

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Katedra psychosociálních studií a etiky

Studijní obor: Husitská teologie dvouobor., Psychosoc. studia

Stáří a dnešní společnost

(Old Age in Today's Society)

Anna Hoffmannová

D i p l o m o v á p r á c e

Vedoucí diplomové práce , Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

P r o h l a š u j i,

že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a cituji
v ní veškeré prameny, kterých jsem použila.

V Praze dne 29. března 2006

.....Anna Hoffmannová!
.....
podpis diplomanta

Chtěla bych poděkovat Prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za její cenné rady, připomínky a ochotu spolupodílet se na mé diplomové práci.

Děkuji i svým rodičům a všem ostatním, kteří mě během mého celého studia podporovali.

Annotation

Development of community can be understood from the level of care of seniors.

This study is focused on questions concerning this problem. The questions how today's society is opened to older people, how seniors are concerned in everyday life of the society, which services and care are accessible to seniors in our society are studied.

Gerontology, processes of aging and sicknesses connected with it are also mentioned.

The main goal of the work is to present a new view on broad issue of growing old and old age in contemporary society. The study starts from The Czech National Program of Preparation for Old Age 2003-2007 and observes how it is successful to carry out this program. Also further current problems connected with aging are studied.

Obsah

Úvod.....	8
1. Stáří.....	9
1.1 Definice stáří.....	9
1.2 Rozdělení stáří.....	10
1.3 Věková struktura společnosti.....	11
1.3.1 Situace v České republice.....	12
1.4 Pohled společnosti na stáří.....	14
1.4.1 Společnost pro všechny věkové skupiny.....	16
1.4.2 Národní program přípravy na stáří.....	17
1.5 Vstup do důchodu.....	18
1.6 Adaptace a přijetí stáří.....	21
2. Gerontologie.....	22
2.1 Historie.....	22
2.1.1 Starověk.....	22
2.1.2 Středověk až konec 18. století.....	22
2.1.3 19. století a začátek 20. století.....	23
2.1.4 Od poloviny 20. století až po současnost.....	24
2.2 Teorie stárnutí.....	26
2.3 Prostředky proti stárnutí.....	28
2.4 Společnost a gerontologie.....	30
3. Procesy stárnutí.....	30
3.1 Fyziologie stárnutí.....	31
3.2 Stárnoucí smyslové orgány.....	32
3.3 Vliv stárnutí na kognitivní procesy.....	34
4. Zdravé a aktivní stáří.....	36
5. Nemoci a stáří.....	40
6. Deskripce služeb, péče a institucí pro seniory.....	43
6.1 Historie péče o staré lidi.....	43
6.1.1 Antika.....	43

6.1.2	Středověk.....	44
6.1.3	Novověk.....	45
6.1.4	20. století.....	46
6.2	Současná péče o seniory.....	47
6.2.1	Sociální služby pro seniory.....	49
6.2.2	Sociální služby v zahraničí.....	52
6.2.3	Novodobé trendy ve službách pro seniory.....	54
6.3	Sociální zabezpečení.....	57
7.	Zkoumání Národního programu přípravy na stáří.....	58
7.1	Cíl šetření.....	58
7.2	Úlohy šetření.....	59
7.3	Metody a metodika šetření.....	60
7.4	Výsledky šetření a jejich interpretace.....	63
7.5	Závěry šetření.....	88
	Závěr.....	99
	Seznam použité literatury.....	102
	Příloha č. 1 - Národní program přípravy na stáří 2003-2007...110	
	Příloha č. 2 - Dotazník pro preseniory.....117	
	Příloha č. 3 - Dotazník pro seniory.....122	

Úvod

O úrovni společnosti se dozvídáme mimo jiné i z toho, jak se stará o staré občany.

V rámci svého studia oboru psychosociálních studií jsem se vždy zajímala o problematiku stáří, jež je mi stále velmi blízká.

Obecně se již dlouho mluví o tom, že společnost stárne, stáří je tedy aktuálním tématem. Z těchto důvodů jsem se rozhodla pro téma diplomové práce „Stáří a dnešní společnost“.

Ve své práci se zamýšlím nad tím, nakolik je dnešní společnost otevřená seniorům, zda mají senioři možnost aktivně se spolupodílet na dění ve společnosti a jaké služby a péči pro seniory naše společnost nabízí, aby mohli prožít stáří jako plnohodnotnou fázi života.

Pozornost věnuji také gerontologii, procesům stárnutí, ale i nemocím spojeným se stářím.

K problematice stáří pochopitelně patří i péče o umírající. Domnívám se však, že tato problematika si zaslouží samostatnou práci a tak se jí ve své práci nevěnuji.

Hlavním cílem mé diplomové práce je tedy nabídnout nový pohled na problematiku stárnutí a stáří v souvislosti s dnešní společností. Ve svém šetření vycházím z Národního programu přípravy na stáří 2003-2007. Za cíl si kladu zjistit, nakolik se daří naplňovat jednotlivé body tohoto „programu“ a jaké jsou další aktuální problémy spojené se stárnutím a stářím.

1. Stáří

1.1 Definice stáří

Stárnutí je z hlediska vývojové psychologie závěrečnou fází lidského vývoje. Je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Právě proto, že se jedná o kontinuální proměnu, není snadné najít uspokojivou definici, ve kterém okamžiku končí střední věk a začíná stáří.

Během vývojových etap je ovšem důležitý i subjektivní pohled na danou fázi života. Ve fázi stáří je subjektivní pohled možná ještě důležitější než v ostatních fázích. Vývojové úkoly a specifika této fáze nejsou tak jasně definovány jako u jiných fází, člověk již většinu povinností vůči sobě i ostatním splnil, a tak při dostatečném zabezpečení společností je více méně především na každém z nás, jak tuto fázi prožijeme.

I přes subjektivní pohled bych se pokusila vymezit stáří trochu obecněji a to z hlediska psychologických teorií.

Erikson (1963) rozděluje životní dráhu do osmi oddělených stadií psychosociálního vývoje Ega. Ke konci života přidává ještě deváté stadium. Každé stadium je popsáno v podobě psychologické krize, která obsahuje dva konfliktní póly. Osmé stadium (65 let - smrt) nese označení integrita proti zoufalství. Dosažení integrity se projevuje přijetím života jako celku a pochopením jeho smyslu. Vyrovnání se s vlastním životem usnadňuje i vyrovnání se se smrtí jako s nevyhnutelným důsledkem. Nepodaří-li se integritu dosáhnout, dochází k osobnostní desintegraci projevující se ve třech úrovních: tělesné, psychické a sociální. Moudrostí nazývá Erikson ctnost, které člověk dosáhne při vyrovnání se s touto fází. Integrita stáří, a tím i zhodnocení vlastního života, závisí na zvládnutí předchozích vývojových období. Během devátého stadia - pozdní

stáří - se člověk vyrovnává s úbytkem sil i soběstačnosti, měl by se také odpoutat od materiálního světa (gerotranscendence) a dospět do stavu klidu a hluboké moudrosti. Erikson však již nespecifikuje, jak tohoto ideálního cíle dosáhnout. Nenastihuje vývojové úkoly pro seniory, ani nepředkládá doporučení, jak zajistit i nadále společenskou integraci.

K podmínkám dosažení integrity se vyjadřuje Řičan ve své knize „Cesta životem“ (1989 s.421-423). Dle něj je třeba být pravdivý sám k sobě a nic si nepředstírat, smířit se s vlastním životem, stabilizovat a generalizovat postoje k životu a dívat se na život kontinuálně ve vztahu k minulosti i budoucnosti.

Dle C. G. Junga je stáří třeba chápat jako výsledek procesu individualizace. Tento proces je situován do druhé poloviny lidského života. Během něj by mělo dojít k harmonizaci vědomých i nevědomých složek osobnosti. Cílem je dosažení vyrovnanosti s koncem života i se smrtí, která je dle C. G. Junga (1995 s.230) stejně důležitá jako narození a je též integrální součástí života.

V. Frankl (1995) mluví o optimismu minulosti. Míjí tím zaměřenost staršího člověka spíše do vzpomínek v minulosti. Dosažené zkušenosti a pozitivní zážitky člověku zůstávají (alespoň většině starých lidí) a jsou součástí jeho osobnosti.

1.2 Rozdělení stáří

WHO doporučuje 15letou periodizaci stáří. Období od 60-74 let je nazváno rané stáří, 75-89 let vlastní stáří a 90 a více let dlouhověkost. Většina autorů se s tímto dělením ztotožňuje, občas se setkáváme s posunem „začátku“ stáří na 65 let. K tomuto věku se přiklání i většina gerontologů. Právě toto rozdělení upozorňuje na fakt, že staří lidé nejsou homogenní skupinou.

Může mezi nimi být i přes třicet let rozdíl. Na tento fakt by neměli zapomínat ti, kteří se starými lidmi pracují.

1.3 Věková struktura společnosti

Význam určitého jevu snáze pochopíme tehdy, vztáhneme-li jej na celek, jehož je součástí. Pokud chceme pochopit stáří, musíme ho vztáhnout na všechny věkové skupiny.

Existuje odhad, dle něž se v prehistorických dobách stáří nedožival nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo pětadesátý rok života pravděpodobně jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo na čtyři procenta (Cowgrill In Stuart-Hamilton, 1999 s.13). Dle Stuart-Hamiltona (1999 s.13) by se dnešní západní populace dala přirovnat k obdélníkové společnosti - v každé věkové dekádě žije přibližně stejný počet lidí. Graf pro rok 1900 by se spíše podobal pyramidě se základnou mladších věkových dekád.

Společnost stárne, což znamená, že méně lidí pracuje a platí daň z příjmu a tak klesá počet lidí pomáhajících zajistit důchodové a sociální pojištění. Mezi stárnutím jedince a společnosti je rozdíl. Jedinec od okamžiku narození permanentně stárne a omládnutí zůstává jen snem, společnost dle Rabušice (1995 s.12) omládnout může - zvýšením proporcí mladých věkových skupin. Věkovou strukturu společnosti ovlivňují tři komponenty: porodnost, úmrtnost a migrace. Počet narozených dětí ovlivňuje, zda se podíl mladé generace vůči staré bude snižovat nebo zvyšovat. Malé počty narozených dětí vedou tedy ve svém důsledku k populačnímu stárnutí. Stárnutí populace je způsobeno tím, že se lidé začínají dožívat vyššího věku a umírají později.

Poměr lidí ve věku 65 let a více k 20-64 letým se v západních zemích pohybuje kolem jedné pětiny ve prospěch 20-64 letých. Předpokládá se, že tento poměr se do poloviny tohoto století

zvýší na jednu třetinu. Celosvětově by se dle dlouhodobé projekce OSN (Long-range In Rabušic, 1995 s.25) měl podíl seniorů do roku 2050 zvýšit seniorů na 15,1%, což je asi 1,5 miliardy osob a roku 2100 dosáhnout dokonce 22%. Podle této projekce lze též očekávat nárůst počtu obyvatelstva nad 80 let. V roce 1990 jich bylo ve světě pouhé 1%, do roku 2050 by se počet měl zvýšit na 3% a roku 2100 se počet přiblíží 7%. Ano, pochopitelně se jedná o očekávání, nicméně i kdyby se výpočty lišily a počet starších obyvatel nenaplnil předpoklady, téma stáří a stárnutí bude stále aktuálnější.

1.3.1 Situace v České republice

Očekávaný nárůst populace v ČR ve věku 65 let z 13% v roce 1990 na 17-21% do roku 2030 (Rabušic 1995 s.87) bude opravdu markantní. Česká republika se dostane do jedné linie se stárnoucími populacemi vyspělých zemí a bude muset čelit ekonomickým, sociálním i politickým problémům. Z projektovaného vývoje populace České republiky vyplývá, že by v naší republice mělo v roce 2030 žít 2 318 700 až 2 716 650 (22-27%) osob starších 60 let. Téměř logicky z dat vyplývá, že „luxus“ brzkého odchodu do důchodu, jako tomu bylo v naší zemi doposud, si nebudeme nadále moci dovolit. Zkušenosti zahraničních ekonomů mluví o řešení demografického problému trojím způsobem: - prostřednictvím vyššího ekonomického růstu, - prostřednictvím snížení reálné výše důchodů a redukce životní úrovně důchodců, - prostřednictvím zvýšení důchodového věku, který povede k vyššímu podílu starých osob v ekonomicky aktivní populaci. Jako nejschůdnější řešení se jeví třetí varianta. Nicméně ani ta není zcela bez problému, tím největším je velikost nabídky a poptávky pracovních míst ve starším věku. V nestabilních

ekonomických podmínkách jsou staří pracovníci posledními, kdo nachází místo a prvními, kdo jsou propouštěni.

Vzhledem k tomu, že v ČR dochází ke stárnutí společnosti o něco později než v okolních západních zemích, máme možnost poučit se ze zkušeností s populačním stárnutím v zahraničí a přebírat některá úspěšná řešení.

V roce 1995 byl parlamentem ČR přijat zákon o důchodovém pojištění, kterým bylo zavedeno postupné zvyšování věku pro nárok na starobní důchod, a to u mužů o 2 měsíce a u žen o 4 měsíce za každý rok účinnosti zákona až do roku 2007, kdy bude důchodový věk 62 let u mužů a 57-61 u žen (v závislosti na počtu vychovaných dětí).

Na základě nedávného rozhodnutí vlády bude věk odchodu do důchodu i nadále zvyšován až na konečných 63 let v roce 2013 u žen i mužů (*Stárnutí a politika zaměstnanosti 2004 s.9*). Soustava předčasného odchodu do důchodu s dočasně sníženou dávkou je od ledna 2004 postupně omezována. Kromě jiných reforem důchodového systému byl zaveden i Národní program přípravy na stárnutí (k němu se vrátím v další části své práce a následně i ve výzkumné části). Program vyzývá sociální partnery k vytváření podmínek, které jsou potřebné k řešení stárnutí ve všech částech společnosti, a zahrnuje i vládní podporu ke zvýšení zaměstnatelnosti starších pracovníků. Ministerstvo práce a sociálních věcí (*Stárnutí a politika zaměstnanosti 2004 s.10-12*) předkládá reformní doporučení: - snížit atraktivnost předčasného odchodu do důchodu, - posílit pobídky k práci i po dosažení zákonného věku pro odchod do důchodu, - přehodnotit délku rozhodného období pro výpočet důchodových dávek, - reformovat systém daní a dávek tak, aby se práce vyplatila více než pobírání dávek, - zvýšit efektivnost dobrovolných penzijních fondů.

