

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Obor: Sociální a charitativní práce

**Senioři a společnost
Seniors and society**

Vypracoval: Radomír Zeman r. 2013
Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškeré zdroje, které jsem v práci použil.

V Praze dne 12. 2. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za cenné rady a podnětné připomínky a Národní lékařské knihovně za zapůjčení odborné literatury.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá celkovým problémem stárnoucí populace. Cílem práce je porozumět aspektům stáří a péči o staré lidi a také zdůraznit pomalu nastávající věkové změny obyvatel České republiky. Práce se soustřeďuje na základní znaky seniorů, průřez péče a služeb o seniory a vztah seniorů a společnosti.

Summary

Bachelor thesis discusses about general problem of an aging population and the goal is to understand older people and care about them, attention to the changing age structure in the Czech Republic. The thesis focuses on the basic characteristics of seniors, view of the care and services for seniors and relationship of society to older population.

Klíčová slova:

Senior, stáří, péče o seniory, důchodová reforma, česká populace, ageismus.

Keywords:

Senior, older people, care about seniors, pension reform, Czech population, ageism.

Osnova

Úvod

1. Základní pojmy

- 1.1 Ageismus
- 1.2 Geriatrie
- 1.3 Gerontologie
- 1.4 Senior
- 1.5 Stáří

2. Péče o seniory

- 2.1 Historie péče o seniory
- 2.2 Komunikace se seniory
- 2.3 Nejčastější problémy při péči (demence, poruchy nálad..)
- 2.4 Sociální a zdravotní služby pro seniory
- 2.5 Standardy sociálních služeb a kvalita péče o seniory
- 2.6 Násilí na seniorech
- 2.7 Bydlení pro seniory

3. Vztah seniorů a společnosti

- 3.1 Ukázky z médií – vytváření názoru společnosti
- 3.2 Důchodový systém v ČR
- 3.3 Stárnutí populace

Seznam použité literatury

Závěr

Seznam použité literatury

Úvod

Stáří, pro někoho nejkrásnější a nejproduktivnější období v životě, pro někoho „noční můra“. V každém případě se nejspíše stáří bude týkat každého z nás. Procento seniorů ve společnosti, zejména té Evropské stále vzrůstá, proto vzrůstá aktualita i důležitost tohoto tématu. Důležitým aspektem starých lidí, je i péče o ně, jejich postavení a zacházení s nimi. Ani tuto problematiku zde neopomím. V rámci této bakalářské práce také shrnuji vztah seniorů k většinové produktivní populaci. Zmiňuji zde i často diskutovanou sociální i ekonomickou problematiku stárnutí populace ve světle probíhajících demografických změn.

Tato práce je rozdělena do tří základních kapitol. První z nich vysvětluje základní pojmy dané problematiky, druhá shrnuje péči o seniory a její aspekty a třetí se zaměřuje na vztah s většinovou populací.

1. Základní pojmy

1.1 Ageismus - (počeštěle agismus, z anglického age, věk)

Znamená vyřazování a znevýhodňování (diskriminaci) starých lidí. Jedná se zejména o pracovní vztahy, kde je kladen důraz na odpovědnost a pozornost, nebo se jedná o nadřazené pozice (strach z nekvalifikovaného a neadekvátního jednání). Zdrojem ageismu je v dnešní době zejména demografická situace. Objevil se v Americe v 60 letech 20. století.

Evropská společnost hledí na stáří velmi negativně, na rozdíl od antiky, nebo starých kultur původního amerického obyvatelstva, kdy bylo stáří spojováno především s životní moudrostí.

„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrz proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě chronologického věku, a nebo jejich příslušnosti k určité generaci“. (Vidličová in Pokorná, 2010, s. 70)

Tošnerová (2002, s. 7) uvádí pět nejčastěji nekriticky přijímaných představ o stáří:

1. Staří lidé jsou všichni stejní.
2. Staří mužů a žen je stejné.
3. Staří nemají čím společnosti přispět.
4. Staří je křehké, potřebuje péči.
5. Staří je ekonomickou zátěží společnosti.

Těchto pět představ o stáří shrnuje mýty o stáří v naší společnosti.

Ageismus můžeme i obecně rozdělit dle zdrojů agresivních postojů a předsudků a jejich důsledků v jednání a chování na:

- individuální – mikrosociální – týkající se jedince a jeho názorů
- mezosociální – na úrovních sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem aj.
- makrosociální – ve vztahu k legislativním úpravám – ageismus vlastní strukturám (Pokorná, 2010, s. 72)

1.2 Geriatrie – (z řeckého gerón, 2.p. gerontos, starý člověk a iatró, léčím) je jednak synonymum pojmu klinická gerontologie a označení specializačního lékařského oboru .

Obor se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikování a léčení u starých lidí. Obor vychází z vnitřního lékařství, které obohacuje především poznatky neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetrovatelství. Geriatrická práce je týmová a vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta.

Geriatrická medicína je diferencovaná - má svou problematiku akutní, chronickou i paliativní. Zvláštní pozornost je věnována stařecké multimorbiditě, disabilitě, křehkosti a geriatrickým syndromům (instability, imobility, hypomobility a dekondice, anorexie a malnutrice, kognitivního deficitu a demence, inkontinence aj.). Součástí geriatrie je také dlouhodobá péče, komplexní zdravotně sociální péče o nemocné s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením. Za zakladatele oboru je považován I. L. Nascher (1863-1944), který je také autorem 1. monografie Geriatrics z roku 1914. Obor se nejprve rozvíjel v USA (v roce 1942 byla založena Americká geriatrická společnost) a ve Velké Británii, kde je spojován se jménem M. Warrenové, která také stála ve 40. letech 20. století u zrodu domácí ošetrovatelské péče. Jako samostatná problematika se vyčlenila gerontopsychiatrie, k jejímž hlavním okruhům zájmu patří demence, delirantní stavy, deprese, poruchy spánku, paranoidní syndromy a poruchy chování ve stáří. (Kalvach, 2004, s. 158 a Topinková, 2005, s. 170)

1.3 Gerontologie – (z řeckého gerón, 2.p. gerontos, starý člověk a logos, slovo, nauka) je jednoduše řečeno věda o stáří a stárnutí. Byla poprvé definována koncem 19. století. Před tím bylo stáří považováno za jakousi nemoc či chorobu.

Gerontologie se tradičně dělí do 3 okruhů:

Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. V současnosti se rozvíjí především na molekulární úrovni.

Gerontologie sociální se zabývá vztahem starého člověka a společnosti včetně fenoménu stárnutí populace - má aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, etické, právní, urbanistické i další. Za zakladatelskou monografii je považována kniha G. S. Halla Senescence: The Last Half of the Life (New York: Appleton, 1922, 518 p.)

Gerontologie klinická, (geriatrie) se zabývá zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zdravím podmíněnou kvalitou života starých lidí, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikování a léčení ve stáří. (Kalvach, 2004, s. 212)

1.4 Senior – (z latinského senex, senis, starý, druhý stupeň senior starší)

Je podstatě jediný neutrální termín pro označení starého člověka. Neutrální proto, že nahrazuje pojem z různých vědeckých disciplín (medicína, psychologie, sociologie).

Na rozdíl od termínů důchodce – člověk pobírající důchod, geront – evokuje nesoběstačného člověka, či zastaralé senescent. (Jarošová, 2006, s. 9)

Slovo senior plní i ostatní významy, např. například jako rozlišení dvou osob stejného jména (Radek Bláha Jr.), ve sportu je opakem proti juniorovi. V některých jazycích užíváno označení senior, jako člověk nadřizený a výše postavený. V jiných (např. španělština), zdvořilé oslovení – seňor.

1.5 Stárnutí, stáří – pojmy těžko definovatelné, protože stárnutí se projevuje u řady jedinců stejného věku velmi individuálně. V encyklopedickém slovníku (Praha 1993, s. 1037) je stárnutí definováno jako „přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)“ Důležité je si uvědomit, že stáří a stárnutí není nemocí, ale nemoci ho ve většině případů doprovází.

Tvaroh (1983, s. 43) tvrdí, že stárnutí je jako pochod, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů a jeho zakončení je přirozená smrt.

Kalvach (2004, s. 18) uvádí, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Stáří rozděluje s hlediska biologického (hypotetické označení míry involučních změn obvykle spojených se změnami způsobenými chorobami typickými pro vyšší věk), sociálního (období vymezené kombinací sociálních změn nebo splněním určitého kritéria např. penzionování, které je spjato se změnou role, životního způsobu a ekonomického zajištění) a kalendářního (dosažení stanoveného věku, od něhož se obvykle nápadněji projevují involuční změny).

Pacovský (2002, s. 3) uvádí, že stárnutí má určité společné fenomény – charakteristické znaky procesu stárnutí:

„Stárnutí a stáří má svojí anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá paralelita. Změnu struktury má za následek změna funkce.“

„Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.“

„Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.“

„Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkce involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni tkání, buněk, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).“

„Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.“

„Z důvodů labilnějších homeostatických mechanismů se ve stáří snižují adaptační schopnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu. Stárnoucí organismus si však dokáže vytvořit nové, kvalitativně odlišné mechanismy, které mu umožňují udržovat homeostázu i v měnících se podmínkách.“

Důležitým faktem stáří je i jeho **periodizace**. Shrneme-li názory odborníků a poznatky z encyklopedií, dělí se jeho období takto – rané stáří začíná většinou 60 rokem života, vlastní stáří začíná sedmdesátým pátým rokem, můžeme je též označit za kmetství (senescence), věk nad 90 označujeme za dlouhověkost. S tím, že každá z těchto etap sebou nese vlastní problémy. Mladí senioři řeší zejména problémy penzionování, volného času, aktivit a seberealizace. Starší senioři se potýkají s problematikou adaptace, tolerance zátěže,

specifického stonání a osamělosti. Velmi staří senioři bojují se soběstačností a problémem vlastního zabezpečení.

Podle Jarošové (2006, s. 13), se stane novým celosvětovým rozdělením vyššího věku, které bylo prezentováno v roce 2002 na II. Mezinárodním shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu. Za seniora by měl být pokládán jedinec ve věku 60 let a více od 80 let pak za seniora starého.

2. Sociální péče o seniory

2.1 Historie sociální péče o seniory

Péče o seniory a její úroveň byla vždy daná k společenské kultuře, souvisela ruku v ruce s péčí o sirotky a hendikepované. Její úroveň vývoje závisela především na společenské situaci, při válkách, ekonomických a kulturních krizích byla nižší. Byla odrazem lidské obětavosti a ušlechtilosti, stejně tak jako je to dnes.

Základním pilířem péče o staré a nemohoucí byla odjakživa rodina. Občas pomohl i někdo z bohatých lidí z okolí či církev. Z iniciativy církve vzešli v raném středověku i první organizace zabývající se pomocí starým lidem. Byly zakládány starobince a chudobince, první klášterní a městské ošetrovatelské domy. Jejich zřizovatelé a organizátoři byla církev a později městské a obecní rady. Tyto organizace plnily zejména azylovou funkci.

Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie „domovy pro staré lidi“ a v Nizozemí specifické objekty hořjes s malými pokojíčky pro staré lidi. V Anglii vychází v roce 1504 snad vůbec první zákon, který se pokoušel řešit problém starých lidí. Následně bylo vydáno první chudinské právo, které deklarovalo vybírání povinného poplatku na podporu starých lidí. (Haškovcová, 1989)

Podobný vývoj péče o seniory prodělal i zbytek Evropy. Kromě chudobinců a starobinců vznikaly pro situované občany „penziony pro dámy a pány“ či jejich obdoby. Toto můžeme počítat za předzvěst systematické péče o seniory, která se začala rozvíjet ve 20. století, zejména po 2. světové válce začaly vznikat systémy sociální péče a v jejich rámci domovy důchodců a další specializované ústavní zařízení. (Jarošová, 2006)

U nás se vyvíjela péče o staré lidi obdobně. Přibližně ve 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády. Plnily spíše funkci sociální než léčebnou. Poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Středověké špitály byly prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí. Bohatí senioři byli léčeni doma nebo v klášterních nemocnicích. V 15. a 16. století vznikaly obecní ústavy pro zchudlé a staré občany na území města Prahy. Od 17. století jsou v našem území zakládány klasické nemocnice, jak je známe nyní. Postupem doby z ní však vzniká složka léčebná, azylový charakter vymizel. (Haškovcová, 1989)

Za doby vlády Josefa II. (1741 – 1790) se na základě farní chudinské ústavy začala také v Čechách rozvíjet péče o staré a nemohoucí. Na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro nezaopatřené, chudé a staré lidi. Podle tzv. domovského práva z roku 1863 byla domovská obec povinna se postarat o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim náležitou stravu, výživu a opatření v nemoci. Tato dvě práva dala základem novodobého systému sociální péče. Tím, že byla tato péče garantována, začala vykazovat první známky institucionální péče. Na úrovni státu, měst a obcí byly budovány a provozovány chudobince, starobince, pastoušky a nemocnice pro chudé. Péče v takovýchto zařízeních nebyla na vysoké úrovni, bylo tam malé množství personálu, které byly většinou řadovými sestrami bez odborné přípravy a vzdělání. (Jarošová, 2006)

Obrovský rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustavena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. Kromě institucionální a státní péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve (Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž). Péče o staré lidi byla následně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Systém péče o staré lidi se postupně vyvíjel od středověké laické, dobročinné a nesoustavné péče až k péči garantované státem, městem či příslušnou obcí. (Staňková In Jarošová, 2006)

„V roce 1929 byla v Praze založena R. Eiseltem první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory.“

(Haškovcová, 2002, s. 40)

„Po 2. světové válce dochází k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ pro seniory přetransformovány na domovy důchodců. Od poloviny století dochází také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. O dvacet let později se budují první domy s pečovatelskou službou, kde jsou soustředěni senioři ze vzdálenějších a málo dostupných

míst. V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž patientské spektrum tvoří převážně nemocní staří lidé. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem iniciativ nestátních subjektů (především církevních) vznikají v České republice nové instituce a služby určené seniorům – domácí ošetrovatelská péče (rok 1990) a první hospicová zařízení (1995).“

(Jarošová, 2006, s. 41)

2.2 Komunikace se seniory

Komunikaci můžeme chápat jako proces předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty. Je v podstatě základem všech lidských vztahů. Jde o proces sdílení a sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot, zahrnující nejen oblast informací, ale i další výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvořry atd. Do popředí se studium lidské komunikace dostalo až od poloviny 20. stol, a to zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií který zasahuje do všech oblastí lidské činnosti, a tak také do oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství.

Za prvky komunikačního procesu a jeho jednotlivé části považujeme:

- komunikátor (ten kdo má myšlenky, záměry, informace, důvod ke komunikaci)
- kódování (převedení komunikátorových myšlenek do systematického souboru symbolů)
- zpráva (výsledek kódovacího procesu)
- prostředek (nositel zprávy)
- dekódující příjemce (dekódování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a referenčního obsahu zprávy)
- zpětná vazba (reakce příjemce/ců na sdělení)
- šum (veškeré možné faktory měnící záměr zprávy a jejich pochopení či přijetí – fyzické, fyziologické, psychologické, sémantické)

(Pokorná, 2010, s. 11, 12)

Kdykoli hovoříme s ostatními osobami, je v naší komunikaci 6 těchto poselství:

- Co jsme chtěli říci.
- Co bylo skutečně řečeno.
- Co druhá nebo druhé osoby slyšeli.
- Co si druhé osoby myslí, že slyšeli.
- Co druhé osoby říkají na to, co jsme si mysleli, že slyšely.
- Jak vnímáme to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšeli.

(Pokorná, 2008, s.13)

„Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, staří lidé se cítí víc osamoceni.“ (Jarošová, 2006, s. 33)

Jak pojednává Venglářová (2004) dobrá komunikace mezi pacientem či klientem se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). O pravdivosti sdělení, které chceme předat, dál vypovídají tón, gesta, mimika či pohled. Předpokladem pohodlné a příjemné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. Každý člověk má určitý styl komunikace, vrozené tempo, často používaná slova. Při práci se seniory, jak zdůrazňuje Venglářová, je důležité pamatovat na to, že se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem. To znamená, že u lidí v seniorském věku je běžné užívání vykaní ke svým rodičům, naopak málokdy se vyskytují vulgarismy. U starší populace nás ovšem mohou zaskočit bariéry, kterým se nevyhneme, chceme-li dosáhnout příjemné komunikace. Může to být například porucha smyslů (nedoslýchavost, člověk se špatným zrakem), poruchy řeči (afázie) či demence.

Podle Pokorné (2010, s. 49) by měli být komunikační techniky přizpůsobeny individuálním potřebám jedince. Jedním s činitelů je i věk auditora. Je-li přizpůsoben komunikační styl schopnostem a dovednostem naslouchajícího, zvýší se pravděpodobnost porozumění v rozhovoru. Odborné zdroje neuvádí žádná obecná závažná omezení v komunikaci se seniory, je nutné ohleduplně přistupovat k jednotlivým seniorům a hodnotit jejich kapacitu, schopnosti a potřeby.

„Věkem podmíněné změny v kognici jsou u zdravých seniorů minimální. Staří lidé bez ohledu na zub času a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbálních odpovědí, nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti.“ (Arnold, 2003, s.478)

V komunikaci se mohou objevit i bariéry – pojd'me si je rozdělit a uvést:

Interní bariéry

- *vyplývající ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu*
- obava z neúspěchu
- negativní emoce (strach zlost)
- bariéry postoje (xenofobie)
- nepřipravenost
- fyzické nepohodlí, nemoc

Externí bariéry

- *dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd.*
 - vyrušení další osobou
 - hluk, šum
 - vizuální rozptylování
 - neschopnost naslouchat
 - komunikační zahlcení
- (Pokorná, 2010, s. 53)

2.3 Nejčastější problémy při péči

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Jako první toto onemocnění popsal Alois Alzheimer. V současné době není známa příčina vzniku Alzheimerova choroba, z neuropatologických nálezů se však ví, jak nemoc probíhá. Změny postupně působí rozpad nervových vláken a nervových buněk. Alzheimerovou chorobou se mění také látková činnost mozku.

V současnosti trpí 25% lidí starších 85 let demencí. Alzheimerova choroba se na tomto čísle podílí z 50–60 %. Ve věku nad 65 trpí touto nemocí každý 20. člověk. Ve výjimečných případech, většinou při dědičném výskytu, může ojediněle postihnout i osoby mladší.

Současná medicína tuto chorobu doposud nedovedla účinně léčit, pouze zpomalit její postup. V roce 2008 se objevily první povzbudivé zprávy o výrazném léčebném pokroku u menších skupin pacientů, přestože o úplné vyléčení nejde.

Základní příznaky Alzheimerovy choroby:

- ztráta paměti (zejména krátkodobé; jde tedy spíš o poruchy učení a zapamatování si učeného)
- problémy s vykonáváním běžných domácích úkolů
- poruchy řeči a plynulého vyjadřování
zhoršená orientace
- zhoršující se schopnost úsudku, stále obtížnější rozhodování
- problémy s abstraktním myšlením
- ukládání věcí na jiná místa
- změny osobnosti, nálady a chování
- ztráta zájmu o koníčky a zaměstnání
- ztráta iniciativy

Jedením ze základních faktorů při této nemoci je věk. U lidí před 60. rokem se s nemocí setkáváme spíše vzácně. U lidí nad 85 let trpí chorobou každý pátý.

Z hlediska pohlaví jsou ženy ohroženy o trochu více než muži.

U blízkých příbuzných (rodiče, děti, sourozenci) je výskyt 3–4× větší. Podle kanadské studie člověk, který je ve vzdělávacím procesu více než 10 let, má 4× nižší pravděpodobnost výskytu ACh. Neví se však, zda to má za následek vzdělání jako takové (a s ním spojené „trénování“ mozku), fluidní (přirozená) inteligence, či socioekonomické postavení rodiny. Lidé úspěšní ve vzdělávacím procesu mohou mít také vyšší hladinu některých hormonů ovlivňujících rozvoj onemocnění (např. testosteronu). Faktem také je, že mnoho lidí s nízkým vzděláním neonemocní. Studie prokazují, že kouření přináší vyšší riziko vzniku demence. Říkají také, že dlouhodobá konzumace většího množství alkoholu s sebou přináší větší riziko onemocnění. V anamnéze pacientů s ACh se vyskytuje 2× častěji poranění hlavy. Za poranění hlavy se považuje takové zranění, při kterém dojde ke ztrátě paměti nad 15 minut. Tímto trpí například boxeři. Starší lidé s depresí mají 3-4× větší riziko propuknutí demence.

(Regnault, Mathilde, 2012, s.56, 57)

Artróza

Artróza je dlouhotrvající pomalu se vyvíjející onemocnění jednoho nebo více kloubů, kde v popředí stojí opotřebenost (degenerace) kloubní chrupavky. Artróza poškozuje funkci kloubů, omezuje pohyb a způsobuje bolest. Nejčastěji jsou postiženy kyčelní a kolenní klouby, protože jsou nejvíce namáhány. Artróza se může projevit již ve věku 30-ti let. Rentgenové snímky ukazují u 40 % žen a mužů ve věku mezi 45 a 65 let artrotické změny, ve věku 65 let se artróza vyskytuje téměř u 70% populace. Ne všechny rentgenologické prokázané artrotické změny však musí vyvolat u postiženého pacienta obtíže (bolesti, omezení pohyblivosti, otoky).

Artrózu způsobují různé faktory, ale v mnohých případech vzniká právě následkem přetěžování kloubů. Začíná poškozením chrupavky. Chrupavkové buňky, tzv. chondrocyty, citlivé na nepříznivé vlivy (přetěžování, stárnutí atd.) produkují „neplnohodnotnou“ mezibuněčnou hmotu, která omezuje normální funkci kloubu klesá i obsah chondroitinsulfátu jako stavební složky chrupavky.

