

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Fakulta humanitních studií**



**TÉMA STÁŘÍ V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH**

**AGEISM IN WIDER CONTEXT**

Bakalářská práce

Vypracovala:  
Karolína Kubová

Vedoucí práce:  
Prof. Miloš Havelka, CSc.

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 Prof. Miloši Havelkovi, CSc. za vedení mé práce, rady a připomínky. Děkuji také Doc. PhDr. Zdeňku Pincovi, kterého bych si dovolila nazvat duchovním otcem naší fakulty. 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 pedagogové i někteří výjimeční studenti již dnes tvoří hodnoty, ze kterých bude celá naše společnost čerpat zítra.

## OBSAH

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ŠIRŠÍ POHLED NA PROBLEMATIKU- MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA, DEMOGRAFIE, SOCIÁLNÍ STÁT.....</b>	<b>3</b>
<b>3. CO JE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>	<b>6</b>
3.1. GERONTOLOGIE A GERIATRIE .....	6
3.2. TĚLESNÉ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	7
3.2.1 <i>Deprese a demence</i> .....	8
3.3. SOMATICKÉ PROJEVY STÁRNUTÍ.....	11
3.4. SOCIÁLNÍ ROLE .....	11
<b>4. TÉMA STÁŘÍ A MÉDIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5. SOCIÁLNÍ STÁT, JEHO ÚLOHA V MODERNÍ SPOLEČNOSTI A PROBLÉMY STÁŘÍ.....</b>	<b>14</b>
5.1. CO JE SOCIÁLNÍ STÁT A JAK SE HISTORICKY VYVÍJEL VE SVĚTĚ .....	15
5.2. SOCIÁLNÍ STÁT A STAROBNÍ DŮCHODY .....	17
<b>6. DEMOGRAFICKÁ KRIZE .....</b>	<b>19</b>
6.1. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE .....	19
6.2. DEMOGRAFICKÁ KRIZE A JEJÍ NÁSTRAHY .....	21
<b>7. ÚSTAVNÍ PÉČE NEBO DOMÁCÍ PÉČE.....</b>	<b>24</b>
7.1. AGEISMUS .....	24
7.2. JAK DNES VYPADÁ ÚSTAVNÍ A DOMÁCÍ PÉČE .....	25
7.2.1 <i>Porovnání věkové struktury v ČR a Německu</i> .....	27
7.3. SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POHLED NA AKTUÁLNÍ SITUACI V PRAZE .....	30
7.4. DŮCHODOVÁ REFORMA V ČESKÉ REPUBLICCE .....	37
<b>8. ŽIVOT V DOMOVECH PRO SENIORY.....</b>	<b>40</b>
<b>9. UMÍRÁNÍ A SMRT.....</b>	<b>42</b>
<b>10. ZÁVĚR.....</b>	<b>46</b>

## Seznam tabulek

Tabulka č. 2.1 Rozložení obyvatelstva (Zdroj: ČSÚ, 2003) .....	3
Tabulka č. 6.1 Budoucí vývoj složení obyvatelstva (Zdroj: Demografický informační portál, 2002) .....	20
Tabulka č. 6.2 Budoucí vývoj složení obyvatelstva (v %) (Zdroj: Demografický informační portál, 2002) .....	20
Tabulka č. 6.3 Budoucí vývoj složení obyvatelstva nad 65 let (Zdroj: Demografický informační portál, 2002) .....	21
Tabulka č. 7.1 Věková struktura v Německu (Zdroj: Centrum v německém Rostocku pro výzkum demografických změn, 2005) .....	28
Tabulka č. 7.2 Věková skladba obyvatelstva v letech 1960 (Zdroj: ČSÚ, 2005) .....	28
Tabulka č. 7.3 Věková skladba obyvatelstva v roce 2005 (Zdroj: ČSÚ, 2005) .....	29
Tabulka č. 7.4 Platby za ubytování a sociální služby (Zdroj: Senior centrum, 2010) .....	39

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Domov pro seniory Chodov, Donovalská .....	36
Obrázek č. 2 Dům Portus .....	40

