kompromis není zájem*“. Hospodářské noviny 14.5.2010

Zpravodaj Patria „*Zisk farmaceutické firmy Novartis vyskočil o 49%*.“ Ženeva (ČTK) 20.4.2010

Přednášky

Keller, Jan. 2010. Přednáška *Tři sociální světy*. 25.3.2010. Praha: Městská knihovna na Mariánském nám.

Potůček, Martin. 2010. Přednáška *Soudržnost a konkurenceschopnost sociálního státu*. Konference Perspektivy sociálních systémů. 19.5.2010. Praha: ČMKOS.

Škromach, Zdeněk. 2010. Workshop *Zvyšování zaměstnanosti*, 5.5.2010. Praha: Slovanský dům.

Přednáška 2010. VI. Mezinárodního ekonomického fóra Zlaté koruny, 16.3.2010, Praha: Top hotel Praha.

Internetové zdroje

Bezděk, Vladimír. 2010. *Věková hranice pro odchod do důchodu se bude prodlužovat*. [online]. Praha: Podnikatel. [cit. 10.6.2010]. Dostupné z: <<http://www.podnikatel.cz/clanky/demograficke-hodiny-uz-neuprosne-biji/>>.

Centrum v Rostocku pro demografické změny. 2010. *Demografické změny*. [online]. Rostock: Centrum pro demografické změny. [cit. 30.5.2010]. Dostupné z: <http://www.zdwa.de/zdwa/artikel/broschuere/broschuere2007_kap01.pdf/>.

ČSÚ. 2006. Demografická příručka 2006, 8-6 *Naděje dožití (střední délka života), v letech 1920-2005*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 3.6.2010]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/3E0033266C/\\$File/4032060806.pdf/](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/3E0033266C/$File/4032060806.pdf/)>.

ČSÚ. 2008. *Struktura obyvatelstva v evropských zemích podle hlavních věkových skupin*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 28.5.2010]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/24003E0626/\\$File/4032081102.pdf/](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/24003E0626/$File/4032081102.pdf/)>.

ČSÚ. 2009. *Věková skladba obyvatelstva v roce 1960*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 1.6.2010]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_1960/>.

ČSÚ. 2010. *Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 1.6.2010]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8002F1156/\\$File/402110u.pdf/](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8002F1156/$File/402110u.pdf/)>.

Demografie. 2005. *Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2.6.2010]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34/>.

Husák, Tomáš. 2007. *Vývoj porodnosti regionů Německa po roce 1997*. [online]. Praha: Demografie. [cit. 5.6.2010]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=507/>.

Stojanová, Jarmila. 1999. *Postavení a práce seniorů*. [online]. Praha: Český helsinský výbor [cit. 6.6.2010]. Dostupné z: <www.helcom.cz/>.

Portál MPSV. 2010. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. Praha: MPSV [cit. 30.12.2010]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1294503638417_1/>.

Portál Evropské komise. 2007. 1.3 Demografické změny v Evropě. [online]. Brusel: EU [cit. 2.5.2011]. Dostupné z: <http://www.eurelectric.org/Demographic/CZ/toolkitczechp7.htm>

PŘÍLOHA Č. 1 DOMOVY PRO SENIORY V PRAZE A OKOLÍ

1. Domov pro seniory Mukařov (Charitní 26, 251 62 Mukařov)
2. Centrin (Libocká 271/1, 162 00 Praha 6)
3. Centrum Rožmitál pod Třemšínem, poskytovatel sociálních služeb (Na spravedlnosti 589, 262 42 Rožmitál pod Třemšínem)
4. Domov pro seniory, Zvonkova (Zvonková 2902/6, 106 00 Praha 10)
5. Domov pro seniory, Gercenova (Gercenova 911/12, 102 00 Praha 15)
6. Pečovatelsko ošetrovatelská lůžka - domov pro seniory (Máchova 1029/14, 120 00 Praha 2)
7. Domov seniorů (Jana Masaryka 638/34, 120 00 Praha 2)
8. Česká katolická charita Charitní domov Krč (Hornokrčská 709/3, 140 00 Praha 4)
9. Česká katolická charita Charitní domov Břevnov (Radimova 33/2, 169 00 Praha 6)
10. Bethesda - domov pro seniory (Stoliňská 2510/41c, 193 00 Praha 9)
11. Domov pro seniory Ďáblice (Kubíkova 1698/11, 182 00 Praha 8)
12. Domov pro seniory Dobřichovice (Brunšov 365, 252 31 Všenory)
13. Domov pro seniory Elišky Purkyňové (Thákurova 534/10, 160 00 Praha 6)
14. Domov pro seniory Háje (K Milíčovu 734/1, 149 00 Praha 4)
15. Domov pro seniory Hortenzie (K Ubytovně 65, Bořanovice-Pakoměřice, 250 65 Líbeznice)
16. Domov pro seniory Chodov (Donovalská 2222/31, 149 00 Praha 4)
17. Domov pro seniory Kobylisy (Mirovická 1027/19, 182 00 Praha 8)
18. Domov pro seniory Krč (Sulická 1085/53, 142 00 Praha 4)
19. Domov pro seniory Malešice (Rektorská 577/5, 108 00 Praha 10)
20. Domov pro seniory Pyšely (nám. T. G. Masaryka 1, 251 67 Pyšely)