Po čase se chrupavka stává tenčí a dochází k oslabení její pružnosti do takové míry, že už nedokáže plnit požadavky zátěže. Artróza původně hladký povrch chrupavky zdrsňuje, a tím klesá jeho schopnost snižovat tření při pohybu kloubu.

V průběhu zániku chrupavky se uvolňují enzymy, které poškozují zdravé chrupavkové tkanivo. Následkem přetížení kloubů a nedostatečného tlumení nárazu kost pod chrupavkou částečně popraská, vzniknou tzv. mikrofraktury. Aby se tento problém vyrovnal, kost se stane hustší a křehčí.

Nová kostní tkáň vzniká především na okraji kloubů, což omezuje jejich pohyblivost. Jelikož se v kloubní chrupavce nenacházejí nervy a zánik probíhá v začátcích bez zánětu, vznik artrózy je delší dobu nepozorovatelný. Bolesti počínají až v poměrně pokročilém stadiu, kdy vlivem zánětlivých látek vznikají záněty kloubního pouzdra, a kloub zduří. Vlivem bolesti a nepravidelného zatížení svalstva vzniká podle toho bolestivé napětí svalů.

Na vzniku artrózy se podílí řada faktorů:

- vrozená anomálie kyčelního kloubu
- přirozené stárnutí chrupavky: dochází ke snížení elasticity, zatížitelnosti
- nadváha
- přetěžování kloubů (např. těžká fyzická práce, vrcholový sport)
- zranění (např. zlomeniny)
- chirurgické zákroky (např. operace menisku)
- záněty
- choroby látkové výměny (např. dna)

Při obraně proti artróze se nejprve přistupuje k odstraňování příznaků (tzv. symptomatické terapie) a k odstranění těch faktorů, které podporují vznik artrózy. Dále pak následuje dlouhodobá terapie, během které je zapotřebí zpomalit nebo podle možnosti zastavit další vývoj artrózy a tím podpořit obnovu kloubu.

Možnosti léčby artrózy:

- fyzioterapie
- ergoterapie
- medikamentózní léčba
- ortopedické pomůcky
- chirurgický zákrok

Demence

Demence lze definovat jako postižení více než jedné složky kognice (paměti, řeči, pozornosti, vizuospeciálních funkcí nebo exekutivních funkcí) ve srovnání s premorbidním stavem, a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity (zaměstnání, společenské aktivity, osobní život).

Demence je diagnóza klinická. V první řadě je nutno na možnost demence včas pomyslet. Druhým krokem je stanovení diagnózy syndromu demence a jeho odlišení od jiných stavů (deprese, encefalopatie apod.). Třetím krokem je etiologické zařazení, tedy určení zda se jedná o vaskulární demenci, Alzheimerovou chorobu, demenci s Lewyho tělísky apod. (Rusina in Jurašková, 2008, S. 58)

Jejich podstatou jsou poté různé chorobné procesy a poškození, jako jsou Alzheimerova a Huntingtonova choroba, frontotemporální demence, či vzácná Creutzfeldt-Jakobova nemoc. Většina forem demence postihuje jedince nad 60 let, nicméně v 19. století byla demence poměrně častá i mezi 30, 40 lety - nejobvykleji se jednalo o, dnes již vzácnou, progresivní paralýzu, tj. parenchymatózní syfilis. Ale i dnes je předčasná demence poměrně častý jev.

Ústředními příznaky demence je progresivní deteriorace rozumových schopností a změny osobnosti. Nejčasněji bývá postižena krátkodobá, poté i dlouhodobá paměť, porušen je také úsudek a časoprostorová orientace, včetně ostatních kognitivních schopností, jakými je pozornost, schopnost komunikace, abstraktní myšlení a rozpoznávací funkce. Osobnost nemocného se postupně rozpadá, četné obtíže pro něj představují i běžné každodenní činnosti a jeho společenská role, pacient zapomíná již naučené úkony, jakými je oblékání, příprava jídla a hygiena, ztrácí své osobní věci, bloudí ve svém bydlíšti. Tyto projevy často doprovázejí i poruchy nálady, nezvyklé chování, nebo epizodické stavy zmatenosti s hrozbou pádu. V případě afektivních poruch jsou nejčastějšími deprese, úzkost a apatie, zřídka ovšem nejsou ani euforie, mánie, či tzv. moria (rozjařené, nicméně velmi nevhodné chování, obtěžování, plané vtípkování, zlomyslnost). Objevují se i příznaky psychózy - halucinace, iluze, paranoia, nepřiléhavé emoce, nejčastěji pod obrazem deliria. Vzhledem k organické povaze demence se, v závislosti na původě onemocnění, projevují i poruchy hybnosti a rovnováhy, případné paralýzy a parestzie či extrapyramidové příznaky (tremor, pohybová rigidita).

Vlastností demence je ztráta již získaných duševních schopností, nikdy tedy nelze

hovořit o demenci vrozené. Nejčastější formou demence je poté Alzheimerova choroba, frontotemporální a vaskulární demence. Prvotní příznaky demence se obvykle projevují, jako postupné oslabování inteligence, schopnosti rozpoznávání a paměti, změny osobnosti, apatie a úpadek volní činnosti. V preseniu (do 50-60 let) bývá demence většinou sekundární, tj. v rámci jiného onemocnění (Pellagra, syfilis, AIDS, mozkové nádory, aj.)

Postupné fáze demence:

Lehká demence

Obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věcí, podezíravost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování a bezradnost, ztráta iniciativy, známky deprese, úzkosti a agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost.

Střední stadium demence

Poruchy soudnosti, nekritičnost, prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování, potřeba pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížná komunikace, toulání, bloudění, poruchy chování, halucinace, podezírání, stavy zmatenosti.

Těžké stadium demence

Poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, nechápání okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, velké stavy zmatenosti, obtížná chůze, poruchy vylučování moči a stolice, úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík, tělesné i duševní chátrání, hubnutí, smrt.

(Glennner, Joy A., 2012, s. 112)

Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které souvisí s úbytkem nervových buněk v části mozku. Tyto buňky za normálního stavu produkují dopamin, což je neurotransmitter (přenašeč), který zajišťuje přenos signálů mezi nervovými buňkami. Nedostatek dopaminu způsobuje, že pacient postupně není schopen ovládat a kontrolovat svůj pohyb.

Parkinsonova choroba je známá již od starověku. Poprvé však byla popsána roku 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem.

Větší riziko výskytu Parkinsonovy choroby se vyskytuje u mužů a žen nad 50 let. Dosud neexistují důkazy, které by vysvětlovaly výskyt tohoto onemocnění. Vědci se však kloní k teorii, že nemoc může být důsledkem genetických predispozic a vlivu vnějšího prostředí. Existují ovšem i případy, kdy se Parkinsonova choroba vyskytla i u lidí kolem 40. roku a méně.

Parkinsonova choroba je zapříčiněna nadměrnou ztrátou nervových buněk, produkujících v mozku neurotransmitter dopamin, látku, která reguluje činnost určité části mozku zvané bazální ganglia. Bazální ganglia se podílí především na regulaci hybnosti a nedostatek dopaminu způsobí tedy poruchy hybnosti: parkinsonské projevy a obtíže. Touto nemocí dnes u nás trpí přibližně 10 000 – 15 000 lidí. Dopamin lze různými způsoby nahradit, přesto se v pokročilých fázích nemoci vyskytují vážné pohybové potíže, stav se během dne střídá. Pacienti mohou několikrát denně budit dojem téměř zdravých lidí a na druhé straně s vypětím sil jenom ztuhle sedět či naopak trpět mimovolnými pohyby. Častým projevem je třes. Pacienti často mají problémy s komunikací, obtížnou artikulací, špatným psaním. Často bezvýrazný obličej a podivné pohyby. Pacientovým souputníkem může být deprese, ve stáří se přidávají další psychické potíže. Choroba zásadním způsobem ovlivňuje nejenom život postiženého, nýbrž i celé jeho rodiny, přátel, kolegů atd.

Léčba Parkinsonovy choroby není ani v současné době. Existují pouze prostředky, které umožňují mírnit průběh nemoci.

Tremor - dominantní forma PN se projevuje především třesem, který je maximálně klidový, v pokročilejších stádiích ale i posturální a akční, který obtěžuje více než akineza a rigidita. Tito pacienti mají rovněž nižší riziko rozvoje demence a psychotických komplikací.

(Bonnet, Anne-Marie, 2012, s 13,14,15)

Poruchy nálady u seniorů (deprese)

Náladou rozumíme dlouhodobější emoční stav, reagování emocemi určitého směru. Deprese je potom „chorobná nálada“, snížené sebehodnocení a emoční reaktivitu. S tímto souvisí i úzkost, to je strach, který nemá opodstatnění, strach s maličkostí. Je to strach, na který jedinec neodpoví, z čeho vzniká. Souvisí i s vegetativními stavy – třes, pocení...

Deprese je charakterizována přinejmenším těmito čtyřmi skupinami příznaků:

- poruchou nálady – depresí (to je hlavní příznak)
- přechodným narušením schopnosti správně myslet, pamatovat si, soustředit se
- změnou duševní a tělesnou aktivitou
- řadou tělesných (vegetativních projevů)

Varovné známky naznačující deprese:

- smutek, pokleslá nálada, tíseň, nucení k pláči
- návratné myšlenky na nežití, smrt, sebevraždy
- osobní anamnéza – deprese v minulosti (mládí), jiná psychiatrická onemocnění
- ztráta zájmu o okolí, o dřívější adekvátní aktivity
- pocity bezmocnosti, zbytečnosti, nepotřebnosti
- pocit, že život je prázdný
- vyhýbání se dosud běžným činnostem
- obtížné činění rozhodnutí

Rizikové faktory u vzniku deprese jsou zejména:

- pohlaví – ženy 2x častěji
- věk – nejčastěji mezi 20 – 30, a po 60 letech věku
- rodinná a osobní anamnéza – 1,5 – 3x vyšší při výskytu deprese u příbuzných, přítomnost dlouhodobé tělesné nemoci
- rodinný stav – ženatí muži nižší výskyt než svobodní
 - vdané ženy vyšší výskyt než svobodné
- období poporodí – zvýšené riziko do šesti měsíců po porodu
- období přechodu u žen – zvýšené riziko jak první fáze deprese, tak jejího opakování

(Pidrman, 2010, s. 3, 4, 5, 9, 10)

Poruchy sluchu

Sluch patří mezi základní smyslové systémy člověka, poškození sluchu je přitom jedním s nejčastějších chronických problémů stáří. Mezi součinitele věku patří rodinná dispozice, vnější prostředí a systémová onemocnění. Poškození sluchu ve stáří může být doprovázeno dalším motorickým a smyslovým deficitem, který prohlubuje hendikep a sociální izolovanost starších pacientů, a může se spolupodílet na vzniku a vývoji depresivity, demence. Možnosti zlepšení sluchu ve stáří jsou limitované, hlavním prostředkem je sluchadlová korekce.