MPSV (*Stárnutí a politika zaměstnanosti 2004 s.12-14*) přichází i s reformními doporučeními při odstraňování překážek na straně zaměstnavatelů při zaměstnávání starších pracovníků:

- pokračovat v modernizaci předpisů na ochranu zaměstnanosti,
- snížit příspěvky na sociální zabezpečení u zaměstnání s nízkou mzdou,
- lépe vynucovat předpisy o zákazu věkové diskriminace v zaměstnání,
- zlepšit pracovní podmínky,
- podporovat informační kampaně o otázkách stáří.

1.4 Pohled společnosti na stáří

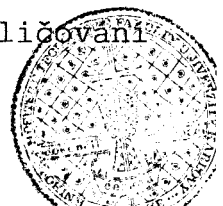
Postoj ke stáří není pouze výsledkem osobní zkušenosti. Je výsledkem, tak jako většina jevů ve společnosti, kulturního prizmatu. V některých kulturách jsou vrásčitá tvář, pomalejší pohyby či ztichlý hlas vnímány jako výraz zkušenosti, moudrosti, zatímco jinde jako ztráta vitality či schopnosti vyjadřování. Z mých zkušeností vyplývá, že postoj současné české společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Hodnoty této společnosti, zdůrazňující zachování biologicky podmíněných kompetencí mládí (vzhled, výkonnost), staré lidi silně znevýhodňuje.

Ovšem jaké postoje opravdu zaujímá naše společnost ke stáří a starým lidem a zda dochází k věkové diskriminaci i v ČR, si kladl za otázku výzkum Ageismus 2003 a PPA II - ČR 2001 (Vidovičová In Autonomie ve stáří, 2004 s.61-71). Autoři výzkumu si jako základní premisu vzali otázku, která vycházela z předpokladu, že vnímání rozdílů mezi generacemi je u mladých lidí natolik silné, že znemožňuje jejich vlastní identifikaci se starými lidmi jako s lidskými bytostmi. Tvrzení „Souhlasíte s výrokem, že mladí a staří lidé jsou velmi rozdílní ve všech oblastech?“ potvrdilo 64% dotázaných. 84% mladých do 20 let, ale jen 50% respondentů nad 70 let. Autoři dále zkoumali, zda se

v ČR vyskytuje typ chování, který by bylo možné označit za věkově diskriminační. Ptali se respondentů, zda se k nim někdo v poslední době choval lépe či hůře na základě věku. Z výsledků vyplývá, že pouze ve věku mezi 30. - 49. rokem je riziko diferenciačního chování nejmenší. Nicméně zajímavé je, že v této skupině, ve které dochází k diferenciačnímu chování nejméně, se s ním dvakrát více setkávají ženy oproti mužům.

Autoři se zabývali i otázkou, na kolik se s věkovou diskriminací setkáváme v každodenním životě. K tomuto účelu využili jedenáctipoložkovou baterii vytvořenou Palmorem (In Autonomie ve stáří, 2004 s.67). Úvodem k baterii byly otázky, zda respondent někdy zažil sám na sobě takovou situaci, zda se stala někomu z jeho známých nebo zda o ní slyšel. Respondenti měli možnost zvolit i odpověď, že o takové situaci neslyšeli, nicméně se domnívají, že se to stává. Mezi uváděnými výroky šly vysledovat tři typy ageismu. Verbálně komunikační - přímou zkušenost s familiárním oslovením např. v nemocnicích má 4% padesátníků, ale ve skupině sedmdesátníků je podíl desetkrát vyšší - 42%. Typ diferenciace kvality vychází z předpokladu, že ta část života, kterou senioři prožívají, je méněhodnotná, a proto nemají právo na plný servis široce definovaného okruhu služeb. Do tohoto typu spadá např. odepření operačního zákroku, čekání u lékaře apod. Poslední typ bariéra vstupu a participace sdružuje ty situace, ve kterých byla věkem stanovena hranice, ať již explicitní nebo zamlčená pro možnost podílení se na nějaké činnosti. Větu „Na to jste moc starý/á...“ slyšelo 9% padesátníků, ale 24% sedmdesátníků.

Ovšem z celkového výzkumu vyplývá, že o diskriminaci podstatně více lidí slyšelo, než že ji ve skutečnosti zažilo. Důvodem může být větší informovanost o věkové diskriminaci nebo zveličování problému médii.



Autoři ve svém dřívějším výzkumu PPA II - ČR (Vidovičová, Rabušic In Autonomie ve stáří, 2004 s. 69) poukázali, že i když jsou postoje vůči populačnímu stárnutí společnosti spíše negativní, chování respondentů na individuální rovině (např. vůči starým rodičům) tyto negativní postoje neodráží.

1.4.1 Společnost pro všechny věkové skupiny

OSN vyhlásila rok 1999 rokem starších lidí a den 1. říjen za Mezinárodní den seniorů. Mottem roku 1999 bylo „Společnost pro všechny věkové skupiny“. Cílem by měla být proseniorská edukace, jejímž hlavním cílem je výchova ke stáří. Ta se zaměřuje na mezigenerační porozumění a solidaritu, na utváření pozitivního obrazu o stárnoucích a starých lidech ve společnosti. V dokumentu „Zásady OSN pro seniory“ (<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=537>) je definováno pět oblastí, které by měly vlády jednotlivých zemí svým seniorům poskytnout. Jedná se o oblasti: - nezávislost (příležitost pracovat, možnost žít ve svém domově co nejdéle), - zařazení do společnosti (možnost aktivně se účastnit společenského dění), - péče (mít přístup ke zdravotní i sociální péči, zajistit dodržování práv v rezidenčních zařízeních), - seberealizace (přístup ke vzdělávání, kultuře apod.), - důstojnost (zajistit bez ohledu na věk, pohlaví, rasovou či etnickou příslušnost).

U nás chce Ministerstvo práce a sociálních věcí docílit, aby se do poskytování služeb starším občanům zapojilo více mladých lidí. Mimo jiné chce od roku 2007 začlenit do výuky kapitoly o pozitivěch stáří. (MF 15. 11. 2005)

Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Vzhledem k okolnostem věkové struktury společnosti a pohledu do budoucna stojí za zamyšlení,

zda by nebylo výhodnější pohlížet na staré lidi nadále i jako na aktivní členy společnosti.

1.4.2 Národní program přípravy na stáří

Návrh Národního programu přípravy na stáří 2003–2007 (<http://www.mpsv.cz/cs/1057>) vychází z „Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí“ (1982), „Zásad OSN pro seniory“ (1991). Národní program přípravy na stáří se snaží i o nový pohled společnosti na seniory.

Jedná se o deset oblastí života, ve kterých chce vláda dosáhnout určité změny.

1. Etické principy zasahují především do oblasti lidských práv. Seniorům by mělo být umožněno žít rovnoprávný a aktivní život, to znamená respektovat jejich práva, podporovat mezigenerační vztahy a solidaritu a vést k vzájemné toleranci a porozumění.

2. Přirozené sociální prostředí hraje v životě seniorů důležitou roli. Jeho ztrátou nepřicházejí pouze o svůj domov, ale často také o své přátele (svou sociální síť), určité jistoty a mnohdy i osobní svobodu, která bývá v rezidenčních zařízeních omezena. Cílem by tedy mělo být zachování přirozeného prostředí za pomoci rodiny a terénních sociálních služeb.

3. Pracovní aktivity by měly být umožněny seniorům, kteří chtějí i přes svůj věk setrvat v zaměstnání. Přínosem je prodloužení aktivní fáze života seniorů a tím i zabránění ztráty kontaktu se společností a dalších následných problémů.

4. Hmotné zabezpečení představuje záruku ekonomické nezávislosti seniorů lidí. Je zajištěno celoživotní prací jedince a podle potřeby i mezigenerační solidaritou, na níž staví systémy důchodového zabezpečení.

5. Zdravý životní styl a kvalita života spolu úzce souvisí. Proto by celá společnost měla být řádně informována a podporována v osvojení si správného životního stylu, který je významným prostředkem k zajištění aktivního a důstojného stárnutí. Kvalitu života ovlivňuje značně i životní prostředí. Měli bychom se proto přinejmenším vyhnout jeho devastaci.

6. Zdravotní péče a její kvalita hraje důležitou roli v životě starších lidí. Ti často potřebují nejen přímou léčbu dané nemoci, ale i péči přesahující do psychosociální oblasti. Se zvyšováním počtu seniorů v populaci se budou zvyšovat i požadavky na systém a úroveň zdravotní péče.

7. Komplexní sociální služby umožňují seniorům zůstat v přirozeném domácím prostředí co možná nejdéle. K tomu je nezbytná podpora soběstačnosti jedince, zabránění sociálnímu vyloučení a pomoc pečujícím rodinám. Samozřejmě, že i při poskytování terénních sociálních služeb musí být respektována práva a individuální potřeby klientů.

8. Společenské aktivity zapojující starší generaci mají význam nejen pro ni samotnou, ale i pro generace mladší, aby si vytvořily představu o stáří ne na základě mýtů, ale podle skutečnosti.

9. Vzdělávání může zlepšit situaci starších občanů dvěma způsoby. Prvním je vzdělávání samotných seniorů jako druh aktivizace a vyrovnání se s rozvojem v oblasti informačních technologií. Druhý způsob zahrnuje vzdělávání mladé a střední generace v oblasti přípravy na stárnutí a vztahu k seniorům.

10. Bydlení seniorů má spolu s ostatními faktory velký vliv na kvalitu a důstojnost života seniorů. Úroveň bydlení spolu se systémem sociálních služeb podporují zachování soběstačnosti seniorů a předcházejí tak jejich umístování do ústavních zařízení.

1.5 Vstup do důchodu

Jak již bylo řečeno, stáří nenastává ze dne na den. Přesto je „vznik“ stáří nejvíce spojován s odchodem do důchodu. Tento den je bezesporu významným mezníkem v lidském životě. Pro někoho je spojen s úlevou od namáhavého pracovního tempa, pro jiného to ovšem znamená přestat mít roli. Jako by společnost očekávala, že rolí člověka v důchodu bude to, že nebude mít roli (Lehr In Haškovcová, 1989 s.47).

Již sám výraz „odchod do důchodu“ zní spíše pesimisticky. Říčan (1989 s.361) se přiklání spíše k výrazu „vstup do důchodu“. Vstup by znamenal opět něco nového. Přesto se ale i nadále setkáváme jak u odborné, tak laické veřejnosti většinou s výrazem odchod do důchodu.

Se vstupem do důchodu člověk ztrácí ve většině případů profesní roli. Nová role důchodce má horší sociální status a omezená privilegia. Tato role je definována pasivním přijímáním určitých výhod - jako by i pobírání důchodu bylo určitým „darem“ společnosti. Za privilegium je považována i možnost nepracovat, proč je ovšem toto privilegium spojováno s nižší hodnotou, zbytečností a nemožností se zapojovat do dění společnosti? Kolik vysokoškolských studentů během svého studia pracuje na plný úvazek? A přesto většina z nás do všeho mluví.

Vstupem do důchodu se narušuje zafixovaná struktura dne, dochází k omezení sociálních kontaktů. Člověk musí hledat nový způsob života, který by mu přinášel uspokojení. Při svém průzkumu jsem se setkala s odpověďmi, že je obtížné najít ve stáří novou smysluplnou aktivitu, ale ještě častěji s tím, že i ve stáří mají senioři nedostatek času pro všechny zvolené činnosti. Někteří jakoby aktivitu považovali za hlavní prostředek boje proti stárnutí, jiní ovšem zvolili strategii

eliminace různých aktivit (přestávají dělat to, co by je mohlo nějakým způsobem zatěžovat, „pouze odpočívají“).

Starší člověk, tak jako každý jiný, potřebuje někam patřit. Z odpovědí mnoha respondentů vyplývá, že senioři vyhledávají společnost rodiny a přátel. Svých vrstevníků většinou až v případě, že zůstali (spíše bychom měli říci zůstaly, protože očekávaná střední délka života u žen je vyšší než u mužů, ztráta partnera tedy postihuje spíše je) sami bez partnera. Na kontaktu s vrstevníky je zatěžující stěžování si na různé choroby, pocit blízkosti smrti apod. Část respondentů odpověděla, že by rádi trávili více času s mladšími lidmi, ať již věkem nebo alespoň duchem.

Adaptace na důchod probíhá určitou dobu. Jde o fázi přípravy na důchod (lidé přemýšlejí o změnách, které budou vstup do důchodu provázet, i o svém vlastním pojetí života v důchodu). I z odpovědí respondentů (50-60 let) vyplývá, že se myšlenkou na důchod již zabývali. Většina z nich má zatím představu aktivního trávení důchodu. Velká část respondentů by se ráda ještě nějakou dobu věnovala zaměstnání, později pak rodině a koníčkům (často cestování a sportu). Bezprostřední reakce na vstup do důchodu je spojená s pocitem vykořenění a ztráty zafixovaných jistot - lze se setkat s různými reakcemi, např. uchovávání si i nadále zažitý denní režim, pocit nekonečné dovolené nebo užívání si zaslouženého odpočinku demonstrativní nečinností. Později dochází k desiluzi a postupnému přizpůsobování se nové životní situaci. Většina lidí si odpočinula, vykonala vše, co si předsevzali a najednou nejsou tak spokojeni. Teprve teď si definitivně uvědomují změnu života. Pozitivní zpracování tohoto okamžiku je dobrým základem pro vytvoření nového životního stylu důchodce a stabilizace nového stereotypu. Dobrá příprava na

stáří by měla obsahovat i plán možností co dál, potom, co se člověk nasytí možnosti nicnedělání.

1.6 Adaptace a přijetí stáří

Postoj k vlastnímu stárnutí a ke stáří je individuálně rozdílný. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh v čase, v závislosti na vnějších stresorech i změnách psychického a somatického stavu. Zvládnutí zátěže stárnutí je závislé na schopnosti i motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy. Člověk i v této situaci bude pravděpodobně používat naučené mechanismy vyrovnávání se se zátěží či novými životními situacemi.