21. Domov pro seniory Zahradní Město (Sněženková 2973/8, 106 00 Praha 10)
22. Domov seniorů Dobříš, příspěvková organizace (Za Poštou 1660, 263 01 Dobříš)
23. Domov Sue Ryder, o.p.s. (Michelská 1/7, 140 00 Praha 4)
24. Domov ve Vlašimi, poskytovatel sociálních služeb (Blanická 1089, 258 01 Vlašim)
25. Dům seniorů Michle s.r.o. (Čapkova 400/13, 140 00 Praha 4)
26. Domov pro seniory Slunečnice (Na hranicích 674/18, 181 00 Praha 8)
27. Domov pro seniory Jižní město (Janouchova 670/1, 149 00 Praha 4)
28. Luxor Poděbrady (Tyršova 678/21, 290 01 Poděbrady)
29. Domov pro seniory u Pražské brány (Pražská 95, 281 61 Kouřim)
30. Dům sociálních služeb Bojčenkova (Bojčenkova 1099/12, 198 00 Praha 9)
31. Gerocentrum "Slunné stáří" (Harrachovská 422/2, 190 00 Praha 9)
32. Ošetřovatelský domov Praha 3 (Pod lipami 2570/44, 130 00 Praha 3)
33. PRAGOM CS, spol.s.r.o. (Školní 50, Předhradí, 289 41 Pňov)
34. DOMOV SENIORŮ (Novovysočanská 505/8, 190 00 Praha 9)
35. Domov sociální péče Hagibor (Vinohradská 1201/159, 100 00 Praha 10)

(Zdroj: Portál MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2010 a Vlastní výzkum)

PŘÍLOHA Č. 2 UMÍRÁNÍ A SMRT, HOSPICE

Dokud jsme my, není smrt. Je-li smrt, nejsme my. (řecký filosof Epikúros)

V moderní společnosti dochází k paradoxní situaci, kdy stárnutí a smrt lidé chápou jako něco, co se jich netýká, jako něco, co se týká jen těch druhých. Moderní člověk se smrtí nepočítá. Smrt zná pouze z médií a podle behavioristického schématu vede častý kontakt s něčím k otupení a adaptaci na daný podnět. Moderní člověk proto už na smrt v médiích reaguje lhostejně, bez velkých emocí. Naopak se smrtí skutečnou se nikdy nesetkal, a tedy nemá vytvořené přiměřené obranné mechanismy. Moderní člověk tápe, chybí mu zkušenost, aby smrt znal již od dětství, protože dříve lidé umírali doma a smrt byla přirozenou součástí jejich života. Ve středověké společnosti bylo lidem jasné, že zemřou, a smrt byla samozřejmá, běžná, všední věc. Středověký člověk byl na smrt připraven. Smrt probíhala podle předem stanoveného rituálu. *Smrt je duševně stejně důležitá jako narození a je stejně integrální součástí života* (Jung, 1995:230).

Rituál (z latinského slova *rituale*) znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Obecně můžeme říci, že každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí ať již v radostné nebo smutné církevní nebo civilní situaci. Podstatné je, že rituálem je upravena, resp. snížena vysoká emotivita. Rituály se liší (jsou produktem dané kultury), ale jejich transkulturální jádro je společné – v emotivně vypjatých situacích umožňuje předepsaný nebo zvyklostně uznávaný scénář přiměřené chování zúčastněných (Haškovcová, 1997).

Ve středověku byla smrt běžnou součástí života a vycházela z křesťanského myšlení, lidé si uvědomovali, že mají naději. Rodiny uctívaly kult smrti a každá rodina měla vlastní rodinnou hrobku. Pohled na smrt se začíná měnit na začátku novověku ze dvou důvodů, přichází konfesní rozpad, tedy barokní katolická zbožnost je jiná než protestantská a také dochází k objevení budoucnosti, která se stává rozhodující kategorií individuálního života. Smrt má nyní smysl. My ale smrt nevíáme s nadšením, protože nás okrádá o příští požitky.

Smrt je proces zániku živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného (jednorázového či pozvolného) zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce. V přeneseném slova smyslu se pojem smrt užívá i pro konec či zánik biologického druhu, či kulturně-historického typu (hovoří se o

smrti civilizace, kultury, politického systému). Smrt je jednou ze základních mezních situací lidského života (Velký sociologický slovník, 1996:1001).