Sluchadla jsou kompenzační pomůcky, pro jejíž efekt jsou hlavními požadavky zlepšení sluchu, zlepšení porozumění řečového signálu a dále požadavek vyžadovaného poslechového komfortu (příjemnosti a resp. přijatelnosti nošení sluchadla). Lze je posuzovat s aspektů medicínských (korekce sluchového poškození), ekonomický (sluchadlo jako zboží) a sociální (sluchadlo jako prostředek re-socializace). Klasifikovat lze sluchadla dle konstrukčního provedení (sluchadla tovární zákaznická, speciální), způsobu processingu (s. analogová a digitální), či výkonu zesílení. Z pohledu pacienta však především sluchadla rozděluje cena (doplatek). Ačkoli z medicínského pohledu je optimální korekce oboustranná, zdravotní pojišťovny krom výjimek přispívají dospělým na jedno sluchadlo za 5 let. Při výběru sluchadla je přitom třeba přijmout fakt, že nejpodstatnější část ceny sluchadla netvoří vnější vzhled, ale vnitřní vybavení (procesor, sloužící především funkci srozumitelnosti řeči a poslechového komfortu). Současně platí, že čím větší je sluchadlová porucha, tím větší je zisk z prostého zesílení – paradoxně klient s malou sluchovou ztrátou (zdůrazňující „pouhé“ porozumění řeči) pro smysluplnou korekci investuje nejvíce. V každém případě je při komunikaci s nedoslýchavým potřebné odstranění ruchů během hovoru, nekřičet, hovořit pomalu a zřetelně a neprojevat netrpělivost – nezaměňovat nedoslýchavost za nechápavost. (Dršata in Jurašková, 2008, s. 60)

2.4 Sociální a zdravotní služby pro seniory

V dnešní uspěchané době se vlivem rychlého způsobu života mění již zažitá morální povinnost člověka, ke kterým v první řadě patří povinnosti těch, kteří jsou zdraví a produktivní. Odedávna tomu bylo tak, že se starším lidem prokazovala úcta k jejich stáří a moudrosti. Nyní se však postoje mladých lidí k povinnostem vůči starším změnila. Působením dravějšího životního stylu, šance pracovního uplatnění a zabezpečení vlastní rodiny posunulo význam seniorů pro mladou generaci na vedlejší kolej. Lidé si přestávají vážit stáří a je jim takřkajíc víceméně na obtíž. (Jarošová, 2006, s. 40)

Obáváme se, že v dnešní době je velice těžké najít rodinu, kde pracuje pouze jeden člen rodiny a hospodářská stabilita je tím zajištěna. Moderní trend udává rytmus zaměstnávání obou členů rodiny, tudíž i fakt, že se děti nemohou o rodiče postarat a věnovat se jim, tak, jako tomu bývalo kdysi.

„Spolu s problémy, které přináší nová demografická situace do ekonomické sféry, vyvstává také otázka, jak se o staré občany co nejlépe postarat i v oblasti sociální a zdravotní, jak zajistit co nejdéle jejich soběstačnost a jaké místo a roli jim v současné době vymezit. Trendem blízké budoucnosti se měla stát integrace seniorů do společnosti, která však musí být podpořena rozvojem služeb, uspokojujících jejich potřeby.“

(Jarošová, 2006, s. 43)

Závěry výzkumu od Sýkorové (2004, s. 12) potvrzují, že na tomto úkolu by se měla podílet, kromě již zmiňované rodiny, také komunita, kraj či region.

„Je tedy na místě, že lidé, ať už v jakémkoli věku, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů pro seniory či podobných zařízení. Tam by měli najít nový a bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání, a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. Měl by napomáhat vyplňovat dlouhé dny, které tráví senioři v mnoha zařízeních nehybně, beze slova, s vyhaslýma očima, odevzdání svému osudu. Čekají jen na jídlo a na léky. Pozornosti se dostává jejich nemocím, avšak ne jim. Nežijí, ale vegetují.“

(Rheinwaldová, 1999, s. 10)

Při koncipování zdravotně sociální péče o seniory je zapotřebí akceptovat velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k potřebám starých lidí. Institucionální a neinstitucionální formy péče o seniora měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982:

- 1 Demedicinalizace – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii;
- 2 Deinstitutionalizace – prioritou ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti;
- 3 Desektorizace - akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče;
- 4 Deprofesionalizace – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví. (Jarošová, 2006, s.43)

„V moderním přístupu ke stárnutí a k péči o seniory se setkáváme s dynamickou teorií stárnutí, která vidí člověka jako komplexní dynamický proces, mající do určité míry schopnost regenerace. Činností se funkce lidského těla i mysli posilují, udržují a rozvíjejí. Nečinnost se ztrácí.“

(Rheinwaldová, 1999, s. 10)

V zařízeních starající se o seniory či jiné druhy postižení by mělo být postaráno o všechny faktory, o všechny stránky člověka a jeho potřeby. V soudobých trendech je důležitá individualita jedince a přístupu k němu, vytvoření individuálního plánu péče tak, jak konkrétní klient potřebuje. Každé zařízení by se o člověka mělo postarat tak, jak nejlépe dovede, aby zůstávala zachována důstojnost a hodnota člověka. Změny v myšlení, které nastávají v dnešní době, se snaží přivést na svět zařízení typu rodinného, opouštění od medicínského prostředí. Jde o snahu starat se o člověka jako o složku biologicko-fyziologicko-socio-psychickou a spirituální. (Vágnerová, 2007, s. 28)

„Tento nový model bude určovat i nový obsah péče. K novému myšlení a postoji musí být ovšem lidé školeni a vycvičeni. Vedle tradičních zaměstnanců, ředitelů, vrchních sester a ošetřovatelek má být v každém zařízení terapeuticko – rekreační pracovníce, či speciální pedagogové a další školení pracovníci, kteří se starají o zábavně – terapeutický program vycházející z potřeb obyvatel.“

(Rheinwaldová, 1999, s. 11)

Zdravotní služby pro seniory:

Geriatrická ambulance - cílem je diagnostika, psychosociální hodnocení, komplexní přístup k léčbě patologických forem stárnutí a stáří. Zaměření je na koordinaci vzájemné návaznosti léčebné péče mezi akutní a následnou péčí.

Geriatrické oddělení – je akutním oddělením nemocničního typu specializovaným k péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Cílem je zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniora.

Zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení) - oddělení je určeno pro nemocné ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou a po odeznění a akutní fáze onemocnění.

Ošetrovatelské oddělení – jedná se o oddělení převážně ošetrovatelské péče, která může být krátkodobá, dlouhodobá i trvalá. Stav pacienta je stabilizovaný nebo neovlivnitelně progredující.

Hospice – jsou zvláštní formou ošetrovatelského ústavu, mohou poskytovat také realitní péči. Doporučený počet lůžek ošetrovatelského typu pro geriatrické pacienty 0,8 na 1000 obyvatel s přihlédnutím k věkové struktuře obyvatel. Existují samostatně či jako součást center.

Geriatrické denní centrum – pobyt v zařízení trvá 6-12 hodin (možnost denních či nočních pobytů, podle zaměření centra), může se pravidelně opakovat.

Domácí péče- hlavní filosofií domácí péče je náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení.

Pečovatelské služby – zřizovateli jsou nejčastěji obce (v menším počtu nestátní neziskové organizace)

Domácí zdravotní péče – zřizovateli jsou nejčastěji nestátní neziskové organizace a fyzické osoby

Sociální služby pro seniory:

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče může být realizována výhradně státními subjekty (např. poskytování sociálních dávek), ale také státními i nestátními subjekty (např. terénní péče o seniory) současně.

Ústavní péče o seniory – domovy důchodců, domovy – penzióny pro důchodce, domovy pro seniory.

Terénní služby pro seniory – realitní péče, stacionáře – denní pobyty (domovinky), pečovatelská služba

Komunitní péče pro seniory - chráněné a sociální bydlení.

- *domovy důchodců* – jsou určeny především pro staré občany vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina, ani pečovatelská služba.
- *domovy – penzióny pro důchodce*- jsou určeny starým nebo invalidním občanům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje komplexní péči a umožňuje jim vést poměrně samostatný život za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu.
- *domov pro seniory* – poskytuje starým mobilním lidem pomoc v případě, kdy nemohou žít dočasně nebo trvale samy v domácnosti.
- *pečovatelská služba* – poskytuje péči starým občanům v jejich domácím prostředí.
- *zařízení pro denní pobyt (domovinky)* – jsou zařízení pečovatelské služby určené pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří jsou osamělí a vyžadují denní péči.

- *domy s pečovatelskou službou* – je zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin, jednotlivce nebo manželské dvojice
- *přechodné pobyty* – jsou určeny seniorům, o které na přechodnou dobu nemohou pečovat jejich rodiny nebo příbuzní
- *kluby důchodců* – jsou otevřenými zařízeními sociálních služeb charakteru komunitních center pro osoby zájmově a lokálně spojené, pro seniory se stejnými potřebami. Cílem klubů důchodců je zlepšit kvalitu života prostřednictvím aktivity jedince a posilování jeho vlastní hodnoty.
- *sociální hospitalizace* – poskytují zdravotnická zařízení klientům, kterým je pobyt prodloužen v těchto zařízeních ze sociálních (nikoli ze zdravotních) důvodů.
- *osobní asistence* – je určena občanům, kteří pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti potřebují pomoc ve většině či všech životních úkonech. Účelem této služby je umožnit klientovi žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření či umožnit návrat občana.
(Jarošová, 2006, s. 44 – 50)

2.5 Standardy sociálních služeb a kvalita péče o seniory

Pojem standardy kvality sociálních služeb byl zaveden s nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jejich dodržování je dle § 88 tohoto zákona jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb a je rovněž předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb. Obsah těchto standardů stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je určena úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli služeb. Standardy se týkají všech sociálních služeb a jsou proto formulovány obecně. Tato obecnost je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost a právní formu poskytovatele. Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria, která jsou měřitelná, z důvodu srozumitelnosti a také proto, aby bylo možno posoudit, zda služba požadavek standardu splňuje. Zavedení standardů do praxe umožní porovnávat služby, které pomáhají lidem řešit stejný typ nepříznivé sociální situace. To má velký význam i pro zřizovatele a další instituce, které sociální služby financují. Při zjišťování kvality poskytovaných služeb jsou standardy nástrojem, měřítkem pro hodnocení kvality.

Hlavním cílem standardů je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva uživatelů služeb a pracovníků – poskytovatelů. (Mátl.O, Jabůrková M., s.52 – 70, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.)

Většina poskytovatelů za hlavní motiv považuje potřebu zvýšit úroveň kvality služeb a zlepšit podmínky života klientů – tedy vnitřní motivy. Zavedení některého ze systémů řízení kvality poskytovatelů přitom umožňuje nestranné posouzení kvality služeb.