S. Reichrdová (In Langmeier, 1991 s.182) v 60. letech 20. století charakterizovala na základě výzkumných studií 5 strategií vyrovnávání se s vlastním stářím:

1. Strategie konstruktivní - jedinec má s přibývajícimi lety radost ze života, je si vědom svých vyhlídek, smrt přijímá bez nadměrného strachu a zoufalství.
2. Strategie závislosti - v chování jedince převažuje sklon k pasivitě a závislosti na druhých.
3. Strategie obranná - přehnaná aktivita s cílem zahnat všechny myšlenky na vlastní obtíže a případnou blízkost životního konce.
4. Strategie hostility - nepřátelský postoj vůči sobě, projevující se nepřátelstvím a agresivitou.
5. Strategie sebenenávisti - starší jedinec obrací agresi vůči sobě, je nadměrně kritický i k prožitému životu (který hodnotí jako selhání), ve smrti spatřuje vysvobození z neuspokojivého života.

Lze vycházet z toho, že pokud je člověk samostatný a autonomní, volí si jmenované strategie sám. Co však starý jedinec, který by si rád ze své původní povahy zvolil

konstruktivní strategii, ale jeho psychosomatický stav mu to neumožňuje, protože stále více ztrácí schopnost vnímat realitu? Pak se dostáváme k nedobrovolné ztrátě autonomie, které se asi obává každý z nás.

2. Gerontologie

2.1 Historie gerontologie

Gerontologie je velmi starým oborem, i když ze začátku se takto tento vědní obor nenazýval, nicméně stářím se lidé zabývali již od starověku.

2.1.1 Starověk

Ve starověku se o stáří zmiňují literární i lékařská díla. Např. Aristoteles považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, Hippokrates jako důsledek ztráty vlhka. Prevenci stáří spatřoval ve střídání pití a jídle (In Haškovcová, 1989 s.165). Nejobsáhleji se v tomto období stáří věnoval Galénos. Ve spise „O udržení zdraví“ (In Kalvach, 1997 s.184) chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí považoval za ovlivnitelné lehkou stravou, dostatkem pohybu na čerstvém vzduchu, pravidelnými koupelemi a masážemi.

2.1.2 Středověk až konec 18. století

Téměř po celý středověk byl Galénos považován za vrcholnou lékařskou autoritu.

První cíle geriatrické péče formuloval Roger Bacon ve svém díle „O prostředcích předcházejících nemocem a stáří“ (In Haškovcová, 1989 s.166). Nikolaus von Kues upozorňuje ve svém díle „O starostech stáří“ např. na rozdíly frekvence dechu

a tepu ve stáří a v mládí (In Kalvach, 1997 s.184). Koncem 15. století píše Gabriele Zerbi knihu „Gerocomica, čili péče o starce a jejich výživu“. Téměř o sto let později věnuje David de Pomis pozornost výčtu chorob starců. J.A. Komenský formuloval „Školu stáří jako součást vševýchovy“ a vydal eticko filosofický spisek „Metuzalem, to jest o daru dlouhověkosti“ (In Kalvach, 1997 s.185).

V 2. polovině 18. století můžeme pozorovat změnu v přístupu ke stáří. V pracích se začíná objevovat i klinické pozorování, např. v práci J. B. Fischera „O stářích, jeho stupních a nemocech“, žáka Boerhaaveho, reformátora výuky lékařství. G. van Swieten hovoří o výsledku klinického pozorování nemocných, o afazii jako o poruše symbolické funkce formulovat řeč a rozumět jí. V roce 1796 vychází první z řady vydání „Umění prodloužit lidský život“, později označovaného jako „Makrobiotika“ (In Haškovcová, 1989 s.167).

2.1.3 19. století a začátek 20. století

Rozvoj společnosti a vědy se pochopitelně promítl i do oblasti gerontologie. Např. rozvoj patologické anatomie, klinických vyšetřovacích metod či zdravotněsociálních teorií (požadavek práva na zdravotní péči za francouzské revoluce, úsilí o medicínskou reformu v Německu, rozvoj veřejného zdravotnictví, zakládání velkých nemocnic, pozornost zdravotnímu stavu nemajetného obyvatelstva apod.).

Úsilí pojednat o stáří odborným způsobem nacházíme v dílech např. C. F. Canstatta „O nemocech vyššího věku a jejich léčení“, „Výzkumy o nemocech stáří“ od C. R. Pruse, M. Durand-Farrel „Klinické a praktické pojednání o nemocech starců“ (In Kalvach, 1997 s.185).

I. L. Nascher je považován za zakladatele geriatrické školy, v roce 1914 vydal knihu „Geriatric“. Vydání „Senescence“ G. S. Halla je považováno za počátek sociální gerontologie (In Kalvach, 1997 s.186).

R. Eiselt přeměnil Ústav pro nemoce stáří v kliniku nemocí stáří (umístěný původně ve vyšehradském chudobinci, později v Masarykových sociálních domovech, dnešní Thomayerově nemocnici v Praze), v první univerzitní geriatrické oddělení na světě.

S rozvojem endokrinologie se zvednula vlna zájmu o omlazovací postupy a vychází několik publikací na toto téma. Např. „O omlazení lidského života“ od C. H. Schultze, S. Voronov „Dobytí života - problém omlazení“ ad.

Mikrobiolog I. I. Mečnikov vypracovává kolem roku 1900 teorii stárnutí jako důsledek intoxikace organismu produkty střevní flóry. Pravděpodobně to byl i on, kdo první použil pojem gerontologie (In Kalvach, 1997 s.186).

2.1.4 Od poloviny 20. století až po současnost

V druhé polovině 20. století dochází k rozmachu gerontologie v souvislosti s poznatky přírodních věd, ale i s prodlužováním střední délky života a stárnutím populace.

Vedoucím centrem experimentální gerontologie se staly USA. V roce 1942 vznikla Americká geriatrická společnost a v roce 1945 je ustanovena Gerontologická společnost. V souvislosti s poraněními amerických vojáků v korejské válce se rozvíjí objektivizace funkčních limitací a soběstačnosti. D. Katz vypracovává hodnocení denních aktivit, které se stává základem funkčního hodnocení v geriatrici (In Kalvach, 1997 s.187).

Ve Velké Británii jsou za průkopníky gerontologie považováni V. Korenčevský (zakladatel gerontologického ústavu v Oxfordu a iniciátor vzniku mezinárodní gerontologické asociace IAG

v padesátých letech) a M. Warrenová (reforma ošetrovatelských ústavů pro seniory, home care).

První mezinárodní gerontologický kongres se uskutečnil v Belgii v roce 1950. V té době vznikaly i první specializované časopisy, k nejstarším patří např. Journal of Gerontology (1945), Zeitschrift für Alterforschung (1947), Geriatrics (1952).

Během druhé poloviny 19. století si někteří autoři začali všimnout i stárnoucí duše. Po druhé světové válce se psychologie stáří rozvíjí rychleji. Cílem je prodloužit soběstačnost člověka (jak fyzickou, tak psychickou). V důsledku výskytu nejrůznějších psychických alternací a demencí ve stáří je rozvíjena i gerontopsychiatrie.

Etapa rozvíjející se v 70. letech souvisí s důsledky stárnutí populace. Jsou formulovány principy společenského přístupu k osobám se sníženou soběstačností a požadavky komunitního řešení jejich situace. Podrobněji se o těchto přístupech a konceptech úspěšného stárnutí zmiňují v dalších kapitolách.

V Československu rozvíjel geriatrii po R. Eiseltovi především B. Prusík, spoluzakladatel IAG. V roce 1958 inicioval vznik gerontologické komise České internistické společnosti. V současnosti se jmenuje Česká gerontologická a geriatrická společnost (ČGGS).

V roce 1974 vznikl kabinet geriatrie a gerontologie Institutu pro další vzdělávání farmaceutů (ILF) v Praze jako báze postgraduální výchovy (In Kalvach, 1997 s.189). V roce 1983 se stala geriatrie samostatným oborem s vlastní specializační atestací.

V 90. letech dochází k dalšímu posunu, např. vznikají komunitní ošetrovatelská, zdravotněsociální centra. Gerontologie se dostává do vysokoškolské výuky.

Z popsaného vývoje je zřejmé, že se jedná o širokou problematiku. V průběhu vývoje se gerontologie dělí na tři základní problémové oblasti: - teoretickou či experimentální (zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí), - klinickou neboli geriatrii (zabývá se průběhem fyziologického i patologického stárnutí, specifikuje léčebná schémata nemocí), - sociální (akcentuje společenský zájem o problematiku stárnutí a konstruuje modely komplexní péče o staré lidi).

2.2 Teorie stárnutí

Jak již bylo řečeno, stárnutí je natolik důležitý a výrazný jev v životě člověka, že se jím zabývala medicína v každé době. Z dnešního hlediska je pravděpodobně nejdůležitějším poznatkem fakt, že se proces stárnutí za celou historickou dobu podstatně nezměnil (Ďoubal 1997 s.7). Výrazně se ani nezměnila maximální délka života, i přes lepší lékařskou péči a jiné příčiny úmrtí.

Teorie stárnutí a možnost ovlivňování stárnutí je bezpochyby velmi zajímavé téma, nicméně z důvodu rozsahu této práce, zde téma spíše jen nastíním.

Padesátá a šedesátá léta 20. století zaznamenala vznik mnoho tzv. teorií stárnutí. Z dnešního pohledu se většina z nich jeví jen jako hypotézy či spekulace, založené na generalizaci, kdy se dílčí procesy považují za universální příčiny stárnutí. I tak ale některé z nich významněji ovlivnily další rozvoj teoretické gerontologie. Dle Hayflicka (1997 s.291-320) a Ďoubala (1997 s.43-58) lze jmenovat např. tyto: - teorie nenahraditelných komponent (důležité makromolekuly jsou během života poškozeny vlivem fyzikálních nebo chemických procesů a nemá-li je organismus možnost odstranit nebo nahradit, stávají se zátěží a vyvolávají stárnutí), - teorie somatických mutací (zvýšená frekvence poruch DNA je primární příčinou stárnutí), - teorie

chyb (stárnutí je výsledkem chyb v procesech transkripce a translace), - teorie programového stárnutí (stárnutí je geneticky naprogramováno jako součást genetického vývoje), - teorie příčných vazeb (během života dochází k vzniku příčných vazeb mezi řetězci makromolekul a u DNA mohou tyto změny vést ke ztrátě informační kapacity).

Další z možných teorií stárnutí je teorie volných radikálů. Její nástin podal v roce 1954 R. Gerschman. Hlavním protagonistou je Denham Harman (Hayflick 1997 s.302). Pochopitelně jako většina teorií stárnutí nese s sebou i tato teorie argumenty pro a proti. Předmětem sporu zde ovšem není otázka, zda volné radikály v těle vznikají, nýbrž zda jejich výskyt nějak zásadně ovlivňuje stárnutí.

V současné době jsou volné radikály chápány jako atomy či skupiny atomů obsahující nepárový elektron ve vnější elektronové sféře. Volné radikály vznikají v organismu při řadě procesů. Reakce volných radikálů jsou příčinou četných poruch makromolekul a membrán v živém organismu. Volné radikály se podílejí na vzniku řady chorob (např. rakovina, ateroskleróza, rozedma plic, katarakta, neurodegenerativní poruchy). Volné radikály též vznikají při reakci organismu na přítomnost některých cizorodých látek. Z tohoto důvodu je možné, že rostoucí znečištěné prostředí může přispívat k poškození organismu volnými radikály a ke zrychlenému stárnutí. Teorie volných radikálů neposkytuje návod na významnější zpomalení stárnutí, nabízí však prostředky k určitému, byť omezenému prodloužení střední délky života.

V posledních letech se v odborných kruzích diskutuje také o tzv. neuro-endokrinní teorii stárnutí. Tato hypotéza

předpokládá, že rozhodující mechanismus, který řídí stárnutí, je součástí endokrinního systému. Neuro-endokrinní teorie dále předpokládá, že řídicím endokrinním centrem je epifyza a hlavním endokrinním působkem je její hormon melatonin. Současný stav znalostí potvrzuje, že melatonin pozitivně ovlivňuje proces stárnutí, prodlužuje střední dobu života experimentálních organismů.

Pro současný stav výzkumu v oblasti teoretické gerontologie je typické rostoucí množství poznatků doprovázené absencí jednotné univerzální teorie. Dle Ďoubala (1997 s.61) žádná ze současných teorií doposud neumožňuje uspokojivě vysvětlit všechny hlavní stránky procesu stárnutí a dát do přiměřených souvislostí změny provázející stárnutí na hlavních organizačních úrovních živého systému.

2.3 Prostředky proti stárnutí

I gerontologie nabízí některé praktické návody, jak si uchovat psychické a fyzické síly do vyššího věku (<http://www.faf.cuni.cz/Gerontology/Mechanisms/Contra/MechanismsContra.asp>).

Některé z nich spíše zlepší zdravotní stav, jiné poněkud zbrzdí proces stárnutí. Z praktických návodů vychází většina aktivizačních programů pro seniory, o kterých se zmiňuji v páté kapitole.

1. V první řadě je třeba žít zdravě, abychom stárnutí neuspíšili. Vyhýbat se stresům i pobytu v prostředí, které obsahuje mutageny a látky, které jsou pro organismus cizí a nebezpečné.

2. Strava má být vyvážená a přizpůsobená věku, fyzické námaze, zdravotnímu stavu a pohlaví. Strava obsahující antioxidantní látky prodlužuje život.

3. Intenzivnější fyzická námaha prodlužuje život a zpomaluje stárnutí - nevyhýbejme se přiměřenému sportu.

4. Psychická a intelektuální činnost zřejmě rovněž zpomaluje stárnutí - učení je tedy dobré v každém věku.

Kromě těchto doporučení se na gerontologických stránkách Farmaceutické fakulty UK dočteme i o geriatricích zpomalujících procesy stárnutí. Např. Gerovital - určen pro léčbu a prevenci příznaků stárnutí, již zmiňovaný melatonin či hormon dehydroepiandriosteron (DHEA) - jeho působení je stále ve výzkumu, potencionálně by mohl být též prostředek ke zpomalení stárnutí.