Podle francouzského historika Philippe Ariése, jehož studie zpracoval G.Virt, docházelo k těmto proměnám nazírání na smrt. V nejstarších dobách až do středověku byla smrt chápána jako běžná událost, Ariés ji nazývá „zkrocená smrt“. Všichni viděli umírat své příbuzné a lidé si uvědomovali omezenost svého života v čase.

V období 12. století až 15. století došlo ke změně chápání smrti, už se nejednalo o společenský úděl, ale spíše o osobní drama jednotlivce neboli podle Ariése „vlastní smrt“. Další období nastalo od 16. století, kdy se poprvé začalo hovořit o eutanazii a vzniká názor, že člověk si smrt může usnadnit a učinit ji „dobrou smrtí“. V období po hrůzách třicetileté války, tedy po roce 1648, se smrt stala ještě více soukromou záležitostí rodiny a blízkých přátel. Až ve 20. století se objevuje „smrt zakázaná“ nebo „smrt vytěsněná“, a „smrt nesmyslná“ (např. Albert Camus).

Kolik lidí umírá vyřazených ze životního společenství s mladými, a to dlouho před smrtí fyzickou, smrtí sociální? Naše generace je první, která má za úkol tyto roky života získané navíc kultivovat jak individuálně, tak společensky a my jsme při zvládání tohoto úkolu teprve na samém počátku (Virt, 2000).

Mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku. Vzhledem k tomu nepocituje se starými lidmi sounáležitost, chápe je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie, s níž nemá nic společného (Vágnerová, 2000:443).

O vrácení smrti do života se pokouší hospice. Hospic je zdravotnické a sociální zařízení, které poskytuje péči těžce nemocným a umírajícím lidem.

Člověk nežije toliko z lásky, kterou přijímá, jako mnohem více z té, kterou daruje (Matka Tereza).

Pojem hospic pochází z latinského slova *hospitium* (útulek, útočiště). Již ve středověku (zhruba od 4. století) v Římě existovaly tzv. domy odpočinku, přístřešky pro poutníky, kde mohli pár dní přenocovat, najíst se a odpočinout si. Předchůdci dnešních (moderních) hospiců byly domy pro umírající, které od 19. století v Londýně a Irsku

provozovaly křesťanské řády. Hospicové hnutí vzniklo v Anglii v roce 1967, kdy lékařka Cecílie Saundersová založila první hospic sv. Kryštofa (*St Christophers Hospice*) v Londýně.

O založení prvního hospice v České republice se (hned po roce 1989) pokusila v Rooseveltově ul. v Praze lékařka Marie Opatrná, ovšem její projekt se nesešel s pochopením a musel být ukončen. Za zakladatelku hospicového hnutí u nás je proto považována doktorka Marie Svatošová, která byla do roku 1990 praktickou lékařkou. Poté se začala věnovat péči o seniory a v roce 1993 v Praze založila Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí *Ecce Homo*. První český Hospic Anežky České v Červeném Kostelci otevřela v roce 1996. Dnes se jedná o modelové zařízení, které předává své znalosti a zkušenosti českým i zahraničním zájemcům o hospicovou péči.

Pracuji v hospicích už dlouhá léta a nikdy se mi nestalo, že by těžce nemocný člověk prosil o eutanazii (Svatošová, 2008). To potvrzuje úvahy některých odborníků, že lidé žádající o eutanazii, si vlastně chtějí říct spíše jen o více pozornosti a pochopení pro své problémy. Lidé žádající o eutanazii mají také strach z bolesti a z toho, že o ně nebude dobře postaráno. Jejich žádost je činěna pod tlakem okolností. *Je věci cti lékařské profese, aby lékaři uměli řádně tlumit fyzickou bolest* (Munzarová et.al., 2008:13). Moderní medicína umí utlumit bolesti, a pokud personál nemocnému poskytne dobrou péči a psychickou podporu, je senior spokojen. Hospic nabízí nemocným uspokojení potřeb tělesných, sociálních, duševních i duchovních, poskytuje kompletní péči. V paliativní péči nejde o úplné uzdravení pacienta, protože trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu a jeho stav natolik vážný, že to již není možné. Jde o to zajistit nemocnému co nejvyšší kvalitu života, zachovat jeho důstojnost, zmírnit bolest, poskytnout duševní útěchu jeho příbuzným a přátelům. Je pravda, že někteří lidé umírají klidně a jiní neklidně. To závisí hodně na tom, jestli se smrti bojí nebo nebojí. Pokud ji vnitřně už dříve přijali, umírají zpravidla klidně a někdy dokonce radostně (Svatošová, 1995).