Dalším důvodem je prestiž – dobré jméno, image, a důvěra v zařízení. Řada poskytovatelů usiluje o to získat značku kvality případně jiné ocenění. V České republice existuje celá řada takových ocenění. Rada České republiky pro jakost a zástupci časopisu soc. péče organizují soutěž o ceny kvality v sociální péči. Udělování je také značka kvality a nezávislé hodnocení poskytovatelů podporovaného zaměstnání. Je vyhlašována cena Mosty, realizována soutěž domov plný života. Existují ocenění manager roku, pečovatelka roku, sestra roku (speciální kategorie sestra v sociální péči). Udělována je také cena za mimořádný přínos v oboru gerontologie. Zavádění systémů kvality je v tomto případě prostředek, jímž mohou poskytovatelé vyslat signál a připoutat pozornost veřejnosti a uživatelů ke kvalitě

sociálních služeb. Pro některé poskytovatele je zavádění systémů managementu jakosti také módním trendem.

Současné chápání kvalitní služby.

V sociálních a zdravotních službách je kvalita spojená s kvalitou života člověka. Kvalita má ve službách mnoho rovin:

- spokojenost uživatele a jeho rodiny
- reakce na potřeby toho, komu je určena
- profesionalita personálního zajištění služby
- efektivnost a cenová únosnost služby
- vhodnost prostředí, kde je služba poskytována
- udržitelnost – ekologický aspekt, přátelská k veřejnosti

Vnímání těchto rovin se liší z pohledu jednotlivých subjektů (uživatelů, rodinných příslušníků, pracovníků, zřizovatelů, veřejnosti atd). Zatím co u standardních produktů na konkurenčním trhu je kvalita formována poptávkou a nabídkou, v případě sociálních a zdravotních služeb pro seniory tržní princip neplatí, neboť často neexistuje alternativa. V tomto umělém nekonkurenčním prostředí hraje významnou roli při definování kvality regulace státu. Pojetí kvality sociálních a zdravotních služeb vychází ze společného kontextu a je konsensuální sladěním, a to jak pohledu jednotlivých subjektů (uživatelů, pracovníků, zřizovatelů), tak jednotlivých aspektů kvality (naplnění potřeb a spokojenost uživatele, efektivnost, personální zabezpečení, vhodnost prostředí, udržitelnost atd). Vztahuje se ke kvalitě života, ne pouze ke kvalitě spotřeby.

Základním předpokladem pro to, aby člověk mohl čerpat kvalitní službu je, že musí vědět, jak taková služba vypadá a kde jí může čerpat. To je podmíněné informovaností seniorů.

Významným faktorem pro pojetí kvality služeb jsou také očekávání seniorů. Očekávání musí být zasazena jak do kontextu místního (rozdílná situace ve městech a na venkově), tak i do kontextu doby (tady v souladu s tím, co je v daných podmínkách možné a na co je daná generace zvyklá).

(Mátl.O., Jabůrková M., s.72 - 86)

2.6 Násilí na seniorech

Domácí násilí zahrnuje všechny projevy fyzického, sexuálního, psychického, ekonomického a sociálního násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny, v naprosté většině páchaného muži vůči ženám (manželkám, družkám, partnerkám) a částečně i vůči dětem a prarodičům.

Charakteristickým rysem domácího násilí je jeho opakování, dlouhodobost a téměř jeho každodenní přítomnost. Jedná se o vzorec donucovacího chování užívaného jednou osobou k ovládnutí jiné nebo jiných osob. Může mít rozmanité podoby:

- hrubé nadávky
- stálé kritizování
- ponižující urážky
- zesměšňování
- podryvání sebedůvěry
- omezování osobní svobody
- ekonomické vydírání
- vyhrožování tělesným ublížením až po přímé tělesné ubližování

Závažnost násilných činů páchaných v rámci rodiny je možno doložit velmi přesvědčivě zejména na jeho následcích. Narušení pocitu bezpečí v rodině může způsobit, nezávisle na fyzické újmě, velmi vážná a dlouhodobá fyzická poškození vedoucí až k neurotickým a psychosomatickým poruchám, fobiím, suicidálním tendencím, k neschopnosti někomu důvěřovat či rozvíjet úzký vztah.

Domácí násilí existuje mezi všemi skupinami lidí, ač jsou děleny podle jakýchkoli kritérií – rasa, náboženství, pohlaví.

Společenská reakce na domácí násilí může být trojí povahy:

- bez reakce – jedná se o soukromou věc
- důsledná a okamžitá kriminalizace problému, pachatel je zatčen, obžalován a potrestán
- flexibilní a diferencovaná reakce, kombinace opatření právní a sociální povahy (Ševčík, 2002, s 15)

Další formou násilí je „institucionalizované“ násilí. To se týká seniorů umístěných zejména v nemocnicích, domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou, domovech se

zvláštním režimem apod. Pachateli jsou nejčastěji ošetřovatelé, pečovatelé, kteří seniory buď utiskují, fyzicky napadají, znemožňují, ponižují, psychicky trýzní či okrádají. Může se jednat i o formu, kdy je zanedbávána péče o seniory z důvodu ulehčení si vlastní práce či lenosti.

Řešení v případě zjištění špatného zacházení se seniorem podle ředitelky Domova - penzionu pro seniory v Olomouci:

- 1) Zvýšená péče o klienta – častější návštěvy, pohovory, dohled, nabízení řešení. Určitou úlevou pro klienta je už i to, že o tom alespoň někomu mohou říci. U pohovoru a dohledu to bohužel končí právě pro citové vazby a stud zachování svých nejbližších.
 - 2) U akutních případů (např. okradení, napadení) pomoc při vyřízení formalit a nahlášení na policii.
 - 3) Nabídka či rozšíření služeb a odlehčení nelehkého úkolu domácího pečovatele, který nemá možnost odpočinku a tím zlepšení domácí atmosféry.
 - 4) Možnost pobytu v denním centru.
 - 5) Využití středisek osobní hygieny, kde vlastně jsou v mnoha případech řešeny problémy jedné z nejbanálnějších a častých forem špatného zacházení, a to je vlastní zanedbání o sebe sama.
 - 6) Poradenskou činnost a oznamovací povinnost při případech, které je nutno ohlásit.
- (Boháčková, 2002, s. 28)

2.7 Bydlení pro seniory

Získání a ochrana bydlení patří do lidského teritoriálního chování: zajišťuje pocit bezpečí (ochranu před nepříznivými přírodními vlivy, obranu před potencionálními nepřáteli, bezpečné místo pro odpočinek, výchovu, naplňování partnerských i rodičovských vztahů, sdílení společných tradic apod.). Při zkoumání názorů na to, co by měly obce jako fungující municipální komunity svým občanům zajišťovat, hovoří lidé na 1. místech.

Nejnovější poznatky, že péče o staré občany „musí zahrnovat 4 podstatné složky individuální, sociální, zdravotní a hmotnou“.

Stále silnější vliv směrem k preferování samostatného bydlení (oddělené domácnosti od vlastních dětí) může být sycen z různých zdrojů: někdy individuálními osudy, ale mnohdy spíše celkovou tendencí k větší autonomii dětí i rodičů a opouštění modelů trojgenerační rodiny jako modelu optimálního i výrazným tendováním modelů dvougenerační rodiny, která se ve stáří přeměňuje na rodinu jednogenerační. To ovšem neznamená nutně odcizení vzájemných vazeb a vztahů mezi stárnoucími rodiči a jejich dospělými dětmi (které se mezi tím stávají také rodiči a vytvářejí svou novou dvougenerační rodinu). Představa „sociální izolace“ respektive totálního odcizení starých lidí a jejich závislosti na formálním systému péče, jež byla překonána. Mnohdy ji však nahradil stejně zjednodušující záměr o subjektivní a objektivní připravenosti dospělých dětí zajišťovat vždy efektivně a zcela automaticky podstatnou část pomoci starým rodičům“.

Poněkud zjednodušující představy o touze i možnostech péče dospělých dětí o své rodiče dokládá i postřeh z projektu videotréninku interakcí, když se ukázalo, že „jediná věc se přes mnoho úsilí a řadu prezentací projektu nepodařila získat projekt rodinné pečovatele“ a to může být další z důvodů požadavků na jednogenerační bydlení ve stáří - totiž předvídané vědomí lidí, blížících se seniorskému věku, že se jim kvalitní péče od dětí nedostane. (Glossová, 2006)

3. Vztah seniorů a společnosti

3.1 Ukázky z médií

Dne sobotu dne 7. května 2011 vyšel deník Lidové noviny, jejichž vydání a jeho úvodní strana i víkendová příloha str. 13-15 se věnovala problematice stárnutí populace. Titulky „Tahle země není pro starý“, nebo „Máš – li bílý vlas, nechod' mezi nás“ asi dostatečně vystihuje diskutovaná témata. Celkem tři články, zabývající se touto tematikou, řeší také např. zaměstnávání seniorů a ostatní problematiku.

Součástí je i článek důvodů proč seniory nepodceňovat.

Jak jsem již uvedl, titulní článek nesl nadpis „Tahle země není pro starý“ a pojednával jednak o zaměstnávání seniorů a jejich kupní síly jako zákazníků. Podle velké ankety Lidových novin, které obeslaly manažery 44 velkých firem v Česku jsou starší pracovníci pomalí, neumějí jazyky, mají zkostratělé návyky a odpor k novým technologiím.

Martin Zvěřina ve sloupku LN uvádí, že pro řadu firem starší spoluobčané neexistují, nejen jako zákazníci, ale ani jako zaměstnanci. Prý se to má změnit v průběhu příštích 15 let, spolu se stárnutím populace se mají proměňovat i projevy a cíle marketingu. „Již dnes jsou senioři významnou voličskou skupinou, jenže je k nim přistupováno čistě utilitárně – slíbí se 13 důchod, a je posekáno“, uvádí.

„Do seniorského věku se dostávají lidé, kteří od 90 let úspěšně podnikají, mají peníze a chtějí si je užít“. Další článek ve víkendové příloze vydání pojednává o seniorech jako velmi potencionálních zákaznících a jakousi „dírou na trhu“. „V USA senioři pořizují 40% všech automobilů, 80% zájezdů a nakupují tři čtvrtiny předepsaných léků“ říká Marie Konečná z konzultantské společnosti KPMG. Pro další příklady nemusíme chodit daleko, stačí se podívat do sousedního Německa, kde obchodníci kvůli starším lidem zvětšují písmo na cenovkách a do svých prodejen rozmisťují křesla pro odpočinek během nákupu. S tím, jak bude dnešní střední generace odcházet do důchodu, bude přibývat penzistů, kteří mají peníze a chtějí si je užít, dodává Pavel Kulhavý. Zadavatelé reklam ještě neobjevili segment starších spotřebitelů. Jedním z artiklů vhodných pro seniory jsou například vany as dvířky a různé

kompensační koupelnové pomůcky. Avšak vzhledem k cenám, potomci seniorů, kteří počítají s tím, že by mohli být později zdědit, často svým rodičům koupí rozmluví. Oslovit a získat přízeň starších lidí se snaží i mobilní operátoři, kteří nabízejí speciální tarify, nebo některé banky. Pojišťovny zase nabízejí bonusy, např. pro starší řidiče.