Potřeby organismu z hlediska příjmu potravy závisí na věku. Mimo jiné i dostatečný přísun vitamínů je součástí péče o to, abychom nezestárli rychleji, než je nutné. Zvýšení příjmu látek působících proti volným radikálům by tedy mělo zpomalovat stárnutí (především vitamíny A, B, C, D a E). Ovšem pozor, přísun těchto vitamínů nelze zvyšovat neomezeně. Hrozí totiž nebezpečí předávkování, hypervitaminóza (zvláště u A, D, B-3 a B-6). Dostatečný přísun vitamínů je nutný tehdy, jestliže je neobsahuje běžná potrava. Na trhu se v současné době pohybuje více než 400 různých vitamínových přípravků, lišící se spíše cenově než složením. Při rozhodování o koupi by měl mít člověk na paměti faktory jako věk, pohlaví, váhu, složení potravy, způsob života, zdravotní stav i složení vitamínových přípravků. Centrum gerontologických služeb nabízí v rámci poradenství i informace o tom, zda zvolit, a případně jaký a v jakém množství, vitamínový preparát.

2.4 Společnost a gerontologie

Na otázku, zda je možné ovlivnit proces stárnutí optimisté odpovídají ano (vhodnou výživou, antioxidačními látkami, vhodnou pohybovou aktivitou). Skeptikové tvrdí, že na účinnou metodu zpomalení tempa stárnutí si budeme muset ještě počkat.

Gerontologie nepatří mezi obory, které jsou v centru pozornosti a do nichž proudí peníze. Je to snad tím, že většina z nás považuje stáří za přirozené a neměnné? Málokdo pokládá za opravdu reálné, že by se stárnutí podařilo opravdu zásadně zpomalit nebo dokonce zastavit. Pokud by se podařilo ovlivnit část mechanismů, jimiž je řízeno stárnutí, objeví se pravděpodobně další. Kde budou meze, půjdou-li odstranit a kam až se nakonec posune hranice maximální délky života, to dle Ďoubala

(http://www.faf.cuni.cz/Gerontology/Mechanisms/Essays/essay_on_gerontology.asp) zatím opravdu nelze odhadnout.

Podstatnější zpomalení stárnutí by ovšem mělo dalekosáhlejší důsledky než kterýkoli jiný objev. Znamenalo by to prolomení jistého tabu s následným „trestem“ v podobě těžko představitelných sociálních problémů.

3. Procesy stárnutí

„Stárnutí je jediná fatální nutnost, která se nikomu z nás nemůže vyhnout.“ (Hayflick 1997 s.28)

L. Hayflick ve své knize „Jak a proč stárneme“ (1997 s.171-185) upozorňuje na doposud asi nejucelenější longitudiální studii o stárnutí - The Baltimore Longitudinal Study Of Aging (BLSA), která byla zahájena v roce 1958 v USA. Cílem bylo prozkoumat tělesné, mentální a emocionální účinky stárnutí na

zdravé lidi. Tato studie byla pochopitelně velmi náročná, jak časově, tak finančně, nutno však podotknout, že dobrovolníci nedostávali žádnou finanční odměnu. Do projektu se zprvu zapojili jen muži a teprve od roku 1978 i ženy, ovšem v menším počtu než muži.

Ze studie BLSA vyplývá, že jediný snadno definovatelný proces stárnutí neexistuje. Tempo stárnutí jednotlivých osob se může značně odchylovat od očekávaného průměru a změny, které s sebou stárnutí nese, mohou probíhat u každého jednotlivce úplně jinak. Újmy, které se často spojují se stářím, však mohou být spíše důsledkem působení chorobných procesů než vlastního stárnutí.

Přesto, že od data zahájení této studie uplynulo téměř padesát let, byla tato studie ojedinělá co se rozsahu týče, a přinesla řadu poznatků, které jsou dále zkoumány.

3.1 Fyziologie stárnutí

Buňky lidského organismu se dělí na buňky proliferující, dělicí se po celý život, a postmitotické, které se v dospělosti nedělí. Stárnutí buněk se projevuje postupnou ztrátou funkceschopnosti, ztrátou schopnosti dělení se a zánikem buněk. Ztráty proliferujících buněk může organismus kompenzovat dělením zbývajících buněk. Bohužel však ne do nekonečna. Hayflick (1997 s.143-169) zjistil, že buňky se do svého zániku reduplikují pouze do limitovaného počtu. Doposud není jasné, do jaké míry změny ve funkceschopnosti buněk vyplývají z vnitřního „buněčného stárnutí“ a do jaké míry jsou vyvolávány negativními změnami stavu vnitřního prostředí, které stárnutí provázejí.

Úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti. Dle Hayflicka (1997 s.207-231) vykazují některé tělesné soustavy úbytek funkcí již po 30. roce věku.

Je také otázkou, zda řada pozorovatelných změn u starého člověka je důsledkem stáří nebo prodělaných nemocí. Je téměř nepravděpodobné, že by se někdo za celý život nepotkal s žádnou nemocí a tak je obtížné vyloučit možnost, že změny související se stárnutím jsou alespoň zčásti způsobené kumulovanými důsledky prodělaných nemocí.

Stárnutí je provázeno změnami ve funkceschopnosti organismu. Postiženy jsou prakticky všechny systémy. Např. vylučovací soustava zpomaluje svou funkci a ztrácí výkonnost při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů. Trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin. Dochází k úbytku svalové hmoty. Dýchací soustava nedokáže zajistit stejný přívod kyslíku jako dříve. Oběhová soustava se musí potýkat s dvěma problémy - srdce ztrácí svou sílu a přitom v důsledku zužování a snížení pružnosti periferních cév je pro rozvádění krve po celém těle třeba více energie (Stuart-Hamilton 1999 s.25-26). Přesto jsou některé změny méně významné než jiné.

3.2 Stárnoucí smyslové orgány

Někteří gerontologové jsou toho názoru, že změny nastávající v očních čočkách představují nejtypičtější příznak stárnutí člověka (Hayflick 1997 s.222). Čočky s věkem sílí a mohutní, čímž dochází ke zhoršení akomodace (snížení schopnosti zaostření na blízké předměty), což vede ke presbyopii (stařecké dalekozrakosti). Věk má vliv i na vnímání intenzity světla, starší lidé vidí spíše intenzivnější světlo (Topinková, Neuwirth 1995 s.253). S věkem se snižuje i rychlost přizpůsobení se horším světelným podmínkám a schopnost regenerace oka, např. schopnost znovu vidět po oslnění (Pacovský 1994 s.37), což má vliv mimo jiné na schopnost starších lidí řídit automobil v noci. Se stárnutím roste i riziko onemocnění oka. Nejčastěji

se setkáváme se zhoršováním průhlednosti oční čočky (šedý zákal - katarakta), s poruchami tlaku nitroočních tekutin a poruchami sítnice (zelený zákal - glaukom). Nejedná se však o funkční změny doprovázející stárnutí, ale o onemocnění (<http://www.faf.cuni.cz/gerontology/mechanisms/physiology/zrak.asp>).

Sluch většiny lidí s věkem slábne. Změny schopnosti slyšet přicházejí pomalu, ale jsou nepříjemné. Normální slyšení je závislé na integritě a funkcích tří systémů: na zevním, středním a vnitřním uchu a VIII. nervu; na sluchové dráze; na korovém analyzátoru sluchu. Periferní složka zajišťuje vedení zvuku, centrální složka jeho vnímání. Podle vzniku lze rozlišit ztrátu sluchu způsobenou poruchou přenosu zvuku ze zevního ucha ke vnitřnímu, poškozením vnitřního ucha nebo poškozením sluchové dráhy. Po 60. roce dochází k atrofickým změnám ve sluchové dráze a objevuje se stařecká nedoslýchavost - presbyakuzie (Topinková, Neuwirth 1995 s.251). Starší člověk začíná špatně rozumět, vnímá hluk, ale nerozumí slovům. Ocítá se v nepříjemné situaci, hluk ho může znervózňovat a navíc špatně rozumí. To může přispívat ke společenské izolaci starších lidí. I zde lze samozřejmě využít kompenzačních pomůcek, ovšem na rozdíl např. od brýlí, je použití sluchadel dražší a složitější - klade si větší nároky na jejich kvalitu a seřízení.

Výzkumníci nemají jednotný názor, jak se vnímání chuti v průběhu stáří mění. Nicméně převažují názory, že schopnost rozlišovat čtyři základní chutě se s přibývajícím věkem zhoršuje (Hayflick 1997 s.221).

U čichu udává většina studií v souvislosti se stárnutím postupné zhoršování schopnosti vnímat pachy a vůně (Hayflick 1997 s.221-222). Za určitých okolností může ztráta rozeznání čichových vjemů člověka i ohrozit, např. neucítí-li unikající plyn, kouř apod.

Hmatová čidla jsou uložena v kůži a tak by bylo překvapující, pokud by ztenčování a vrásnění kůže nemělo vliv na citlivost hmatu. Starší lidé mají vyšší hmatový práh citlivosti. K zaregistrování doteku je třeba větší stimulace (Stuart-Hamilton 1999 s.34).

S bolestí je tomu podobně jako s chutí. Některé studie ukazují, že s přibývajícím věkem stoupá tolerance bolesti (nebo klesá vnímání bolesti?), jiné toto nepotvrzují (Topinková, Neuwirth 1995 s.97).

3.3 Vliv stárnutí na kognitivní procesy

Společnost spatřuje staré lidi na jedné straně jako ztělesnění moudrosti, na té druhé však jako těžce chápající a pomalu myslící. Jak tomu tedy opravdu je, si klade za otázku mnoho výzkumů.

Dle Cattelova hierarchického pojetí inteligence (In Sternberg, 2002 s.510) tvoří obecnou inteligenci dva hlavní subfaktory: fluidní inteligence (schopnost řešit problémy, nezávislá na předchozím učení) a krystalická inteligence (množství vědomostí, které člověk získal v průběhu života).

V rámci tohoto dělení lze říci, že většina studií zabývajících se vlivem stáří na inteligenci se shoduje, že fluidní inteligence s věkem slábne, zatímco krystalická zůstává téměř nedotčena (Kalvach a kol. 1997 s.64). Jinými slovy 30 letý jedinec bude dosahovat lepších výkonů v časově limitovaných subtestech, naproti tomu 65 letý jedinec vyřeší řadu složitějších problémů, které by ve 30 letech nevyřešil.

Mnoho lidí si ve stáří stěžuje na zhoršování paměti. Většina studií potvrzuje zhoršení krátkodobé paměti (Kalvach a kol. 1997 s.62, Hayflick 1997 s.206). Nesnáze spojené s věkovým poklesem schopností paměti mají důsledky i na adaptaci starých lidí na

nové situace. Starší jedinec má tendenci včleňovat nové prvky do svých schémat, tedy asimilovat a ne akomodovat.

Stáří ovlivňuje také procesy vybavování a ukládání informací. Starší lidé jsou lepší v úlohách na znovupoznání než na vybavení. Znovupoznání není tak náročné, neboť zde není předpokladem krystalicky čistá paměť. Díky tréninku lze věkový deficit přinejmenším zmírnit. Možnosti zlepšení paměti nejen seniorů uvádím v kapitole - Zdravé a aktivní stáří.

U dlouhodobé paměti se setkáváme s protichůdnými teoriemi - Ribotova hypotéza tvrdí, že vzpomínky na dávné události jsou lepší než vzpomínky na události nové, čerstvé informace nahrazují nedávné vzpomínky spíše než vzpomínky vzdálené, zatímco pozdější teorie se domnívají, že jsou to naopak vzdálené, nikoli nedávné vzpomínky, které zanikají (Ribot In Stuart-Hamilton, 1999 s.100 a Stuart-Hamilton In Stuart-Hamilton, 1999 s.100). Měření dlouhodobé paměti je mnohem složitější. Výsledky těchto testů jsou silně ovlivněny sémantickými vzpomínkami (paměť na fakta a informace). V souvislosti s touto pamětí je třeba zmínit terapii vzpomínkami, ta může být pro starší lidi velmi povzbuzující.

Stáří má vliv i na pozornost. Zachována je vytrvalá pozornost (koncentrace na daný úkol), ovšem starší lidé již nemají dostatečnou kapacitu psychiky, aby mohli věnovat pozornost takovému množství podnětů jako ve svém mládí, v důsledku poklesu výkonnosti nervových buněk (Kalvach 1995 s.63).

Souhrnně lze říci, že ontogenetické změny kognitivních schopností můžeme identifikovat jako změny diferenciacce, integrace a fixace. V období stárnutí je to relativní převaha integrace a stále sílící fixace, znesnadňující přepracování dříve

vytvořených dynamických stereotypů, kognitivních schémat a postojů.

4. Zdravé a aktivní stáří

Některé teorie adaptace na stáří předpokládají postupné uvolňování z aktivit, poslední dobou je však spíše řeč o jejich udržování či substitucí náhradními činnostmi.

O tom, jak úspěšně zvládnout stárnutí a prodloužit soběstačnou část života existuje již velmi mnoho knih či příruček. Dalo by se říci, že to, co je spojuje, je aktivní přístup k životu, pohled na stáří jako na další životní šanci a odmítnutí problémů ve stáří jako danosti, kterou nelze žádným způsobem ovlivnit.

Koncept úspěšného stárnutí (J. Rowe ad. In Kalvach, 1997 s.51) zdůrazňuje, že dominantní pozornost nemá být věnována zvyšování kapacit pro zvládání dramaticky přibývajících nesoběstačných osob, nýbrž zlepšování kapacit pro zvládání zdravotního a funkčního stavu stárnoucích osob s maximální prevencí vzniku závislosti.

Aktivní styl života prokazatelně oddaluje psychické i fyzické změny objevující se s postupem věku. Na člověku se kromě genetických daností projevuje i způsob jeho života, udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky, ale i přístup k ostatním a též k sobě samému (Štilec 2004).