## **Anotace**

Bakalářská práce se snaží snažit zachytit aktuální situaci seniorů v České republice. Jak probíhá proces stárnutí, jaké postavení mají senioři v naší společnosti, jak se projevuje ageismus. Sociální státy v Evropě, i ten náš, se nachází v hluboké krizi. Česká republika na demografické změny a stárnutí populace není připravena. Nemáme vypracovanou a schválenou kvalitní penzijní reformu. Zamýšlím se nad tím, zda je pro seniory vhodnější domácí nebo ústavní péče, a jaké sociální služby nabízí naše hlavní město Praha. Senioři zažívají násilí nejen psychické, ale také fyzické, sociální a finanční. K tomu dochází nejen v institucích, ale i v rodinách. Jejich zoufalství a beznaděj většinou nikoho nezajímá, a v řadě případů končí sebevraždou. Také pečující osoby-většinou ženy prožívají nelehké životní období, když jsou samy v seniorském věku, mají vážné zdravotní problémy a řadu let se starají o svého nemocného partnera. V poslední kapitole se zaměřuji na téma umírání a smrti.

## **Abstract**

This bachelor's diploma work attempts to show the current situation senior citizens face in the Czech Republic, and will include the aspects of the aging process, the position of senior citizens in our society, and the effects of ageism. Social states in Europe, including the Czech Republic, are in a deep crisis. The Czech Republic itself is not well prepared for demographic changes and population aging, and no quality pension reform has been prepared and adopted. In this thesis, I have also looked at whether home care or institutional care is better for senior citizens and what social services are offered in Prague. Seniors not only experience emotional and physical abuse, but also social and financial injustice, in public institutions as well as in their own families. Their despair largely goes unrecognised, and suicide is often their end. The persons (generally women) who look after seniors, experience a difficult life, as they are often seniors themselves, have serious health problems, and look after their ill partners for many years. In the last chapter, I focus on the issues of dying and death.

**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

*Sociální očekávání přispívá ke zvýšení rizika zátěže zejména u žen, které do role pečovatelky manipuluje. Tato role je chápána jednoznačně jako ženská.*  
(Kending et. al., 1992)

Téma mé bakalářské práce jsem si nevybrala náhodou. Již při výběru studijního oboru jsem byla hluboce ovlivněna svým zájmem o staré lidi a sociální témata. Domnívám se, že situace v České republice je vážná, ale nikdo si to nechce připustit, ani politikové, ani média a ani běžní občané. Jsem přesvědčena, že demografická krize a problémy s ní spojené, spolu se současnou krizí ekonomickou, která zachvátila celou euroatlantickou civilizaci, povedou k závažným změnám v oblasti zdravotnictví, sociálních služeb i důchodového systému. Ráda bych se nad těmito otázkami hlouběji zamyslela a pokusila se nabídnout vhodná řešení, přestože jsem spíše pesimista a myslím, že problémy, které se na nás valí, nebudeme schopni zvládnout.

Můj zájem o tuto problematiku vyplývá také z mé osobní zkušenosti s tímto problémem. Moje babička se řadu let starala o nemocného manžela, našeho dědu, který byl upoután na lůžko. Starala se o něho 24 hodin denně a musela být velmi unavená a vyčerpaná psychicky i fyzicky. Nikdy si nestěžovala a svůj úděl nesla statečně. Nakonec byla tak vyčerpaná, že předčasně zemřela. Jsem o tom přesvědčená. Často si na ni vzpomenu a v duchu jí prosím o odpuštění, je mi to tak strašně líto. Mám to pořád v hlavě a opakuji si stále dokola, že ne všechny rodiny jsou schopny tuto náročnou péči zvládnout. My jsme také nebyli schopni to zvládnout, jen jsme si to nechtěli připustit, nechtěli jsme se podívat pravdě do očí. Babičce jsme sice pomáhali, ale přesto to největší břímě musela nést ona sama. A protože si nepřeji, aby se toto opakovalo, aby se ženy obětovaly pro své manžely, otce nebo syny, protože si nepřeji, aby jen ženy musely samy bojovat v první bojové linii s těmito problémy, budu prosazovat, aby v našem státě bylo dostatek kvalitních domovů důchodců, dostatek léčených dlouhodobě nemocných, dostatek nemocničních lůžek i lůžek v hospicích, kde bude dobře pečováno o naše seniory, muže a samozřejmě i ženy. Dostatek dobrých zařízení, kam nebudeme mít strach naše rodiče a prarodiče dát. Nebudeme mít strach, že je personál nenakrmí, a že zemřou hlady, nebudeme mít strach, že přetažená sestra odkryje přikrývku a nechá ležet polonahého pacienta v zimě u otevřeného okna, protože tak se to přece dělá, že? A když někdo zemře na zápal plic, tak to je přirozená smrt a nikdo se v tom

šťourat nebude. Myslím, že něco dlužíme svým rodičům, prarodičům a také sami sobě, protože dnes na těchto lůžkách leží oni, zítra to budeme my.