Pět důvodů podle LN, proč by se neměli senioři podceňovat:

1. Senioři na druhé koleji. V Česku zatím na seniory poskytovatelé služeb se speciálními nabídkami moc nemyslí. Přesto již některá fitness centra začínají nabízet balíčky pro starší klientelu. Vedle toho zde ale stále nejsou např. cestovní kanceláře, které by objevily potenciál starších zájemců o cestování.
2. Nejlepší obchodní artikl. Nejvíce se v současné době na cílovou skupinu starších lidí zaměřují zejména výrobci léků, vitamínů a různých doplňků stravy. Na trhu jsou také např. velké mobilní telefony nebo tísňová tlačítka pro přivolání pomoci, která mohou vypadat podobně jako např. hodinky.
3. Dvakrát tolik důchodců. Zatím co dnes je v Česku 15% obyvatel starších 65 let, za půl století to bude již více než třetina obyvatelstva. Ačkoli jsou dnes starší lidé mezi obchodníky vnímáni spíše jako lidé s nižší kupní silou, bude se i toto vnímání měnit. Do penze se totiž dostanou lidé, kteří jsou dobře zajištěni, a budou si chtít své peníze užít.
4. Přednosti a nedostatky. Zaměstnavatelé jsou přesvědčeni, že starší pracovníci jsou ve srovnání s mladšími kolegy častěji nemocní, fyzicky slabší, chybí jim dostatečné jazykové a počítačové znalosti, mají nižší úroveň vzdělání, trpí pracovními stereotypy, neradi cestují a neochotně přijímají změny. Přednosti seniorů jsou loajalita k firmě, disciplína, vyšší zodpovědnost, uvážlivější rozhodování, menší fluktuace, zkušenosti i skromnost.
5. Stárnoucí firmy. Tuzemští zaměstnavatelé zatím nepřipravují zvláštní podmínky na pracovišti nebo úpravy, které by usnadnily práci pro starší zaměstnance. Již dnes si některé firmy ale začínají uvědomovat, že počet jejich zaměstnanců ve věku nad 60 let brzy stoupne. Firmy se budou muset stále více učit využívat i starší pracovníky a nabízet jim dobré pracovní podmínky.

(Zdroj Lidové noviny 8.5. 2011)

3.2 Důchodový systém v ČR

První z nich je povinný, tedy jde o státem vybírané důchodové pojištění. V případě druhého pilíře se jedná o pojištění individuálního komerčního zabezpečení. Třetím pilířem se stalo bývalé penzijní připojištění, které se nově nazývá doplňkové penzijní spoření.

Pro srovnání životního standardu v předdůchodovém věku s obdobím penze je jedním z hlavních ukazatelů náhradový poměr. Právě ten vyjadřuje míru rozdílu mezi těmito dvěma příjmovými hladinami. Vyjadřuje v procentech poměr průměrné výše přiznaného důchodu s průměrnou čistou či hrubou mzdou v daném období. Tento poměr, jako jeden z ukazatelů, odráží schopnost penzijního systému financovat jednotlivé důchodové dávky.

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí na svých webových stránkách prostý matematický vzorec výpočtu náhradového poměru.

$$NP_t = \frac{npd_t}{w_{t-1}}$$

NP_t náhradový poměr

npd_t nově přiznaný důchod v roce t

w_{t-1} příjem v roce t-1 (resp. roční vyměřovací základ)

Zdroj: www.mpsv.cz

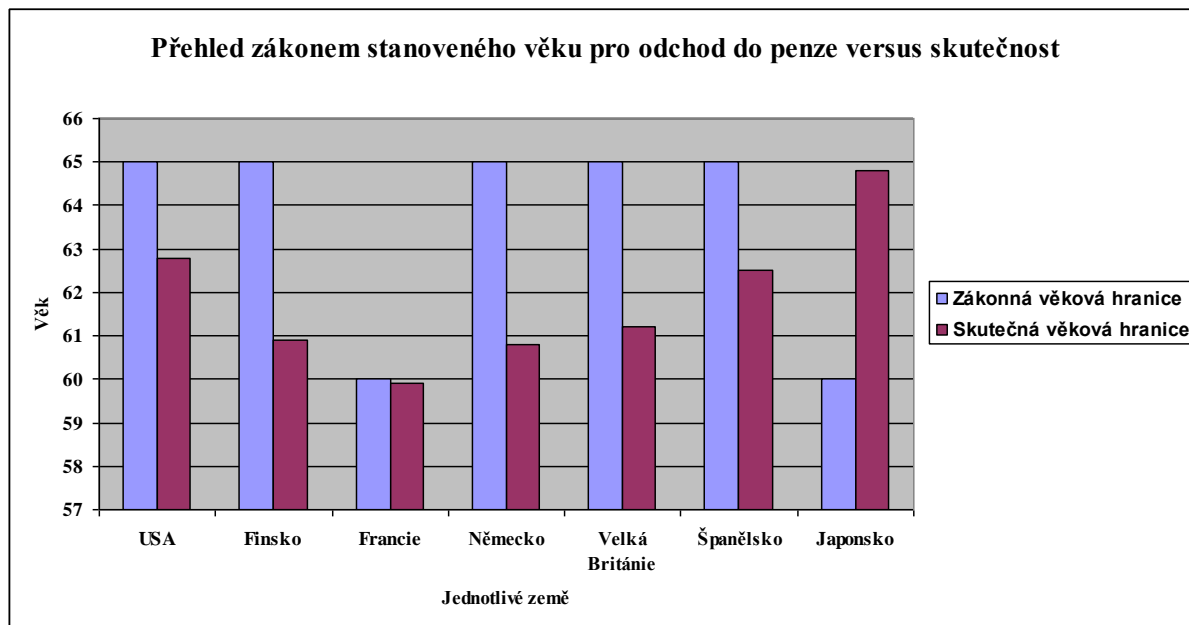
Dosažením průměrných hodnot do tohoto vzorce se obdrží procentní hodnota průměrné náhrady. Za rok 2005 tato hodnota dosáhla přibližně 40 % průměrné hrubé, resp. 56 % čisté mzdy. Otázkou je, zda je tento náhradový poměr s ohledem na současný a budoucí demografický vývoj udržitelný. V praxi ještě nemusí znamenat, že čím je náhradový poměr vyšší, tím je důchodový systém stabilnější. Jeho velikost je závislá především na politickém nastavení jednotlivých parametrů systému, a tedy na celkovém přístupu k očekávání výše vyplácených dávek.

Pokles náhradového poměru je v souvislosti s prognózou Českého statistického úřadu o vývoji populace prakticky nevratný. Tato problematika je zvláště klíčová právě v České republice, protože příjmy důchodců jsou tvořeny přes 95 % ze státního důchodového systému. Zbytek tvoří zdroje, jako jsou příjmy z penzijního připojištění, z pracovních příjmů atd. Pro srovnání, v zemích EU je důchod jedince průměrně tvořen státními dávkami z méně jak 70 % a zbytek je soukromé, odpovědnostní připojištění. Od roku 1989 se zrodilo mnoho návrhů na reformu, které s tímto kalkulují. Každá politická strana si však „deficit“ zabezpečení představuje dohnat odlišnými cestami.

Problematika redukce hranice důchodového věku bývá dnes ostře sledována populací. Zvláště jedinci, kteří v již v raném období své produktivní činnosti nedočkavě vyhlížejí svůj odchod do důchodu. Věková hranice pro odchod do penze je ale především jedním z klíčových faktorů ovlivňující příjmovou část systému průběžného financování. K 24. 8. 2005 byl zákonem stanovený věk pro odchod do starobního důchodu prodloužen na 61 let u mužů a 57 - 60 let u žen, a to v závislosti na počtu vychovaných dětí. Cílem je tuto hranici posunout až na 63 let, a to jednotně, tedy jak pro muže, tak i pro ženy. Tento vnitřní závazek by měl být reálný již v roce 2013. V případě členských států EU je to převážně až 65. rok života u mužů a v rozmezí od 58 do 65 let u žen, kdy jedinec začíná mít právo na důchodové dávky. Věková hranice 65 let pro odchod je stupeň, kterého by až na výjimky (KSČM) chtěly dosáhnout politické strany prostřednictvím svých reformních návrhů penzijního systému.

Graf č. 1 porovnává ve vybraných zemích zákonem stanovenou věkovou hranici pro odchod do důchodu a skutečnou věkovou mez, kdy jedinci začínají pobírat důchodové dávky.

Graf č.1:



Zdroj: Bezděk, V.: Penzijní systémy obecně i v kontextu české ekonomiky, I. díl. Praha, 2000

Z grafu je patrné, že naplnění zákonem stanovených limitů pro odchod do penze se příliš nerealizuje. Až na Japonsko, kde skutečná věková hranice výrazně převyšuje legislativně stanovenou mez, a na vyrovnanost ve Francii, dochází k tomu, že jedinci odcházejí do předčasného důchodu. Každá legislativa příslušného státu udává, v jaké výši budou jejich důchodové dávky kráceny. V České republice má pojištěnec dle § 29 Zákona o důchodovém pojištění nárok na přiznání výplat důchodu za 2 předpokladů:

- do stávajícího penzijního systému přispíval nejméně 25 let a současně dosáhl důchodového věku, tedy 61 let u mužů, resp. 57 – 60 let u žen
- nebo
- jeho příspěvky byly odváděny po dobu min 15 let a současně však dosáhl 65 let.

Pokud tyto podmínky splněny nebyly, je možné přiznání předčasného, dočasně či trvale kráceného starobního důchodu, a to podle § 30 a § 31 Zákona o důchodovém pojištění.

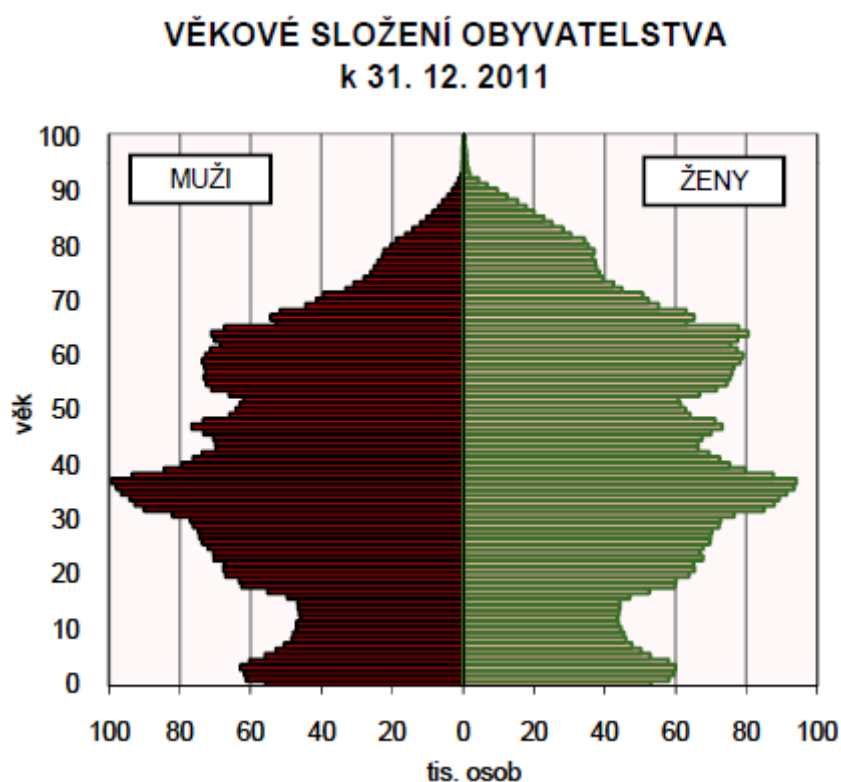
Jak je vidět z výše uvedeného, současný český penzijní systém je více benevolentní k počtu odpracovaných let pojištěnců ve srovnání se zahraničí a rovněž tak k hranici pro odchod do penze. I reálný důchodový věk za rok 2005, 61 let u mužů, nedosahuje současné „optimální“ hranice. Dochází tedy na jedné straně k předčasnému, ač redukovanému, čerpání

peněz ze systému a na straně druhé předčasně ubývá těch, kteří do tohoto systému přispívali. Tento problém je jeden z hlavních borbících se pilířů, o něž je opřen současný penzijní systém.