Přechod ze života ke smrti musí stát v centru dramatu lidského života. Ti, kteří ke smrti přecházejí, potřebují doprovod a péči jiných proto, aby byli začleněni ve společnosti až do nejposlednějšího možného okamžiku. Je třeba je ujistit, že nebudou zapomenuti. Největší hodnota hospicového hnutí spočívá v jeho přínosu v péči o umírající a v tom, že znovu otevřelo možnost kladného přijetí nemoci a smrti (Callahan, 1990).

Společně podléháme iluzi, že o umírající a smrt jednotlivce by se měl starat kolektiv k tomu speciálně vyškolených odborníků (Haškovcová, 1997).

Brzy by měl u nás začít platit zákon, že budou zdravotní pojišťovny platit mobilní (domácí) hospicovou péči. Zdravotní pojišťovny ji zatím (situace na počátku roku 2011) neproplácí, pracují tedy mimo systém veřejného zdravotního pojištění. Jediným zdrojem peněz jsou dotace a sponzoři. Jedná se o tým ošetřovatelů a lékařů, který pracuje přímo u seniora doma a pomáhá rodině s péčí o umírajícího. Domácí hospicová péče umožňuje seniorovi prožít poslední dny života ve známém příjemném domácím prostředí, ale s pomocí odborného týmu. *Umírání a smrt našich blízkých nás nemine. Budme proto na ni připraveni s vědomím, že naše přítomnost u jejich lůžka je jistě mnohem důležitější než přítomnost všemožných odborníků* (Munzarová et.al., 2008:45).

Stanovisko ke smrti může být různé a hodně záleží na osobních zkušenostech každého člověka. Níže se objevují dva rozdílné názory. Vídeňský rodák Hans Chaim Mayer byl ateista, člověk nevěřící, který zažil koncentrační tábor. Po válce si změnil jméno, aby ukázal na svůj rozchod s německým prostředím a přijal francouzsky znějící jméno Jean Améry. Dílo a život tohoto autora se silně prolínaly. Naopak doktorka Kübler-Rossová je spíše věřící člověk a žije v harmonické rodině.

Jean Améry ve svém díle zachytil ubývání duševních i tělesných sil a svůj pohled na smrt. Sám se s tímto tématem nedokázal zcela vyrovnat a po svém dilematu, kdy se stále pohyboval mezi revoltou a rezignací, spáchal v roce 1978 sebevraždu. Jeho dílo navazuje na tradici francouzské existenciální filosofie. Kdy je člověk starý? *Rázem poznává, že mu svět neposkytuje kredit na budoucnost, že nepřistupuje na to, aby ho viděl, jako toho, kým by mohl být ... Nikdo se ho již neptá: Co budeš dělat? Všichni konstatují strážlivě a neotřesitelně: To už jsi udělal. Zakouší zcela neotřesitelně, že účet sečetli ti druzí* (Améry, 2008). To je pro starého člověka stresující, protože *má potřebu otevřené budoucnosti* (Vágnerová, 2000:414).

Nauč se spojit s tichem v hlubinách své duše a pochop, že všechno v životě má nějaký účel. Neexistují omyly, náhody, všechny události jsou požehnání seslané osudem, abychom se z nich poučili (Elizabeth Kübler-Rossová, 1997).

O smrti a umírání píše také známá americká lékařka a psychiatrička švýcarského původu, mezinárodně uznávaná odbornice v oboru thanatologie (interdisciplinární nauka o smrti), Elisabeth Kübler-Rossová. Tato významná osobnost získala přední místo a uznání

v oblasti vědeckého výzkumu umírání a smrti. Její základní teze lze stručně shrnout tímto způsobem: Smrt neexistuje. Je pouze přechodem na jinou životní formu, do nového stavu vědomí, v němž lidé nadále cítí, vidí, slyší, komunikují. Jediné co ztrácíme, je naše fyzické tělo, ale to už nepotřebujeme (Kübler-Rossová, 1997:43). Dle jejího přesvědčení skutečně existuje posmrtný život, což většina jejích kolegů striktně odmítá. *Pozemské bytí je součástí celkové individuální existence, která sahá daleko za jeho hranice* (Kübler-Rossová, 1997:8).

Já se domnívám, že tato tvrzení jsou pravdivá pouze částečně, a člověk je ovlivněn také kolektivním nevědomím. Máme v sobě historicky zakořeněnou určitou představu o umírání a smrti a ta je u všech lidí na celém světě podobná, což je fascinující, ale zároveň asi přirozené. Proto všichni umírání prožíváme podobně, vidíme stejné symboly (např. tunel, světlo, andělé nebo naši zemřelí příbuzní, které jsme milovali, většinou se jedná o matku) a máme stejné halucinace, nebo představy, které vycházejí z našeho nitra. Co se týká posmrtného života, tak o jeho existenci nejsem jednoznačně přesvědčena.

Stále nemohu přivyknout tomu zármutku a soužení starého věku a upřímně se těším na cestu do prázdna (Freud, v dopise příteli 1936).