Existují dva základní názory na věc, 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 dementním 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 nevhodnějším řešením. Psychicky se asi bude lépe cítit doma, ale rodina mu např. není schopna rychle poskytnout profesionální lékařskou pomoc.

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

*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.

Český statistický úřad ve své zprávě „Základní demografické ukazatele za ČR a vybrané členské státy EU“ uvádí tato fakta: (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.

**Tab. 1 Rozložení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin v roce 2003**

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 (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 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).

Snižování sociálních nákladů ovšem není reálným požadavkem na náš sociální stát. Ten totiž vůbec není štedrý a velkorysý, ale naopak dostává řadu rodin pod hranici chudoby, čímž porušuje Základní listinu práv a svobod občanů. *Český sociální stát je jedním z nejšetrnější a neúspornější v Evropě vůbec* (Potůček, 2010:13). 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 roce 2008 to bylo 17% (Potůček, 2010:16).

Otevírají se nám také nové možnosti pro imigraci 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 tyto témata je třeba dobře promyslet a propracovat nový koncept na vládní úrovni za účasti odborníků, politiků, sociologů, psychologů, ekonomů, demografů atd. a zahájit veřejnou diskusi na toto téma, aby byla naše společnost na tyto změny připravena. A na druhé straně je nutné také nastavit jasné podmínky a jasný právní rámec pro imigranty. Pouze citlivým a promyšleným projektem můžeme docílit vhodný způsob integrace Vietnamců, Rusů, Ukrajinců a jiných národností, do majoritní společnosti. Neporozumění 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 konfliktů 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).*

Je třeba znovu propočítat systém důchodů a systém sociálních dávek. Je nutné se nad těmito problémy 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.

Faktorů působící 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, neužitečná 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. 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. Řecký filosof a matematik Pythagoras přirovnal lidský život ke čtyřem ročním obdobím, do věku 20 let utváření, do 40 let mládí, do 60 let rozkvět sil, poté stáří.

Každý člověk stárne jiným způsobem a jinou rychlostí, a tento proces je vždy diskontinuitní, 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)*

Doposud se výzkumy zaměřily především na staré nemocné lidi, kteří byli hospitalizováni v nemocnici, v domovech důchodců nebo léčebnách dlouhodobě nemocných, protože se k nim odborníci snadno dostali.

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.

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.

Mezi základní aspekty 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 výkonnosti 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 vstřípivosti, 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 ...“, „Kdysi býval svět lepší ...“ apod. Stárnoucí člověk je více zaměřen na minulost, kterou si subjektivně zkrášluje vzpomínkovým optimismem. Staří lidé proto rádi vyprávějí historiky z minulosti a to často opakovaně, aniž by si uvědomili, že je jejich okolí už slyšelo. Nyní je starý člověk postupně obklopan 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 geriatricie 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).

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, tj. syndrom zanedbávaného starce, který ztratil veškerou motivaci k udržování hygieny a k péči o svůj zevnějšek a domácnost.

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 demenčních osob. A prognóza pro rok 2030 je kolem 1,5 miliónu demenčních pacientů (Holuscha, 1992:25).

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.

### 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, 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. 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, snaže 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 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, odborné 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).

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 sebevraždnosti 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 velmi rozšířený problém.

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 mil. 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, bezvýhodná 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 neodcházeli 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 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 Pick 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 nepříbuzné 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 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 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 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.

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

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. 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.

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). V některých ukazatelích jsme totiž Evropskou unii nejen doběhli, ale dokonce předběhli. V tomto konkrétním případě nám to bude spíše na škodu. Populační nerovnováha se v ČR stala realitou. Baby boom neboli populační vlna v letech 2008-2009 byla jen dočasným výkyvem, způsobeným silnými ročníky narozenými v sedmdesátých letech a nezakládá důvod k optimismu.

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 jejich zpětinásobení oproti roku 2002 (Tabulka 6.3).