Ovlivňování starších jedinců k aktivnímu stylu života, jehož součástí by měly být i pohybové aktivity, je nelehký úkol. Faktorů ovlivňující motivaci k rozhodnutí se pro pravidelnou pohybovou činnost je více. Dle studií Schicka (In Štilec, 2004 s.24) motivují starší lidi k cvičení přátelé, kteří mají sami vztah k pohybu, doporučení od lékaře či zdravotní důvody. Jako

bariéry na cestě za aktivnějším stylem života nejčastěji starší lidé vidí osobnostní faktory (fyzické - zdraví, nemoc, psychické - očekávání kladného prožitku, který se nedostaví, je dobře i bez sportu apod.) a faktory blízkého okolí (sociální - okolí ho nechápe, jeho chování je zesměšňováno, ekologické - špatná doprava či náročné zaměstnání).

Dle Kubíčkové (1995 s.12-13) žije člověk smysluplně a je relativně zdravý, pokud se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje a má svěží a pozitivní smysl.

Pro vedení cvičebních lekcí pro seniory je důležité mít na paměti několik zásad (Štílec 2004 s.112-115): krom toho, že by cvičitel měl mít vědomosti o fyziologických změnách a psychice stárnoucího organismu, uměl poskytnout první pomoc a byl trpělivý, je také třeba dbát na to, že při zatěžování staršího organismu je nutné respektovat individuální možnosti, je dobré vytvořit skupiny s podobnými zdravotními dispozicemi. Nové cvičební prvky je dobré zařazovat postupně, častěji je opakovat. Cvičení by mělo probíhat v dopoledních hodinách. Lze využívat i hudební doprovod, který udává rytmus. Vhodnou formou pohybu pro seniory jsou zvláště pohyby pomalé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Esteticky působící pohyb zároveň vyvolává pozitivní vnitřní odezvu. M. Štílec ve své knize „Program aktivního stylu života pro seniory“ (2004 s.120-135) nekončí u konstatování, že cvičení je dobré, ale uvádí mnoho typů a kombinací vhodných cvičebních programů pro seniory.

V knize „Nezačínajte stárnout“ (Dessainová 1999) se na rozdíl např. od „Moderních příručky dlouhověkosti“ (Mahoney a Restak 2000) sice nedozvíme vše, co potřebujeme k tomu, abychom zvýšili svou šanci stát se stoletým člověkem, ale rozhodně zužitkujeme

některé návody, jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně. Autorka doplňuje jednotlivé kapitoly, např. duševní návyky, postoje a schopnosti, výživa, tělesné cvičení, spánek či paměť, o možná cvičení vedoucí k zamyšlení nad svým životem nebo přímo návodem, jak zlepšit některou činnost. Tak např. patnáct klíčů, jak na paměť, které rozhodně mohou využít i ne-senioři: - zaujmout k paměti pozitivní postoj, - být pozorní a soustředění, - utvořit si určitý řád, - být intelektuálně zvědavý, - zbytečně nezatěžovat paměť, - pomáhat si mnemotechnickými pomůckami, - dělat si kartotéku, - využívat emocí, ale vyvarovávat se těch negativních, - mluvit, - psát, - dostatečně cvičit, - jíst a pít, - žít v klidu, - dostatečně spát - využívat všech příležitostí k procvičování paměti (Dessainová 1999 s.126). A následují návrhy cvičení, jak vylepšit paměť. U nás se věnuje zlepšování paměti seniorů např. Pospíšilová v publikaci „Cvičení paměti ve vyšším věku“ (1995).

Jak již bylo řečeno, s aktivním stárnutím souvisí i výživa. „Vhodná výživa je podmínkou dobrého celkového zdravotního stavu i duševní a fyzické výkonnosti“. - tak nějak začíná mnoho populárně psaných knih o tom, jak prodloužit život.

Ovšem jaká je opravdu vhodná výživa pro náš organismus? Dříve se šlo spolehnout na intuici a chuť. Zdravý organismus přirozeně reaguje na nedostatek některé složky potravy přirozenou chutí na to jídlo, které danou složku obsahuje. Ovšem v dnešní době útočí na naše smysly tolik podnětů, které našemu organismu mohou vysílat falešné signály. Dnes bychom tedy měli více spoléhat na racionalizaci stravy, tedy vědět, jaké jsou skutečné potřeby našeho organismu a jaké složky naše potrava skutečně obsahuje. Východiskem pro zahájení zdravé výživy je pravidelnost a rytmus. To znamená pravidelné přijímání potravy, ale i pravidelné

vylučování jejich zbytků. Důležitá je vyváženost mezi rostlinnou a živočišnou složkou. Faktorem kvalitní výživy je i poměr čerstvých potravin k technologicky zpracovaným. U mléčných výrobků se v poslední době setkáváme spíše s doporučením umírněné konzumace, protože obsahují kasein. Vhodnější jsou spíše zakysané mléčné produkty či jogurty (Štílec 2004 s.28-29). Ke škodlivým návykům též patří nepřiměřená konzumace soli a cukru. Důležité jsou i vitaminy, o nich ale již byla řeč výše. Ve stáří je také velmi důležitý příjem tekutin.

Dalším z aktivních přístupů ve stáří je např. také vzdělávání ve stáří a ke stáří.

Gerontogogika - pedagogická činnost vůči seniorům - může nabývat různých podob, např. výchova metodiků pro problematiku volného času seniorů, pro činnost seniorských center, klubů aktivního stáří, akademií třetího věku, ale i pro aktivizaci geriatrických pacientů a klientů dlouhodobé ústavní péče, včetně tréninků paměti nebo výchova terapeutů pro práci s hendikepovanými geriatrickými pacienty, např. s demencí či větev andragogiky zabývající se osobnostním rozvojem seniorů.

Je třeba rozvinout metodiku vzdělávání seniorů a dosáhnout stavu, kdy budou seniorské programy charakterizovány metodikou vzdělávání nikoli věkem posluchačů.

Univerzity třetího věku (U3V dle označení UK, mezinárodní označení je U3A Universities of the Third Age) jsou specifickou součástí celoživotního vzdělávání. Od jiné osvětové činnosti pro seniory se liší tím, že poskytují seniorům vzdělání na vysokoškolské úrovni. První U3A vznikly v 70. letech 20. století ve Francii. V ČR se první U3A rozběhla v roce 1986 na 1. lékařské fakultě UK v Praze (Kalvach 1997 s.132). Posluchačem U3A se může stát každý občan, který dosáhl důchodového věku, u většiny kurzů je podmínkou přijetí středoškolské vzdělání s maturitou

(<http://www.cuni.cz/UK-51.html>). V současné době má téměř každá fakulta UK v Praze nabídku kurzů celoživotního vzdělávání.

Většina těch respondentů v mém průzkumu, kteří o studiu U3V uvažují či se ho již účastní, je spokojena s nabídkou kurzů. Několik z nich by ocenilo, pokud by se fakulty více zabývaly výběrem témat, přednášející bral více v úvahu i tempo přednášek a nechával prostor k diskuzi či zpětným vazbám.

Ovšem ke spokojenému stárnutí a stáří patří i „hlubší otázka“, otázka po smyslu života. Částečně lze na tuto otázku nalézt odpověď ve Franklově logoterapii. Frankl (1997) zavádí motivačně teoretický koncept, kterým je vůle po smyslu. Základní motivační proces člověka vidí v nalezení životního smyslu v situacích, ve kterých se jedinec nachází. Jedná se o hledání smyslu jako takového. Nalezení je předpokladem adoptivního fungování v podmínkách života individua. Člověk nachází smysl vlastní existence trojím způsobem: - za prvé vidí smysl v tom něco dělat nebo tvořit, - dále vidí smysl v tom něco prožít, někoho milovat, - ale také ještě v beznadějně situaci, vůči níž stojí bez pomoci, vidí za jistých okolností smysl. Na čem záleží, to je stanovisko a postoj, s nímž se střetává s nevyhnutelným a nezaměnitelným osudem (Frankl 1997 s.19). Tj. vykonáváním činnosti, prožitím hodnoty a utrpením.

5. Nemoci a stáří

Jak již bylo řečeno, v této práci se snažím o pohled na možnosti aktivního stárnutí, nicméně ke stáří patří i nemoci. Nekladu za cíl popisovat onemocnění z lékařského hlediska. Zmiňuji typická geriatrická onemocnění a některé problémy

v geriatrii. Nemoci zmiňují mimo jiné i proto, že většinou prvním, kdo přijde do styku s nemocným starým člověkem je, kromě rodiny, právě lékař. Obvodní lékař je často geriatrem v první linii, tím, kdo dává impulz mimo jiné např. k potřebné sociální péči.

Většina orgánů lidského těla ztrácí během stárnutí svoji funkční rezervu. Dle Topinkové a Neuwirtha (1995 s.18) se díky snížení kompenzačních mechanismů stává starší člověk méně přizpůsobivý k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí. Jeho organismus je tudíž méně odolný a náchylnější k nemocem. Jednou ze zvláštností chorob ve stáří je polymorbidita, jinou to, že řada nemocí probíhá ve stáří odlišně. Ke zvláštnostem klinického obrazu ve stáří patří (Topinková, Neuwirth 1995 s.19): - mikrosymptomatologie (chorobné příznaky jsou minimálně vyjádřené), - monosymptomatologie nebo oligosymptomatologie (nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním nebo několika z nich), - nespecifické příznaky, - symptomatologie druhotného postižení (na chorobný stav reaguje jiný orgán než postižený - obvykle ten nejzranitelnější - mozek), - zvýšená úmrtnost.

Dle Kalvacha (1997 s.53-54) lze definovat sedm hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů:

1. Ateroskleróza (kornatění tepen) a jejich orgánové projevy (ischemická choroba srdeční, postižení mozkových tepen, postižení tepen dolních končetin). V současné době je možné eliminovat projevy. Kromě věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků, cukrů, vysoký krevní tlak, kouření, obezita, ev. nedostatek tělesného pohybu.

2. Obstrukční choroba bronchopulmonální (rozedma plic) - příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření.

3. Osteoartroza - degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti. Příčinou je přetěžování a drobná poranění kloubu.

4. Osteoporóza - vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a zvýšením rizika zlomenin. Vede ke změně postavy (nahrbený postoj), bolesti v zádech a zvýšenému výskytu zlomenin při pádech. Účinnou prevencí je u indikovaných příjem vápníku a vitamínu D a především dostatek tělesného pohybu.

5. Alzheimerova nemoc - je spolu s multiinfarktovou demencí cévního, aterosklerotického původu nejčastější příčinou demence.

6. Poruchy zraku vedoucí až k slepotě. Kromě šedého a zeleného zákalu ohrožuje seniory především degenerativní postižení žluté skvrny.

7. Poruchy sluchu - nejsou-li ovlivnitelné sluchadly. Někteří lékaři se obávají, že příští generace seniorů mohou mít v důsledku nadměrné expozice hluku ve středním věku závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou.

Při léčení starších osob je důležité mít dostatek informací nejen o somatickém zdravotním stavu, ale také o mentálních funkcích a sociálních podmínkách, ve kterých žijí. Sociální anamnéza je důležitou součástí geriatrického vyšetření. Hodně údajů lze získat tím, že je pacient požádán, aby popsal svůj všední den. Důležitý je i dotaz na déletrvající strádání. Je třeba se seznámit i se stravovacími návyky. K anamnéze by mělo patřit i zhodnocení psychického stavu, např. dle celosvětově rozšířených dotazníků.

Funkční geriatrické vyšetření je komplexní vyšetření starého pacienta. V anglosaských zemích se používá termínu „funkční

vyšetření a management" (Topinková, Neuwirth 1995 s.25). Tento termín zdůrazňuje management pacientovy péče. Funkční vyšetření zahrnuje biomedicínskou oblast, psychickou oblast (screening na přítomnost kognitivní poruchy a deprese), sociálně-ekonomickou oblast a celkové funkční schopnosti v základních všedních činnostech (ADL, z anglického Activities of Daily Living).

Používané testy pro geriatrické vyšetření splňují několik funkcí, např. garantují systematický sběr dat a jejich komplexnost a poskytují reprodukovatelné a standardizované údaje. Ovšem přesto je třeba testu používat uvážlivě a nenahrazovat jím vlastní vyšetření nemocného.

Při hodnocení duševního stavu ve stáří se lékař zaměřuje na screening nejčastěji se vyskytující patologie tzv. tří D - demence, deprese a deliria. Pro pravděpodobnou diagnózu depresivního syndromu lze použít dotazníkovou metodu Geriatrickou škálu deprese ve zkrácené modifikaci 15 otázek podle Yesavage. Pro stanovení možné kognitivní poruchy se osvědčit test Mini-Mental State Exam (MMSE) - test kognitivních funkcí podle Folsteina, který hodnotí orientaci, paměť, pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstruktivní schopnosti (Topinková, Neuwirth 1995 s.27).

6. Deskripce služeb, péče a institucí pro seniory

6.1 Historie péče o seniory

6.1.1 Antika

V antickém Řecku, podobně jako později v antickém Římě zajišťovala péči o staré lidi především rodina. Mít potomky znamenalo mimo jiné mít podporu a zabezpečení ve stáří. Vzájemná

solidarita se zaměřovala spíše na sirotky a vdovy po padlých vojácích nebo na široké vrstvy chudých ve městech.

Samozřejmě, že zvláštní potřeby starých, chudých či osiřelých při poskytování pomoci stát nerozlišoval. A to nejen v antice a středověku, ale dokonce až do přelomu 18. a 19. století, kdy se péče o potřebné začala více profilovat. Do té doby tvořili jednu velkou skupinu, nazývanou často spodinou či lúzou, kterou stát musel alespoň částečně zabezpečit, aby nedocházelo k sociálním nepokojům, povstáním a vzpourám.

V této době se lidé nedoživali takového věku jako dnes. Dle Horské, Kučery ad. (1990 s.44) se průměrný věk zemřelých od mezolitu až do 5. století prodlužoval, u mužů z 32 asi na 45 let a u žen z 25 na 36 let. Za starého člověka byl tedy brán člověk, z dnešního pohledu, v období střední dospělosti.