(www.duchodovareforma.cz, www.mfcr.cz, www.mpsv.cz, www.reformaduchodu.cz
závěrečná zpráva výkonného týmu Vladimíra Bezděka, www.stem.cz,
www.vupsv.cz/pollnerova-analyza_povin_sporeni.pdf)

3.3 Stárnutí populace

Na úvod uvádím nedávné složení populace v České republice.



(Zdroj : Český statistický úřad- <http://www.czso.cz/>, 2013)

Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel

Celkový počet obyvatel České republiky se začal snižovat v roce 1994. Do té doby přibývalo obyvatel přirozenou měnou (rozdíl živě narozených a zemřelých) i migrací. Za poklesem počtu obyvatel od poloviny devadesátých let stál však „pouze“ úbytek obyvatel přirozenou měnou. Migrací přibývalo obyvatel i nadále, úbytky, způsobené především nízkou porodností to kompenzovat již nestačilo. V období 1994–2002 zemřelo o 167 tis. osob více než se narodilo, průměrně to tedy znamenalo roční úbytek přirozenou měnou ve výši 18,5 tis. osob. Migrací přibylo celkem 71 tis., tedy 7,9 tis. obyvatel ročně. Ve výsledku se pak jednalo o celkovou ztrátu 96 tis. osob – průměrně 10,7 tis. ročně. Rok 2003 byl však po devíti prvním rokem, kdy došlo k celkovému populačnímu přírůstku, nicméně opět jen v důsledku pozitivního salda migrace.

Pro současné věkové složení obyvatelstva ČR je charakteristický zejména nízký počet dětí, silné zastoupení osob v ekonomicky aktivním věku a zatím nepříliš vysoký počet a podíl osob ve vyšším věku. Již několikaletá velmi nízká úroveň porodnosti znamenala, že se postupně snižovalo zastoupení dětí v populaci a zužovala základna věkové pyramidy. Celkově se podíl dětí ve věku 0–14 let mezi roky 1991 a 2002 snížil o jednu čtvrtinu (z 21 % na necelých 16 %). Tím došlo k tomu, že od roku 1996 je počet osob nad 60 let vyšší než počet dětí do 15 let.

Pro populační vývoj ČR do roku 2050 bude charakteristická nepravidelnost, odrážející nepravidelnosti vývoje dosavadního. Jednotlivými věkovými kategoriemi budou střídavě procházet silné a slabé generace narozené v někdejších vlnách vysoké a nízké porodnosti a tak se budou měnit počty osob v jednotlivých věcích/věkových skupinách. Například, na přelomu tisíciletí jsou v nejvyšším věku střídány početně slabé generace narozených za první světové války početně podstatně silnějšími ročníky z dvacátých let. Další početně méně zastoupené generace – narození ve druhé polovině třicátých let – postupně vstupovaly do důchodového věku a svou malou četností způsobují dočasnou stagnaci počtu důchodců. Již v nejbližších letech však počet osob na hranici důchodového věku výrazně vzroste, neboť se jí budou postupně dožívat příslušníci generací narozených koncem druhé světové války a po jejím skončení. Menší či větší výkyvy v porodnosti od padesátých let budou zase vytvářet nepravidelnosti ve věkové struktuře osob v produktivním věku. Především se však ve vývoji budoucího počtu obyvatel a věkového složení odrazí výrazný pokles počtu narozených v první polovině 90. let a jejich následná stagnace na velmi nízké úrovni.

Při splnění předpokladu budoucího demografického vývoje bez výraznějších výkyvů by se měla věková pyramida postupně vyrovnávat. Do poloviny tohoto století tak například zmizí zářez v důsledku nízké porodnosti v letech hospodářské krize třicátých let či naopak zvýšení po ukončení druhé světové války. Silné populační ročníky ze sedmdesátých let se posunou do důchodového věku, ve věku nad 60 let budou i ještě relativně početné generace narozených v osmdesátých letech.

Jedním ze základních rysů vývoje bude pravděpodobně pokračování poklesu počtu a podílu dětí v populaci. K tomu by mělo dojít podle všech variant, přičemž podle nízké a střední byl měl být úbytek dětí do věku 15 let poměrně zásadní, a to i když všechny vycházejí z předpokladu zvýšení úrovně plodnosti. Podle střední varianty projekce by se měl počet 0–14letých dětí v několika nejbližších letech poměrně rychle snížit – ze současných 1,6 mil. na 1,4 mil. v roce 2009. Nicméně v dalších zhruba šesti letech by mohlo dojít k mírnému nárůstu, který bude pravděpodobně po roce 2016 vystřídán opětovným a již trvalým

poklesem. Podíl dětí do 15 let by tak podle této varianty klesl do roku 2050 ze současných 16 % na 12 %. Výsledkem nízké varianty byl v celém prognózovaném období nepřetržitý pokles a to až pod hranici 900 tis. (podíl na obyvatelstvu 11 %). Vývoj podle vysoké varianty by znamenal pokles celkově zhruba o 135 tis. a podíl této věkové kategorie by v horizontu projekce byl necelých 13,5 %.

Dramatické změny ve vývoji porodnosti od 90. let se spolu s předpoklady budoucího vývoje odrazí na vývoji početnosti dílčích věkových kategorií dětí. Nejvíce budou kolísat počty těch věkových skupin, v jejichž rozpětí se budou postupně nacházet generace dětí narozených v první polovině 90. let, v době, kdy plodnost rapidně klesala a roční počty narozených se z roku na rok významně měnily.

Sníží se i počet a podíl osob ve věkové skupině 15-64 let. Ten by měl dosáhnout svého maxima pravděpodobně v roce 2007 – 7,3 mil. – a poté postupně klesat až na 5,3 mil. v roce 2050 (střední varianta). Snížení ve druhé polovině prvního desetiletí nastane zejména z důvodu, že tuto věkovou kategorii začnou opouštět silné populační ročníky narozené koncem druhé světové války a po jejím skončení. Druhá vlna výraznějšího zmenšení početní velikosti této věkové skupiny nastane zhruba po roce 2035, kdy hranici 64 let budou překračovat generace narozených ze sedmdesátých let. V období 2038-2044 by měl být pokles nejintenzivnější, s průměrnými meziročními úbytky ve výši více než 80 tis. Podíl věkové skupiny 15-64 let by se tak podle střední varianty snížil ke konci projekce ze současných 71 % na 56 %.

OBVATELSTVO				
	2008	2009	2010	2011
Složení obyvatelstva podle věkových skupin k 31. 12. (tis. osob)				
Celkem	10 468	10 507	10 533	10 505
do 14 let	1 480	1 494	1 518	1 541
15–64 let	7 432	7 414	7 379	7 263
65 a více let	1 556	1 599	1 636	1 701
Muži	5 137	5 157	5 169	5 158
do 14 let	760	767	779	791
15–64 let	3 757	3 750	3 731	3 676
65 a více let	620	641	658	691
Ženy	5 331	5 350	5 364	5 347
do 14 let	720	727	739	750
15–64 let	3 675	3 664	3 647	3 587
65 a více let	936	958	978	1 010

Graf znázorňuje změny ve složení populace mezi lety 2008 až 2011. Věnujme pozornost zejména poklesu kategorie 15-65 let a nárůstu kategorie 65 a více let.

(Zdroj : Český statistický úřad- <http://www.czso.cz/>, 2013)

Tím, jak budou početně různě velké populační ročníky procházet jednotlivými věky, resp. jak budou stárnout generace narozených v období populačního baby-boomu v polovině sedmdesátých let, se bude měnit těžiště skupiny ekonomicky aktivních osob. Jestliže je dnes nejvíce osob ve věku těsně pod třicet let, za třicet let budou nejpočetnějšími ekonomicky aktivními osobami muži a ženy, kteří již překročili věk 50 let (53-56letí).

K nejvýraznějším změnám dojde bezesporu ve věkové kategorii 65 a víceletých. Obyvatelé v tomto věku budou přibývat nejrychleji. V růstu jejich počtu se budou odrážet zejména nepravidelnosti věkové struktury a očekávané pokračující prodlužování naděje dožití. Osoby starší 65 let tvoří v současnosti přibližně jednu sedminu všech obyvatel, do roku 2050 by se podle střední varianty jejich podíl přiblížil až k jedné třetině, která by znamenala jejich absolutní počet skoro 3 mil., oproti dnešním 1,4 mil. Výsledkem vysoké varianty je dokonce překročení 3,3 mil v horizontu projekce, nízká předpokládá s jejich počtem pod 2,7 mil.

Populační stárnutí, které lze charakterizovat například růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let, indexu stáří či průměrného věku, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o tzv. stárnutí zespoda věkové pyramidy. To znamená, že se snižoval podíl dětí v populaci, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolně. Již za dva tři roky začne počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, jak se tohoto věku začnou dožívat početně silnější generace narozených po roce 1940. Na intenzitě nabere tento proces v období 2011-2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici. Relativní zastoupení těchto osob v populaci poroste ale také díky poklesu počtu narozených.

Výrazné změny ve věkovém složení se pak promítnou do hodnot dalších ukazatelů – průměrný věk by se v roce 2050 mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety, což by bylo zhruba o deset let více než je tomu dnes. Ženy mají průměrný věk zhruba o tři roky vyšší než muži a tak například podle střední varianty by měl průměrný věk žen v roce 2050 dosáhnout 50,2 let a průměrný věk mužů 47,3 roku (v roce 2002 to bylo 40,8, resp. 37,7 roku). Značnou měrou vzroste i index stáří. Podle střední varianty projekce by počet obyvatel starších 65 let převyšoval počet dětí do 15 let v horizontu projekce 2,5krát, podle nízké dokonce více než 3,5krát.

Z hlediska ekonomické aktivity můžeme považovat současnou věkovou strukturu za relativně příznivou – důchodového věku dosáhly početně slabé generace z konce třicátých let a naopak do plné ekonomické aktivity vstupují silné populační ročníky sedmdesátých let. Z výše naznačených trendů však vyplývá, že již v blízké budoucnosti bude ekonomická zátěž ekonomicky aktivního obyvatelstva stoupat a to i přes zvýšení věkové hranice odchodu do důchodu. Zároveň se bude měnit i struktura závislých osob – mnohem vyšší podíl budou představovat osoby v poproduktivním věku.