**Tab. 1: Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR, 2002-2050**

	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 (Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

**Tab. 2: Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR, 2002-2050 (v %)**

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
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 (v %) (Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

Tab. 3: Budoucí vývoj složení obyvatelstva nad 65 let podle vybraných věkových skupin, ČR, 2002-2050

	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 (Zdroj: Demografický informační portál, 2002)

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 plodnost, ale nebude dostatečná, aby stačila přirozeně nahrazovat úbytek české populace.

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 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 setrvají 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*

*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)*

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 jako 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

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).

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 žít 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).

Pobyt 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 (Vágnerová, 2000:502). *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). 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 odpočinek, 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).

V této souvislosti je třeba zmínit i psychickou náročnost práce personálu 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 jakémisi bludném kruhu únavy, apatie, sociální izolace, deprivace citové, deprivace senzorycké, deprivace motorické, nedostatečného pochopení ze strany spolubydlících i přetíženého ošetřujícího personálu. Ovšem, aby mohl personál kolem sebe šířit pohodu a dobrou náladu, je potřeba, aby měl duševní pohodu a energii vlastní.

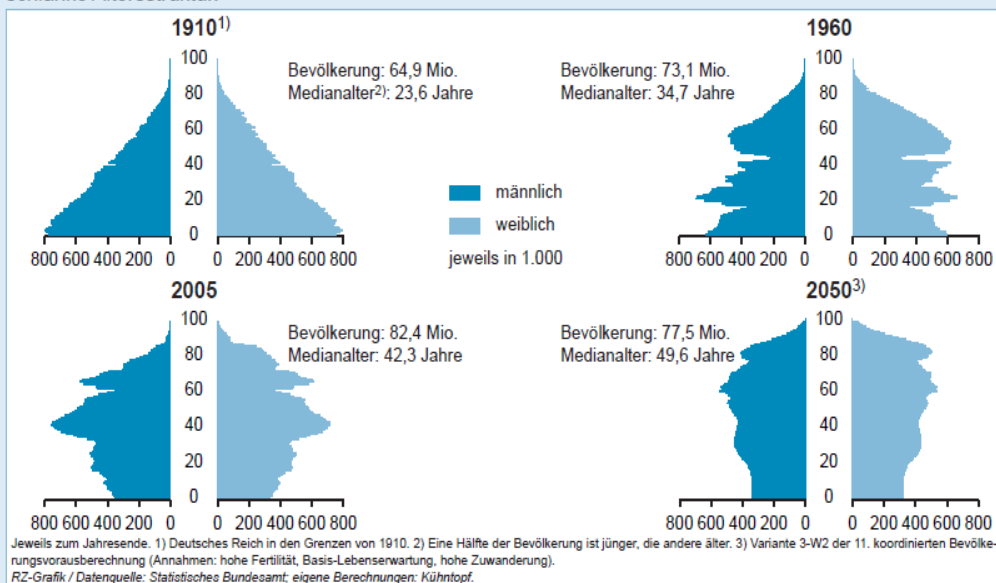
Je tedy nezbytné zaměřit se na edukaci, neboli vzdělávání ošetřujícího personálu, umožnit kariérní růst, zlepšit odměňování, zvýšit sociální status této práce, zabránit přetěžování a extrémnímu pracovnímu vypětí, syndromu vyhoření, zabránit frustraci a agresivitě personálu, zajistit odbornou psychologickou 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.

### 1.4 Altersstruktur in Deutschland: Pyramide, Baum, Pilz, ...

Während die Altersstruktur zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch einer klassischen Pyramidenform entsprach, verschieben sich die Jahrgangsstärken nach oben und hinterlassen zur Mitte des 21. Jahrhunderts eine schlanke Altersstruktur.