To však nemění nic na skutečnosti, že bylo potřeba se o stárnoucí postarat. To byla dle společenských norem povinnost jejich vlastních či právě pro tento účel adoptovaných dětí. Existovaly dokonce zákony, podle nichž mohla být špatná péče o rodiče trestána pokutou, pozastavením občanských práv nebo až vězením. Druhý zmiňovaný trest - pozastavení občanských práv ale poukazuje na skutečnost, že povinnosti vůči starým rodičům se vztahovaly pouze na vyšší sociální vrstvy. Není těžké odhadnout, že situace starých, jejichž potomci na tom ekonomicky i sociálně nebyli nejlépe, musela být špatná.

6.1.2 Středověk

V období středověku byla péče o všechny potřebné silně ovlivněna křesťanstvím, přístupem církve a zakládáním nejrůznějších řádů a jejich klášterů. Ediktem milánským z roku 313 se uvolnila cesta pro větší rozvoj dobročinnosti, protože křesťanům již nehrozila státní perzekuce. Počet těch, jež

potřebovali péči, se zvyšoval, a tak byly zakládány speciální ústavy.

Matoušek a kol. (2001 s.88) uvádějí nejznámější typy tehdejších ústavů: - xenodochium (pro ubytování cizinců, pocestných); - nosokomium (pro nemocné); - brefotrofium (pro nalezené opuštěné kojence); - orfanotrofium (pro sirotky); - ptochotrofium (pro chudé), - gerontotrofium (pro staré), jež bychom mohli označit jako obdobu dnešních pobytových zařízení pro seniory.

Ve 4. století vznikaly první kláštery v Egyptě a posléze se začaly objevovat i v Evropě. Kromě duchovní činnosti se řádové sestry i bratři věnovali dobročinnosti, zejména péči o sirotky, nemocné, chudé a staré jedince. Pro ně vznikaly útulky, někdy nazývané jako špitály, právě v těsné blízkosti kostelů a klášterů. Některé středověké ústavy nechala vybudovat a spravovala bohatá šlechta. Církev měla ve svých rukou zajištění charity i mnohých mocenských záležitostí až do počátku novověku, kdy na významu začala více získávat světská, státní moc.

6.1.3 Novověk

Od 16. století byly v jednotlivých evropských zemích uplatňovány jednotnější a komplexnější postupy při zajišťování sociálně hendikepovaných. Vznikaly chudinské zákony, bylo ustanoveno domovské právo a uplatňována represivní politika vůči žebrákům. Žebrat mohli pouze práce neschopní, tzn. nemocní a staří.

Význam práce se s příchodem průmyslové revoluce zvyšoval a ti, kteří se nemohli na výrobním procesu podílet, byli umísťováni do ústavů. Ty zřizoval stát a na rozdíl od středověkých útulků se již specializovaly na péči o nemocné

(nemocnice), vězně (trestnice), sirotky (sirotčince) či staré (starobince).

Ovšem i přesto se péče o staré lidi uskutečňovala hlavně prostřednictvím rodiny, sousedské výpomoci či jiných soukromých iniciativ. Během 18. století se rozšiřuje i tzv. výměnek (Tomeš 2001 s.49) - staří rodiče přenechají svému synu majetek na základě smlouvy, kterou se syn zavazuje zajišťovat rodičům bydlení a stravu až do jejich smrti.

Na základě domovského práva z roku 1552 měly obce povinnost pečovat a podporovat své chudé a sociálně potřebné. Z této zásady pak vycházely všechny následující právní kodifikace týkající se péče a to až do minulého století.

Obce historicky prokázaly, že jsou nejvhodnějším místem pro poskytování sociální pomoci a některých individuálně adresných služeb (Tomeš 2001 s.65). Na této skutečnosti staví i současná reforma státní veřejné správy, kdy dochází k částečné decentralizaci a přechodu nejrůznějších práv a povinností na samosprávu, tedy na kraje a obce. Tak je uplatňována zásada subsidiarity, podle níž pomáhá potřebnému občanovi vždy hierarchicky nejbližší sociální subjekt. Pokud tedy pomoc nezajistí rodina, přichází na řadu obec a teprve na konec stát.

6.1.4 Dvacáté století

Ve 20. století nabývají ústavy nového charakteru. Už to nejsou jen místa sloužící k internaci a uzavření před světem. Cílem se stává opravdová pomoc klientovi. Než se však tento přístup ujal, trvalo to ještě několik desítek let 20. století. Obyvatelé ústavů sice netrpěli hladem a nouzí, jako tomu bylo dřív, ale zanedbávaly se jejich psychické a sociální potřeby. Sociologickým preludiem k éře zdůrazňování lidských práv hendikepovaných byla studie Ervina Goffmana vydaná pod titulem

Asylums (Goffman In Matoušek a kol., 2001 s.105-106). Goffman zde popsal tzv. degradační rituál. Ten se odehrával při vstupu pacienta do léčebny, kde mu byly odebrány osobní věci, ostříhány vlasy a přidělen ústavní oděv a lůžko. Podobné přivítání čekalo mnohdy i klienty jiných pobytových zařízení.

V České republice byl pozitivní vývoj v sociální oblasti narušen změnou politického režimu po 2. světové válce. Komunistický režim nešetřně zasáhl do sektoru sociálních služeb likvidací nevládních organizací, centralizací a propagováním kolektivismu. To se v ústavní péči projevovalo budováním velkokapacitních zařízení tzv. lidojemů, s minimálně čtyřlůžkovými pokoji. Je samozřejmé, že člověku, jenž byl zvyklý na svůj klid a soukromí, přítomnost více spolubydlících moc neprospívala.

6.2 Současná péče o seniory

V současné době jsou sociální služby poskytovány na základě zákona č. 100/88 Sb., o sociálním zabezpečení a vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Služby spolu s dávkami se poskytují v rámci sociální péče, kam se řadí peněžité dávky, věcné dávky, výchovná a poradenská činnost, pracovní rehabilitace, ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelské služby, stravování, kulturní a rekreační péče, mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených, bezúročné půjčky.

Podle § 73 sociální péče stát zajišťuje pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu

stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci.

Při plnění úkolů sociální péče spolupracují státní orgány se společenskými a jinými organizacemi. Ministerstvo práce a sociálních věcí může zřizovat a spravovat zařízení sociální péče a ústavy sociální péče. Obce a krajské úřady vyhledávají občany, kteří potřebují sociální péči a dle zákona č. 114/88 Sb. (o působnosti orgánů ČSR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů) jim poskytují dávky a služby a plní další úkoly sociální péče. Pro poskytování služeb sociální péče zřizují účelová zařízení, mimo jiné i pro seniory.

Sociální služby mohou od roku 1990 poskytovat také nestátní subjekty. Pro jejich činnost nejsou stanoveny bližší podmínky, pouze povinnost dodržovat hygienické a zdravotnické podmínky, které jsou upraveny příslušnými zdravotnickými předpisy. Po listopadové revoluci vzniklo v naší zemi několik desítek občanských sdružení a charitativních organizací církví, zaměřených na provozování sociálních služeb. Na provoz většiny těchto zařízení jsou poskytovány MPSV dotace ze státního rozpočtu.

Pražské nestátní neziskové organizace, které působí v sociální a zdravotně-sociální oblasti, se dohodly na vytvoření koalice. Snahou je zavedení rovných podmínek pro poskytovatele těchto služeb, jejichž zřizovateli jsou obce.

Jak již bylo řečeno, dnes existuje několik desítek nadací a občanských sdružení věnujících se sociální problematice. Mezi nadacemi, které věnují pozornost seniorům, jmenuji alespoň tyto:

Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové pomáhá mimo jiné i starším lidem, řeší projekt „Senior“ - spolupráce s občanskými

sduženými a charitativními organizacemi, které poskytují laskavou péči a podmínky pro důstojný život.

Diakonie Českobratrské církve evangelické navazuje na činnost České Diakonie (1903-1949). Od května 1990 má samostatnou právní subjektivitu. Jejím cílem je sloužit podle svých možností všem potřebným z církve i celé společnosti, věřícím i nevěřícím. Diakonie se mimo jiné věnuje pečovatelské a ošetřovatelské službě - rozvoz obědů, nákupy, úklid, doprovody k lékaři, ale i přátelské návštěvy. Ošetřovatelská služba provádí i základní zdravotnické úkony. Velkým přínosem této služby je, že převážně starší klienti mohou zůstat ve svém domově a nemusí se adaptovat na nové prostředí. Diakonie provozuje i domovy odpočinku ve stáří. Zde je k dispozici komplexní ústavní péče, rehabilitace, ergoterapie, arteterapie a další služby jako kadeřník, pedikér apod.

Naděje - dobrovolné sdružení občanů působí na celém území ČR. Ve svých zařízeních poskytuje hmotnou, zdravotní, právní i duchovní pomoc. Pro seniory je zde k dispozici ucelená soustava služeb. Dominující je služba domácí péče doplněná o stacionární péči a domovy pokojného stáří s komplexní péčí.

6.2.1 Sociální služby pro seniory

Kluby důchodců (§ 104 V 182/91) - zde je zajišťována společenská, kulturní a jiná zájmová činnost pro staré občany a těžce zdravotně postižené občany. Činnost klubů důchodců napomáhá při udržování psychické, fyzické a sociální aktivity. Dle předsedy Rady seniorů České republiky profesora Solicha by se dalo zjednodušeně říci, že hlavním cílem těchto organizací je, aby člověk nikdy nebyl sám. Provozovateli klubů důchodců jsou obce a nestátní subjekty.

Pečovateľská služba (§ 49 V 182/91) - zajišťuje péči o osobu, její výživu a její domácnost, prodlužuje období relativně nezávislého života a oddaluje, případně i vylučuje nutnost komplexního ústavního zaopatření. Tato služba se poskytuje v domácnostech občanů, v bytech domů s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby. Zařízeními pečovatelské služby pro seniory jsou např. střediska osobní hygieny, prádelny, zařízení pro denní pobyty (domovinky § 106 V 182/91), domovy s pečovatelskou službou, domovy s přechodným pobytem apod.. Provozovateli jsou obce, nestátní subjekty a krajské úřady.

Samostatné jídelny s vlastní kuchyní pro důchodce (§ 105 V 182/91) - poskytují stravování důchodcům, kterým nelze zabezpečit stravování jiným způsobem.

Ústavní péče - poskytování komplexní péče např. starým občanům, o které nemůže nebo nechce pečovat rodina, a kteří potřebují takový rozsah služeb, jenž jim nemohou zajistit dostupné terénní služby, jsou osamoceni a vyžadují trvalou péči druhé osoby. Tyto služby jsou určeny i pro ty, kteří dávají přednost ústavnímu zaopatření před jinými formami sociální péče. K ústavům poskytujícím péči seniorům patří Domov - penzion pro seniory (podle § 73 V 182/91) - zařízení určené pro staré občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a kteří jsou schopni vést ve vhodných podmínkách poměrně samostatný život za předpokladu poskytování některých sociálních služeb a domovy důchodců (podle § 72 V 182/91) - zařízení především pro staré občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a kteří potřebují komplexní péči o svou osobu nebo domácnost. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Provozovatelem těchto zařízení jsou

zejména obce a krajské úřady, církevní organizace a občanská sdružení.

Respitní péče - komplex služeb, jehož cílem je poskytnout pečujícímu příp. rodině, která pečuje o svého zdravotně postiženého člena (dítě, dospělého, seniora), čas k odpočinku a dovolené, zástup v době vykonávání jiných činností, než je péče příp. v době vlastní nemoci, hospitalizace apod.. Provozovateli této služby jsou obce a nestátní subjekty např. Akord, Duha, Diakonie ČCE, Orfeus, Arpida, Česká katolická charita ad.

Domácí péče (Home care) - podle stávajících předpisů nepatří do nabídky sociálních služeb, ale spíše specializovaných zdravotnických služeb. Reálně je ale předělem mezi sociální péčí a zdravotnickou péčí. Mnohé státy rozumí pod pojmem Home care systém pečovatelské služby doplněný o různý rozsah a kvalitu základních ošetrovatelských intervencí. V našich podmínkách se jedná o integrovanou formu péče poskytovanou klientům všech věkových, indikačních a diagnostických skupin v kontaktu se systémem zdravotní a sociální péče. Z mnohých studií vyplývá, že vliv domácího prostředí pozitivně ovlivňuje proces uzdravování. Dle § 22 Z 48/97 je součástí domácí péče domácí zdravotní péče, která je pacientovi poskytována na základě indikace ošetřujícím lékařem. Pracovníci domácí péče docházejí za pacientem domů a pečují o něj jako při hospitalizaci. Cílem je zkrátit dobu pobytu pacienta v lůžkovém zařízení na nezbytně nutnou a navrátit ho co možná nejdříve do vlastního domova. Zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Za nadstandardní péči (např. kadeřnické služby, pedikúru či manikúru) platí klient sám. Agentury poskytující tyto služby musí být orientovány na kvalitu života každého jedince. Týmy agentur jsou složeny z lékařů, všeobecných sester, rehabilitačních pracovníků,

psychologů, sociálních pracovníků a dalších. Většina nestátních agentur poskytuje služby 24 hodin denně, i zde hraje pochopitelně roli konkurenční boj. Státní agentury jsou zřizovány krajskými úřady a obcemi. Většina agentur je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky (prezidentkou je již přes deset let Blanka Misconiová), která dohlíží na kvalitu poskytované komplexní domácí péče. Tato péče přináší do zdravotního systému změnu, kdy má klient a jeho blízcí možnost spolurozhodovat a spolupodílet se na poskytování péče. Domácí péče je v první řadě ovlivněna měřítkem kvality života jedince, jeho pocity a přáními, které se v anonymních nemocnicích často ztrácejí.

6.2.2 Sociální služby v zahraničí

Evropským trendem posledních let v oblasti sociálních služeb je ústup od paternalistické státní péče k posilování neformálního sektoru komunit, rodiny a nezávislých organizací (neziskových i komerčních), což představuje i přenesení odpovědnosti za své závislé členy přímo na rodinu. Financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů v souvislosti s trendem poklesu státních výdajů na sociální služby (Kozlová 2005 s.68).

Kozlová (2005 s.63-67) ve své knize „Sociální služby“ přináší i stručný přehled sociálních služeb v zemích Evropské unie, pro možnost porovnání struktury služeb uvádím příklady některých zemí.