Tento předpokládaný vývoj lze přiblížit pomocí indexu závislosti, který byl pro tyto potřeby definován jako poměr osob ve věku 0-19 a 65+ let k počtu 20-64 letých. Při zjednodušení lze říci, že zatímco v roce 2002 připadala jedna závislá osoba na dvě nezávislé, závěrem prognózovaného období bude tato relace již téměř vyrovnaná. Nejrychlejší vzestup hodnoty tohoto indexu je očekáván v období 2010-2025 a poté znovu přibližně po roce 2035.

Přirozeným důsledkem populačního stárnutí bude výrazný růst počtu osob s nárokem na starobní důchod. Vstupem osob narozených v poválečném období zvýšené porodnosti do

důchodového věku a úbytkem mladých lidí, končících přípravu na povolání, nastane dlouhé období nepřetržitého růstu ekonomického zatížení aktivních obyvatel. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, nereflektuje nezbytnost důchodové reformy, plynoucí z očekávaného vývoje věkové struktury obyvatelstva ČR. Jeho novela z minulého roku č. 425/2003 Sb., prodlužující odchod do důchodu plynule dosavadním tempem do roku 2013 na 63 let u mužů a na 59-63 let u žen (podle počtu vychovaných dětí) pouze dočasně ztlumí razantní nárůst počtu osob s nárokem na starobní důchod.

Při práci s výsledky projekce a jejich interpretaci je třeba počítat s tím, že předvídat lze základní směr budoucího populačního vývoje, ale již není možné předvídat jeho náhlé výkyvy. Nejpřesněji lze odhadovat očekávané změny v úrovni úmrtnosti, již obtížněji se prognózuje další trendy ve vývoji plodnosti, nejméně předvídatelný je však další vývoj migrace.

Demografická situace v České republice se za posledních 10-15 let výrazně změnila. Změna tradičního východoevropského modelu reprodukčního chování charakterizovaného zejména vysokou úrovní plodnosti, sňatečnosti i úmrtnosti v model západoevropský (obecně o něco nižší plodnost, ale zejména nižší sňatečnost a výrazně lepší úmrtnostní poměry) stále probíhá. Populační vývoj ČR tak ještě není ustálený a tím se stává obtížněji prognózovatelný, a to nejen pokud jde o celkovou úroveň plodnosti, úmrtnosti a migrace za padesát let, ale zejména o rychlost a průběh dalšího vývoje než bude dosaženo určité stabilizace.

Hlavní závěry projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 jsou následující:

- *Celkový počet obyvatel se pravděpodobně mírně sníží.*
- *Předpokládáno je zvýšení úrovně plodnosti, její úroveň před rokem 1989 by ale již dosaženo být nemělo. Relativně nízká porodnost tak bude hlavním faktorem snížení početního stavu obyvatel a přispěje k jeho významnému populačnímu stárnutí.*
- *Česká republika zůstane imigrační zemí, bude získávat obyvatele zahraniční migrací.*
- *Úmrtnostní poměry se zlepší, poroste naděje dožití mužů i žen.*
- *Obyvatelstvo České republiky výrazně zestárne. Podíl osob ve věku nad 65 let by se mohl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině, což by znamenalo zdvojnásobení současného podílu.*
- *Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku – počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zpětinasobit.*

Počty dětí a mládeže se budou i v následujících letech měnit v závislosti na početnosti jednotlivých generací procházejících danými věky. Výrazně přibude osob s nárokem na starobní důchod, posun věkové hranice pro odchod do důchodu tento vzestup jen dočasně ztlumí. První vlna výrazného nárůstu počtu těchto osob nastane již kolem roku 2007 přechodem silných poválečných ročníků do tohoto věku. (Český statistický úřad-<http://www.czso.cz/>, 2013).

POPULAČNÍ PROGNÓZA ČR DO R. 2050

Demografický vývoj, je jeden z argumentů připravované důchodové reformy. Čísla udávaná v argumentaci zjevně vychází z Populační prognózy ČR do roku 2050, zpracované Českým statistickým úřadem. Tato prognóza byla zpracovaná v roce 2003.

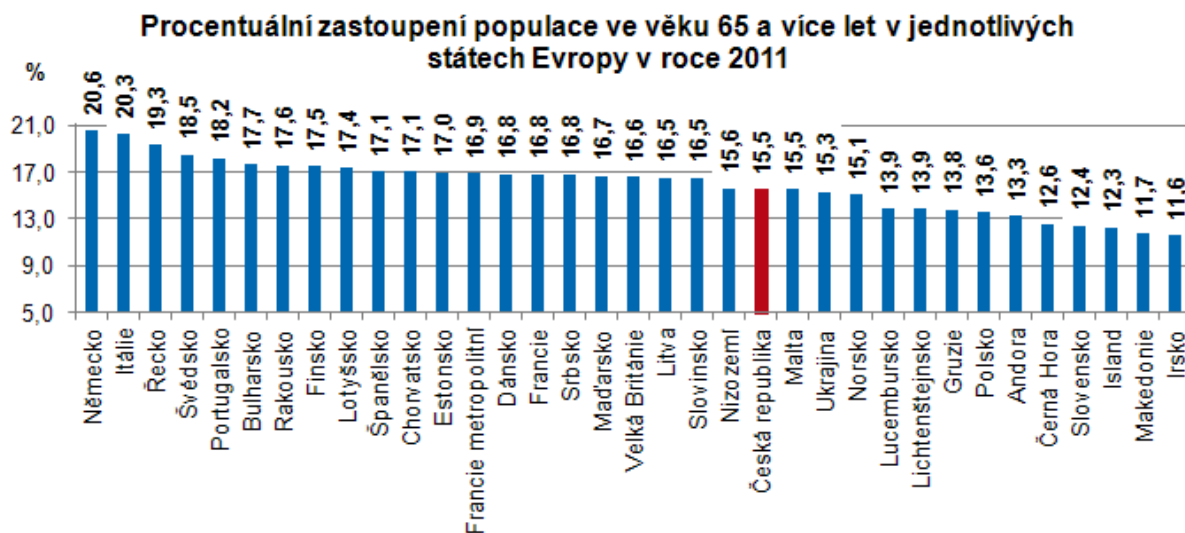
Sedm let by nemělo být příliš mnoho. Vždyť se jedná o prognózu na 50 let. Ale bohužel je. Základní problém prognózy je skutečnost, že vycházela z počtu obyvatel (a tedy i z jeho vývoje) v roce 2002. Tedy k roku, ve kterém vrcholila populační krize a nastával obrat směrem k růstu porodnosti

Pro ilustraci uvádím tabulku předpokládaného demografického vývoje počtu obyvatel.

Rok	2002	2005	2010	2015	2020	2025
.	10 203 269	10 200 706	10 141 170	10 033 712	9 874 589	9 657 090
.	10 203 269	10 235 973	10 283 042	10 301 994	10 283 929	10 217 200
.	10 203 269	10 273 342	10 432 067	10 578 281	10 700 030	10 782 381
.
.	2030	2035	2040	2045	2050	odhad
.	9 386 262	9 080 237	8 753 364	8 414 451	8 066 072	nízký
.	10 102 433	9 957 079	9 795 118	9 622 248	9 438 334	střední
.	10 822 994	10 837 148	10 842 086	10 841 111	10 830 080	vysoký

(Zdroj : Český statistický úřad- <http://www.czso.cz/>, 2013)

Pro srovnání situace uvádím pro srovnání graf zastoupení populace 65 a více.



Na výše uvedeném grafu vidíme kolik procent celkové populace obyvatel je starší 65 let.

Česká republika sdílí společně s Maltou 22. místo mezi Evropskými státy.

(Zdroj : Český statistický úřad- <http://www.czso.cz/>, 2013)

Závěr

Stáří – pojem, kterého se většina lidí bojí, jiní jsou k němu lhostejní, každopádně dovolí-li nám zdraví, dočkáme se ho všichni. Ze společenského hlediska je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti. Stáří s sebou nese mnoho různých psychických i fyzických změn. Většina je jich negativní, ale bohu díky najdou se i pozitivní. Jakožto se všim, i se stářím se každý člověk vyrovnává individuálně. V České republice žije přes 1,5 milionu lidí starších 65 let a bude jich přibývat. Avšak o stárnutí se přitom často bohužel mluví jako o hrozbě a stáří je vnímáno jako něco negativního. V médiích jsou dost často senioři zobrazováni jako skupina lidí, na kterou se doplácí, skupina, která zadlužuje vlastní děti a vnuky.

Seznam použité literatury:

ARNOLD, E. UNDERMANN-BOGGS, K. Interpersonal relationship: Profesional Communication Skills for nurses. St. Luis: Saunders, 2003

BAŠTECKÝ, J. :Gerontopsychiatrie. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 80-7169-070-8

BONNET, A. HERGUETA, T. *Parkinsonova choroba*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0155-7.

GLENNER, J. A. a kol.: Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0

GLOSOVÁ, D. a kol.: Bydlení pro seniory. Brno: Era group, 2006. ISBN: 80-7366-057-1

HAŠKOVCOVÁ, H.: Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1989. ISBN: 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H.: České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5

JAROŠOVÁ, D.: Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN: 80–7368–110–2.

JURAŠKOVÁ, B. a kol.: Geriatrie a gerontologie – cesta k soběstačnosti seniorů, Praha: Ars print, 2008. ISBN: 978-80-254-3306-5

KALVACH, Z. a kol: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6

MÁTL O, JABŮRKOVÁ M: Kvalita péče o seniory, Praha: FHS 2007. ISBN 978-80-7262-499-7

PACOVSKÝ, V: Stáří a stáří. Glosář geriatrické terminologie. Praha: Geriatria, 2002. ISBN 802500936

PIDRMAN, V.: Poruchy nálad u seniorů. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN: 978-80-7345-209-4

POKORNÁ, A.: Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, Brno: NCO NZO 2008. ISBN 978-80-7013-466-5

POKORNÁ, A.: Komunikace se seniory, Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

REGNAULT, M.: Alzheimerova choroba. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0010-9

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

SÝKOROVÁ, D. a kol. Integrace seniorů do společnosti. Závěrečná zpráva z 1. etapy výzkumu. Ostrava: Ostravská univerzita, 2001.

TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Praha: Galen, 2005. ISBN 80-86998

TVAROH, F: Všichni stárneme. Praha: Avicenum, 1983. ISBN 08-010-83

VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M.: Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5.

VYKOPALOVÁ, H. a kol.: Násilí na seniorech, Olomouc: 2002. ISBN 80-244-0409-5

Internetové zdroje:

Ministerstvo financí [online] Copyright © 2005-2009, (cit. 1. 2. 2013) www.mfcr.cz
www.mpsv.cz

Stem – středisko empirických výzkumů, [online], (cit. 21.1.2013) www.stem.cz

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, [online], (cit. 2.1.2013) www.vupsv.cz,
([pollnerova-analyza_povin_sporeni.pdf](#))

Český statistický úřad, [online], (cit. 2.1.2013) www.czso.cz