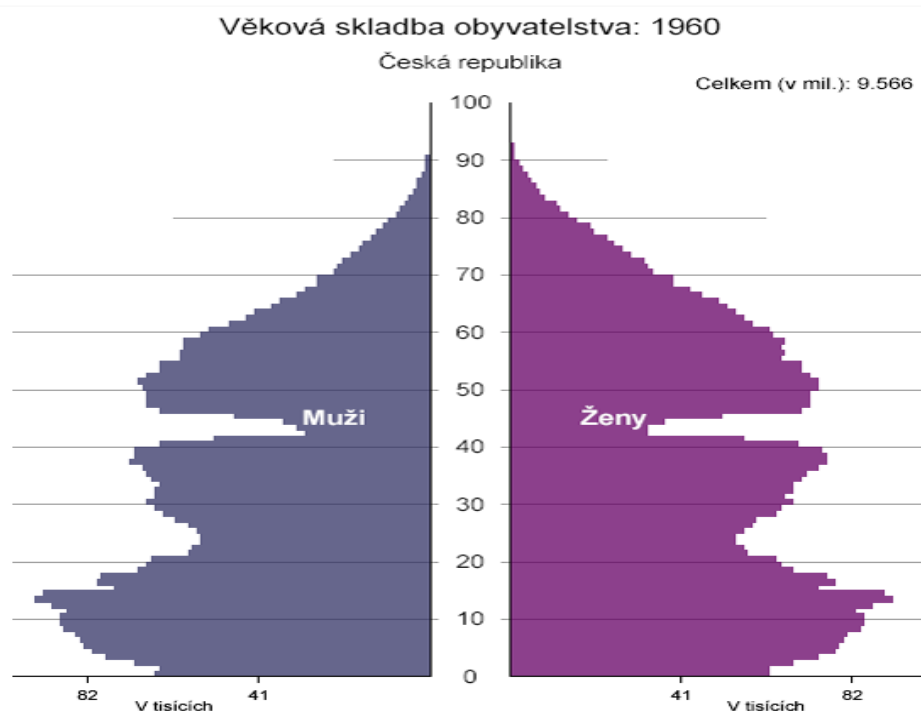


8

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

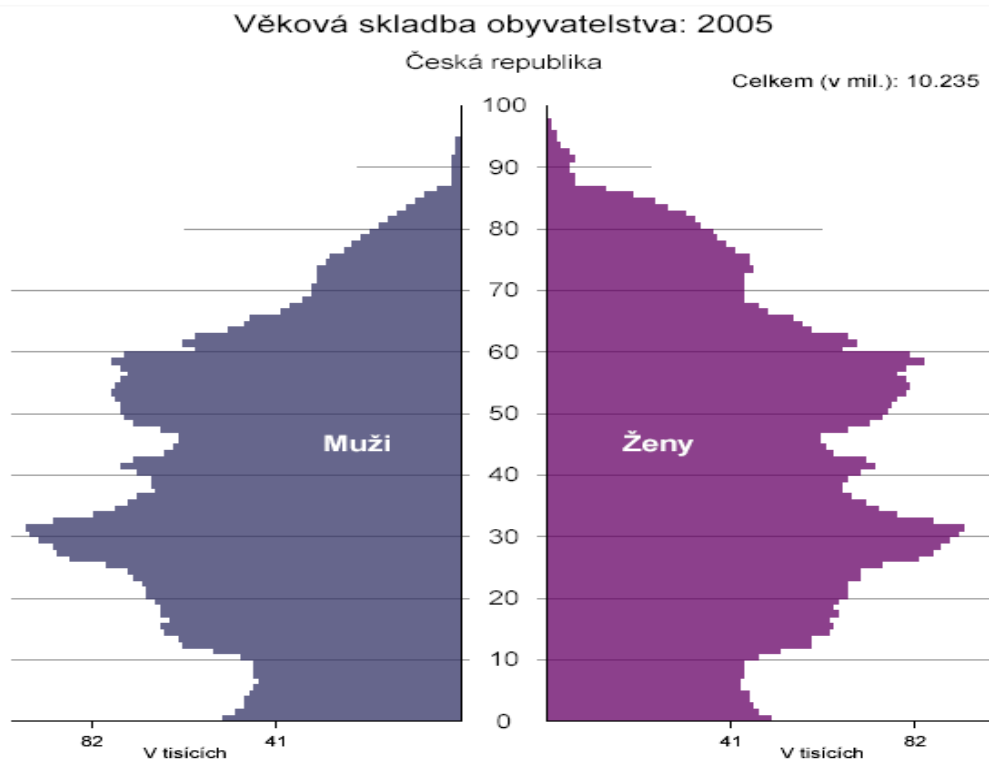
Tabulka č. 7.1 Věková struktura v Německu (Zdroj: Centrum v německém Rostocku pro výzkum demografických změn, 2005)

### VĚKOVÁ SKLADBA OBYVATELSTVA V ROCE 1960



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

## VĚKOVÁ SKLADBA OBYVATELSTVA V ROCE 2005



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

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 to 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. 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.