V Německu je v rámci sociálních služeb kladen důraz na vzájemnou solidaritu a odpovědnost za sebe i svoji rodinu. Od roku 1995 bylo zavedeno pojištění na péči - pro případ potřeby péče. Nestátní sektor je velmi rozvinutý a zahrnuje celé spektrum organizací. Šest organizací působí celostátně a fungují

jako koordinační centra a jsou financovány ze státního rozpočtu. Státní a soukromý sektor se vzájemně respektují, spolupracují a poskytují možnost volby každé osobě.

Ve Francii tvoří státní správa čtyři úrovně: celostátní, regionální, oblastní a obecní. Je vytvořen jednotný informační systém - Minitel, který poskytuje základní informace o sociálních službách. Specifický systém pomoci seniorům je založen na finanční spoluúčasti příbuzných seniorů, aby příbuzní do určité výše uhradili náklady spojené s pobytem seniora v zařízení ústavní péče, pokud senior není schopen tyto náklady vzhledem k svému příjmu uhradit.

Sociální politika v Belgii je rozložena mezi různé úrovně státní správy. Hlavním článkem poskytování sociální pomoci jsou střediska sociální pomoci (OCMW/CPAS), která se nacházejí na místní úrovni. Odpovědnost za poskytování sociálních služeb a vyplácení finančních dávek sociální podpory nesou regionální úřady.

Dánsko nabízí svým občanům rozsáhlou nabídku sociálních služeb na vysoké kvalitě, která je možná ovšem za cenu zatížení lidí s nejvyššími příjmy až 70% daní.

Švédsko klade v oblasti sociálních služeb důraz na lokální sektor - na úrovni obcí fungují individuální sociální služby, které jsou financovány z daní. Náklady místních úřadů na sociální služby tvoří jednu třetinu všech výdajů (z toho 49% na služby pro seniory), což je způsobeno vysoce institucionalizovanou formou péče. V současné době je, díky stárnutí populace a nedostatku finančních zdrojů, nutné péči nahrazovat „levnějšími“ službami domácí péče.

Poskytování sociálních služeb v Irsku je založeno na principu subsidiarity (stát nenaplňuje funkce, které mohou individuálně

zajišťovat občané sami v rámci místních komunit). Komplexně je však systém sociálních služeb relativně málo rozvinutý.

V jihoevropských zemích (Itálie, Španělsko, Řecko či Portugalsko) je nabídka služeb sociální péče značně omezena. Služby mají neformální charakter a větší část je zajišťována rodinami a nestátními organizacemi.

6.2.3 Novodobé trendy ve službách pro seniory

Dalo by se říci, že v současné době probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb, který je doprovázen stíráním resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, jde o snahu vytvořit komplexní zdravotně sociální servis (Obce, města, regiony a sociální služby 1997 s.162).

Společně s tím souvisí i rozvoj dalších služeb pro seniory. Nejdůležitější součástí této sféry musí být dostupnost informací o službách pro seniory. Již i v ČR existuje široká paleta nejrůznějších služeb, ale lidé o nich většinou nevědí, mnohdy bohužel nejsou ani sociální pracovníci schopni říci, kdo, kde a za jakých podmínek může daný problém pomoci řešit. Proto je nutné zajistit základní a odborné sociální poradenství a koordinaci péče.

„Stírání resortních rozdílů služeb sociálních a služeb zdravotních, resp. uplatnění principu jejich poskytování jedním systémem, jednou agenturou, lze vysledovat jako významný trend vývoje“. (Obce, města, regiony a sociální služby 1997 s.152)

Základním principem soudobého vývoje péče o staré občany je, jak již bylo řečeno, odklon od institucionálního pojetí této péče a zabezpečení potřeb starých lidí v domácnostech. Skutečný podíl lidí, kteří ústavní péči opravdu potřebují, tvoří dle Haškovcové (1989 s.191) asi 2% (5% starých lidí o ústavní péči

požádá, ale pouze 2% do ústavní péče opravdu nastoupí). Ovšem pro uskutečnění této tendence je nutné dostatečně zajistit domácí péči (viz kapitola 6.2.1 Sociální služby pro seniory).

Novodobým trendem v péči o seniory jsou také občanská sdružení pro seniory, společnosti či nejrůznější projekty na podporu seniorů. Některé z nich vznikají i za finančního přispění EU, např. z programu Phare 2002 – Podpora aktivního života seniorů.

Těžko by se mi asi podařilo zde vyjmenovat všechna sdružení a organizace, které nabízejí pomoc seniorům a jejich blízkým. Zmiňuji tedy alespoň některé z nich zabývající se touto problematikou.

Život 90 (www.zivot90.cz) – toto sdružení se snaží o humanitární přístup k řešení problémů seniorů, kterým umožní žít ve vlastním domově tak dlouho, jak jen to bude možné. Za tímto účelem nabízí nejrůznější služby pro seniory (např. senior telefon – krizová pomoc, poradenskou pomoc (informační, právní, sociální, psychologickou, finanční a bytovou), zdravotní a sociální pomoc (např. tísňové volání, pečovatelskou službu, home-care, respitní a rehabilitační pomoc, ale třeba i půjčovnu kompenzačních pomůcek), autodopravu či služby dobrovolníků seniorům.

Česká alzheimerovská společnost ČALS (www.alzheimer.cz, www.gerontologie.cz) – kromě celkové pomoci občanům postiženými demencí poskytuje informace o službách pro seniory a též pořádá např. i „Pražské gerontologické dny“.

Radu seniorů ČR (www.rscr.cz) založilo 12 členských organizací sjednoceného důchodcovského hnutí. Rada seniorů ČR je mimo jiné připravena spolupracovat se státem při zajišťování odpovídajícího sociálního postavení a životního standardu třetí generace, na využívání potenciálu, intelektu a zkušeností

seniorů ve prospěch společnosti, na tvorbě a realizaci projektů aktivního stárnutí české populace.

Občanské sdružení GEMA (www.gerontocentrum.cz/gema) - podporuje zdraví seniorů, rozvoj gerontologie, geriatrie, kvality péče o chronicky nemocné. Toto sdružení pořádá též zájezdy pro seniory, kavárny, taneční a poskytuje i informace o prevenci a podpoře zdraví ve vyšším věku. Díky celoevropskému projektu „Stárnout zdravě v Evropě“ se podařilo sjednotit aktivity prevence a podpory zdraví a vytvořit několik center - kavárniček pro seniory v celé ČR.

Nadace Senio (www.senio.cz) - nadace je zřízena za účelem podpory zachování kvality života seniorů a jejich aktivní účasti na životě občanské společnosti. Snaží se o poskytnutí uceleného systému informací pro seniory. Senio.cz je první český portál pro „věkem starší, mladé duchem“ sloužící pro uplatnění tvorby seniorů, pro jejich portréty, realizaci jejich nápadů, pro vzájemnou komunikaci, vzdělávání a zábavu.

Portál pro seniory (www.seniori.org) - se snaží o podporu právního a sociálního života seniorů a poskytování potřebných informací k této problematice.

Společnost přátelská všem generacím (www.spvg.cz) - společný proseniorský projekt Diakonie ČCE a Walmark, a.s.. Tento projekt se rozhodl bojovat proti stereotypnímu přijímání seniorů jakožto skupiny bez vlastních zájmů, potřeb a ostatních atributů aktivního života. Obraz seniorů a jejich přijímání společností je zejména odrazem, jakým je tato sociální skupina pojímána a prezentována médií (zatím jsou senioři prezentováni spíše negativně). Tento projekt si za cíl klade reflektování věkové diskriminace médií, zvýšení informovanosti o službách pro seniory a proseniorských aktivit. Jako dlouhodobá očekávání je

stanoveno založení profesionální seniorské organizace či překonání pasivního přístupu ke stáří ad.

O nový pohled na seniory v médiích se snaží i pořad „Barvy života“, magazín nejen pro seniory vysílaný Českou televizí.

Pro seniory a nejen pro ně vychází i několik časopisů, které se snaží o vytvoření moderního životního stylu ve stáří, podporu sebevědomí seniorské generace a mimo jiné poskytují i informace pro všední i specifické životní situace. Jde např. o časopisy „Generace“, „Senior revue“, „Doba seniorů“, ale i internetové listy, např. „Elpida - Zlaté listy“, „Evropský senior“ aj.

Je tedy zřejmé, že služby pro seniory v naší společnosti jsou k dispozici. Je ovšem otázkou, nakolik jsou v obecném povědomí starších občanů a nakolik se doopravdy dostanou k těm potřebným. I tímto aspektem sociálních služeb jsem se zabývala ve svém šetření.

6.3 Sociální zabezpečení

V obecném pojetí zahrnuje sociální zabezpečení v právním řádu nemocenské, důchodové zabezpečení, důchodové pojištění a sociální péči (§ 2 Z č. 582/1991 Sb.).

Transformačním procesem v období 1990-1996 byl vytvořen důchodový systém založený na dvou pilířích: základním povinném důchodovém pojištění a dobrovolném penzijním připojištění se státním příspěvkem.

Základní povinné důchodové pojištění je stanoveno zákonem č. 155/1995 Sb.. Důchodové pojištění je koncipováno jako pojištění povinné pro všechny fyzické osoby výdělečně činné. Jeho financování je průběžné, nevytváří se fond, ale důchody jsou vypláceny bezprostředně z příspěvků pracujících. Z pojištění se poskytují tyto důchody: starobní, plný invalidní, částečný invalidní, vdovský a vdovecký, sirotčí.

Dobrovolné penzijní připojištění se státním příspěvkem (zavedeno od roku 1994, kdy nabyl účinnosti zákon č. 42/1994 Sb.), je založeno jako systém dlouhodobého spoření malých částek. Cílem je vytvořit kapitál, ze kterého bude účastník čerpat ve starobním důchodu doplňkový příjem pro krytí svých potřeb formou doživotní starobní penze. Kromě starobní penze poskytuje fond invalidní penze, pozůstalostní penzi a výsluhovou penzi. Pro výplatu penze je třeba splnit podmínky pro vznik nároku na penzi, písemně je doložit a o výplatu požádat. Novelou zákona z roku 1999 začal stát podporovat penzijní připojištění daňovými úlevami a poskytl možnost zaměstnavatelům připojišťovat své zaměstnance a stát příspěvky daňově zvýhodňoval (Tomeš 2002 s.199). Stát přispívá i přímou platbou státního příspěvku na účet účastníka u jeho penzijního fondu. Penzijní fondy podléhají státními dozoru Ministerstva financí.

7. Zkoumání Národního programu přípravy na stáří

Ve své práci jsem se snažila o pohled na stáří jako na další etapu života, kterou lze při správné podpoře společnosti aktivně prožít. Aby tato práce nebyla jen teoretizováním s případnými výhradami ke každodenní praxi, rozhodla jsem se prověřit své představy o aktivním přístupu ke stáří v naší společnosti.

Vycházela jsem z již zmiňovaného Národního programu přípravy na stáří 2003-2007 a z oněch deseti oblastí, v nichž si vláda předsevzala něco změnit. Jedná se o oblasti: - etické principy, - přirozené sociální prostředí, - pracovní aktivity, - hmotné zabezpečení, - zdravý životní styl a kvalita života, - zdravotní péče, - komplexní sociální služby, - společenské aktivity, - vzdělávání, - bydlení. Dle „programu“ je třeba pojmut

stárnutí společnosti jako příležitost, která má být využita všemi generacemi: mladou, střední i samotnými seniory.

7.1 Cíl šetření

Národní program přípravy na stáří se pomalu blíží k datu, do kterého měla většina změn proběhnout. Cílem mého šetření bylo zjistit, nakolik je v povědomí společnosti oněh deset oblastí s navrhovanými změnami a zda je případných změn využíváno.

Původním záměrem bylo provést šetření mezi všemi generacemi ve společnosti. Ovšem v pilotním šetření z namátkově rozdaných dotazníků mezi mé kamarády, jsem musela konstatovat, že většina respondentů v období mladé a střední dospělosti sice nějakou představu o stáří má, nicméně u konkrétnějších otázek odpovídá: „o tom jsem zatím nepřemýšlel/a, nevím, nezajímám se“ apod.

Ve svém šetření jsem se tedy zaměřila na období starší dospělosti, rané a vlastní stáří. Zkoumala jsem, nakolik se lidé v období starší dospělosti zabývají stářím a přípravou na něj a nakolik se senioři zapojují do společnosti, využívají aktivit pro ně pořádaných, sami se na nich spolupodílejí, co dělají pro své zdraví, jakých soc. služeb využívají, ale také co jim na stáří nejvíce vadí či jaké služby zde chybí apod. Rovněž jsem zkoumala, zda existují rozdíly v představách preseniorů a seniorů o této problematice.

7.2 Úkoly šetření

Z jednotlivých bodů Národního programu přípravy na stáří jsem si stanovila čtyři okruhy úkolů šetření tak, abych pokryla všech deset oblastí plánovaných změn. Nejde o striktní rozdělení oblastí plánovaných změn, některé oblasti se pochopitelně vzájemně překrývají.

1. Kvalita života v důchodu (etické principy, hmotné zabezpečení, zdravý životní styl)
2. Přirozené sociální prostředí a bydlení
3. Zdravotní péče a sociální služby
4. Aktivity v důchodovém věku (pracovní aktivity, společenské aktivity, vzdělání)

7.3 Metody a metodika šetření

Jedním z bodů „programu“ je i snaha o zachování přirozeného sociálního prostředí seniorů. Ve svém šetření jsem se tedy zaměřila na staré lidi žijící v přirozeném sociálním prostředí.

Dle stanovených cílů šetření jsem vytvořila 20 výzkumných otázek, které příkládám v příloze 1. Pro sběr dat jsem zvolila metodu dotazníku.

Jak již bylo řečeno, vyhledávala jsem respondenty v období starší dospělosti (45-60 let), období raného stáří (60-74 let) a období pravého stáří (75-90 let).