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 úradech. 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, 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 tento zákon je po uvedení do praxe, velmi nevhodný 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 nabýt 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, 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, uvedených 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 zařízení, 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 rytmus a omezil noční neklid, který je častý u demenčních 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 na území ČR nabízí: 481 domovů pro seniory, 759 pečovatelských služeb, 270 denních stacionářů a 69 týdenních stacionářů, 262 odlehčovacích služeb atd.

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 ošetřovatelská 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 Miličovu 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)

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 a tanec, pečení cukroví, promítání filmů, zájezdy, pobytové zájezdy v ČR, vánoční pobyty apod.

Dále existují ještě domy s pečovatelskou službou, kde senioři bydlí, aby měli 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 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.

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.

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.



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. Ošetřovatelská péče je poskytována nepřetržitě.

#### **7.4. DŮCHODOVÁ REFORMA V ČESKÉ REPUBLICCE**

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 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).

Bezděkova komise vytvořená na přípravu penzijní reformy, se zatím snaží 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.

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 prosazoval 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 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).

Velkým problémem zatěžující 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.

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:

Příspěvek 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, tří a vícelůžkový pokoj:

Příspěvek 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

*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 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. Tento problém je nyní 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 ministrem pro národnostní menšiny a lidská práva Michaelem Kocábem, a vypracoval pro něho zprávu, ve které uvádí: *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).*

Pan Lorman mne upozornil na vysoký počet sebevražd páchaných osobami ve věku nad 70 let. *Bezvýhodnost životní situace v kombinaci s blížící se závěrečnou životní fází je příčinou sebevražd (Lorman, 2009:2).*

## 9. UMÍRÁNÍ A SMRT

*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 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).

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, smrt se 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 z 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 zvládnání 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. Zakladatelkou hospicového hnutí u nás je paní doktorka Marie Svatošová, která byla do roku 1990 praktickou lékařkou. Poté se začala věnovat péči o seniory a v roce 1993 založila v Praze Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce Homo. *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. 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).

Brzy by měl u nás začít platit zákon, že budou zdravotní pojišťovny platit mobilní (domácí) hospicovou péči. 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.

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 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).

O smrti a umírání píše také známá americká lékařka a psychiatrička švýcarského původu, mezinárodně uznávaná odbornice v oboru thanatologie, 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.

## 10. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zamyslet se nad problematikou stáří v širších souvislostech, tedy hovořila jsem také o umírání a smrti, o demografii a sociálním státu, o ústavní péči apod. Podle mého názoru je stárnutí populace, případně dokonce vymírání české populace novým fenoménem, který nemá v moderních dějinách obdoby. Je potřeba, aby se 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 zatím bohužel není připravena.

Snažila jsem se ukázat na některá hlavní témata, která je potřeba zlepšit, 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 důchodců, LDN a hospicích, kterých je zoufale málo. A pokusit se omezit ageismus, abychom se na naše seniory dívali s láskou a pochopením a snažili se jim pomoci v jejich nelehkém životním období, které by nemělo končit krajním řešením, sebevraždou. Sebevražda je především naše vizitka, je odpovědí na chování rodiny a pečujícího personálu. Ráda bych se rozloučila tímto citátem.

*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).*

## Seznam použité literatury

- Améry, Jean. 2009. *O stárnutí. Revolta a rezignace*. Praha: Prostor.
- Haškovcová, Helena. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Jung, Carl Gustav. 1995. *Člověk a duše*. Praha: Academia.
- 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.
- Pacovský, Vladimír. 1994. *Ošetrovatelská diagnostika. Teorie a praxe*. Praha: Karolinum.
- Pichaud, Clément, Isabelle Thareauová. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Pick, Miloš. 2009. *Stát blahobytu nebo kapitalismus?* Všeň: Grimmus.
- Petrusek, Miloslav a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Potůček, Martin. 1995. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Rabušic, Ladislav. 2002. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* Praha: VUPSV.
- Říčan, Pavel. 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál.
- 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.

Stuart-Hamilton, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

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.

### **Publikace cizojazyčné**

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

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.

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



## **Skeletový překlad Kubová**

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

## **Diplomové práce**

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**

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

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.

## **Články z tisku**

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

Šťastný, Ondřej. 2008. „Za Zdmi 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/](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/](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/](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/](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/](http://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/](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1294503638417_1/).