Šetření probíhalo během ledna a začátkem února 2006 na dvou místech. Na regionu sídliště Petřiny (jde o jedno ze starších sídlišť Prahy, předpokládala jsem tedy, že tam najdu i dostatečný počet seniorů i preseniorů), v okolí obchodů a dalších místech, kam jsem respondenty v průběhu zodpovídání otázek stihla doprovodit. Druhým místem sběru dat bylo Zdravotní středisko Dědina, kde jsem po domluvě s obvodními a zubními lékaři nechala dotazníky pro soběstačné respondenty ve věku 45-90 let (zdravotní sestry je osobně předali lidem v odpovídajícím věku a stavu, pochopitelně pacienti přicházející s akutními problémy byli tohoto „ušetření“). Výhodou tohoto místa bylo více času na promyšlení odpovědí.

Největším překvapením pro mne byla ochota respondentů zodpovědět otázky týkající se problematiky stáří. Hlavním důvodem k ochotě ke spolupráci bylo potěšení, že se někdo mladý zajímá o problematiku stáří a naděje, že se tedy možná něco změní, dalším důvodem bylo i to, že nešlo o pouliční prodej ani propagaci výrobků a posledním často jmenovaným důvodem bylo podobné stáří vlastních dětí či vnuků, kteří také často „něco potřebují do školy“. Na zdrav. středisku brala většina lidí zodpovězení dotazníku, dle zdravotních sester, jako vyplnění času čekání na ošetření.

Druhým velmi milým překvapením pro mne bylo přání respondentů: mnoha úspěchů při psaní práce, poděkování za zájem o tuto „aktuální a náročnou“ problematiku a reakce na mé poděkování za čas - „rád jsem vyplnil/a“, „rádo se stalo“ apod.

21 lidí odmítlo, 7 lidí u lékaře a 14 lidí na ulici. V 9 případech muži většinou s tím, že nemají čas a ve 12 případech ženy z důvodů např. „my už jsme staré, nás už se stejně nic netýká“ či „a já stejně nic nevím“. Pro mne nejpřekvapivější odmítnutí bylo odmítnutí jedné ženy s tím, že „pro husity nic dělat nebude“.

Celkem se mi podařilo získat 201 respondentů.

Jde o:

- 52 žen ve věku 45-60 let (5 vyučených, 22 se středoškolským vzděláním, 21 s vysokoškolským vzděláním)
- 48 mužů ve věku 45-60 let (5 vyučených, 29 se středoškolským vzděláním, 18 s vysokoškolským vzděláním)
- 34 žen ve věku 60-74 let (4 vyučené, 20 se středoškolským vzděláním, 10 s vysokoškolským vzděláním)
- 18 mužů ve věku 60-74 let (3 vyučení, 7 se středoškolským vzděláním, 8 s vysokoškolským vzděláním)

- 35 žen ve věku 75-90 let (6 vyučených, 18 se středoškolským vzděláním, 11 s vysokoškolským vzděláním)

- 14 mužů ve věku 75-90 let (2 vyučení, 3 se středoškolským vzděláním, 8 s vysokoškolským vzděláním).

Pro zajímavost nejstarší respondentce bylo 88 let a nejstaršímu respondentovi 92 let.

Ženy mladší 60i let již v důchodu jsem přiřadila do kategorie 60-74 let a naopak muže starší 60 let, ale stále pracující jsem zařadila do kategorie 45-60 let. Hlavním rozhodujícím kritériem bylo tedy pobírání starobního důchodu. 92 letého respondenta jsem zařadila do kategorie starších seniorů.

Metoda sběru dat

Jak jsem již zmiňovala, jednalo se o dotazník vycházející z deseti oblastí „programu“. Prakticky šlo o dva dotazníky – pro preseniorský a seniorský věk.

Mým záměrem nebylo jen získat jasné odpovědi ano/ne/nevím, ale dozvědět se o dané problematice a postojích respondentů k dotazovaným oblastem i více. Zvolila jsem tedy otevřené otázky s návrhy odpovědí a ponechala jsem i možnost případné doplňující vlastní volby.

Metoda zpracování dat

Statistické zpracování dat nebylo dle expertů možné, jelikož nemám k dispozici kontrolní skupinu ani rozsáhlý vzorek.

Vzhledem k malému počtu respondentů seniorů a rozdílnému poměru mužů a žen seniorů jsem byla nucena odstoupit od varianty porovnávání případných gender rozdílů v rámci věkových kategoriích. Ze stejného důvodu nepoměru respondentů se stejným nejvyšším dosaženým vzděláním jsem upustila i od vytváření kategorií dle vzdělání. Z žen a mužů v raném stáří jsem

vytvořila jednu skupinu a z žen a mužů v období vlastního stáří druhou.

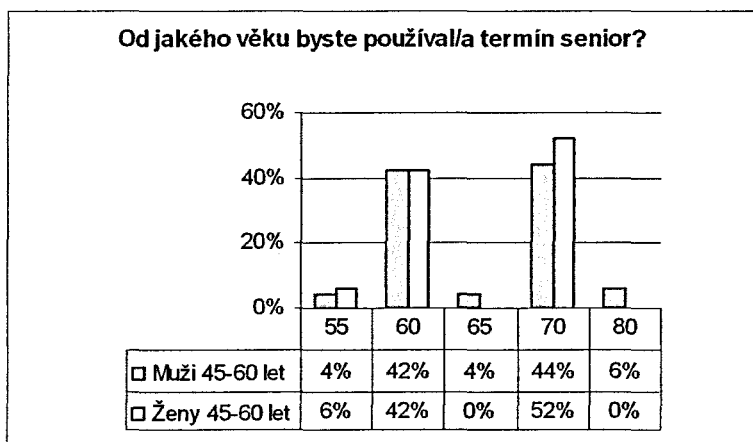
Celkem jsem tedy porovnávala 4 skupiny: ženy 45-60 let, muže 45-60 let, seniory ve věku 60-74 let a seniory ve věku 75-90 let.

Jednotlivé výzkumné otázky jsem zpracovávala graficky. V rámci stanovených kategorií jsem jednak utřídila četnosti a dále analyzovala individuální postoje respondentů k daným oblastem, za hledání rozdílů mezi jednotlivými věkovými kategoriemi.

7.4 Výsledky šetření a jejich interpretace

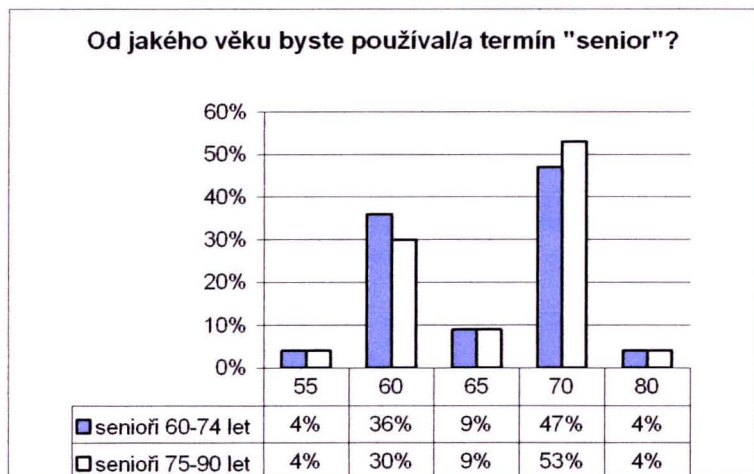
Otázka č. 1 - Od jakého věku byste používal/a termín „senior“?

Tabulka č. 1 k otázce č. 1



Termín „senior“ by v kategorii preseniorů používalo 4% mužů a 6% žen od věku 55 let, 42% mužů i žen od věku 60 let, 4% mužů od věku 65 let, 44% mužů a 52% mužů od věku 70 let a 6% mužů od věku 80 let.

Tabulka č. 2 k otázce č. 1



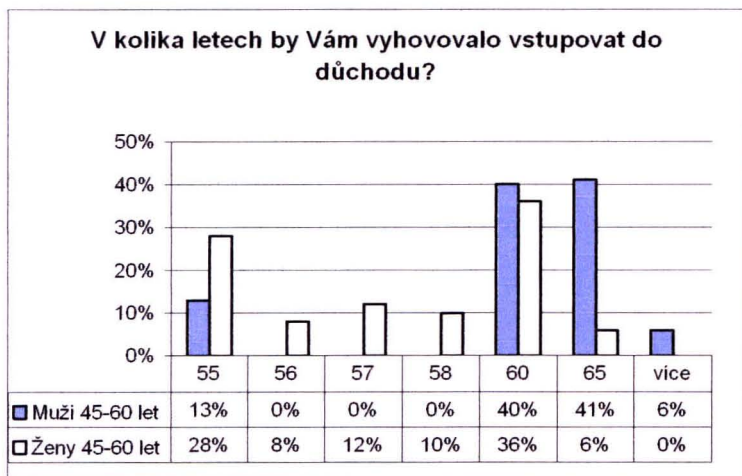
Termín „senior“ by používalo 4% mladších i starších seniorů od věku 55 let, 36% mlad. a 30% star. seniorů od věku 60 let, 9% mlad. i star. seniorů od věku 65 let, 47% mlad. a 53% star. seniorů od věku 70 let a 4% mlad. i star. seniorů od věku 80 let.

S výrazem „senior“ se setkáváme ve většině publikacích věnovaných problematice stáří a stárnutí, i v mnoha vládních programech o stáří a přípravě na něj. Výrazem senior jsem používala i ve své práci. Bez bližšího věkového upřesnění je termínem „senior“ míněno jedinec důchodového věku.

A přesto v průzkumu se téměř polovina všech respondentů shodla na používání tohoto termínu až od 70 let. Z některých odpovědí respondentů bylo zřejmé, že označení senior pro ně částečně znamená i potřebu brání ohledu či nutnost pomoci a to oni, i když jsou v důchodu, ještě nepotřebují.

Otázka č. 2 – V kolika letech by Vám vyhovovalo vstupovat do důchodu?

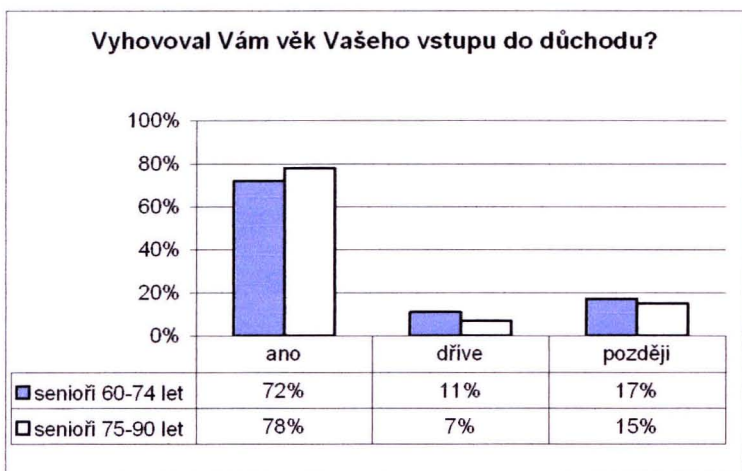
Tabulka č. 3 k otázce č. 2



Vstupovat do důchodu by vyhovovalo 13% mužů a 28% žen ve věku 55let, 8% žen ve věku 56 let, 12% žen ve věku 57 let, 10% žen ve věku 58 let, 40% mužů a 36% žen ve věku 60 let, 41% mužů a 6% žen ve věku 65 let, 6% mužů ve vyšším věku než 65 let.

Vyhovoval Vám věk Vašeho vstupu do důchodu?

Tabulka č. 4 k otázce č. 2



72% mladších a 78% starších seniorů vyhovoval věk vstupu do důchodu, 11% mlad. a 7% star. seniorů chtělo odejít dříve, 17% mlad. a 15% star. seniorů chtělo odejít později.

Součástí této otázky pro seniory byla i otázka, kdy respondent odcházel do důchodu.

Jak jsem již zmiňovala v kapitole 8.3 „Metody a metodika šetření“, z důvodu nepoměru mužů a žen seniorského věku, jsem upustila od gender srovnání v rámci seniorů. Toto srovnání by zrovna u této otázky bylo docela zajímavé. Nelze obecně říci, že respondenti/ky, kteří pracovali např. do 60 let, chtěli vstupovat do důchodu později a naopak respondenti/ky, kteří pracovali do 65 let, chtěli se zaměstnáním přestat dříve. Z některých odpovědí vyplýval spíše opak, např. muži, kteří pracovali do 65 let chtěli v zaměstnání i nadále setrvat a naopak některé ženy, které pracovaly např. „jen“ do 56 let, chtěly i tak odejít ze zaměstnání již dříve.

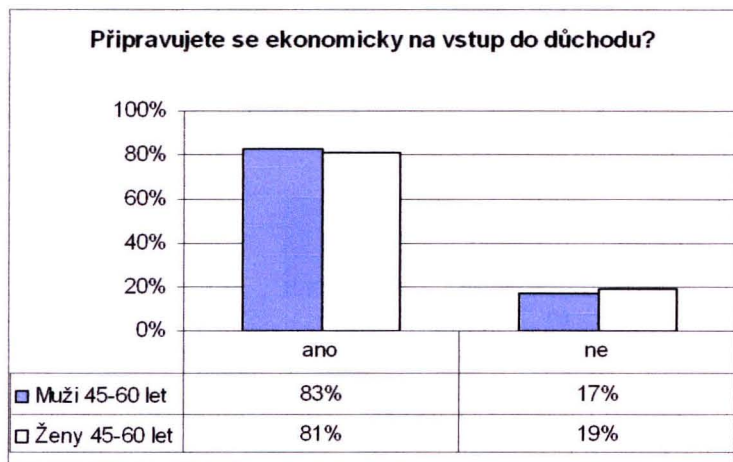
Domnívám se tedy, že graf v tabulce č. 4 nemá oproti jiným grafům v mé práci takovou výpovědní hodnotu, neboť otázka na vyhovující věk vstupu do důchodu je stále ovlivněna gender pohledem, což je ostatně velmi dobře vidět na grafu v tab. č. 3.

Dle rozhodnutí vlády by měl být věk vstupu do důchodu do roku 2013 zvyšován na 63 let pro muže i ženy (viz kapitola 2.3.1 Situace v České republice).

Této myšlence bylo v mém šetření nakloněno 41% mužů, ti by chtěli vstupovat do důchodu až ve věku 65 let, 6% ještě později a ovšem zbytek dříve, 40% v 60i letech. 36% žen by chtělo pracovat do 60 let a 6% ještě déle. Zbývajících by chtěly zůstat v práci od 55-58 let.

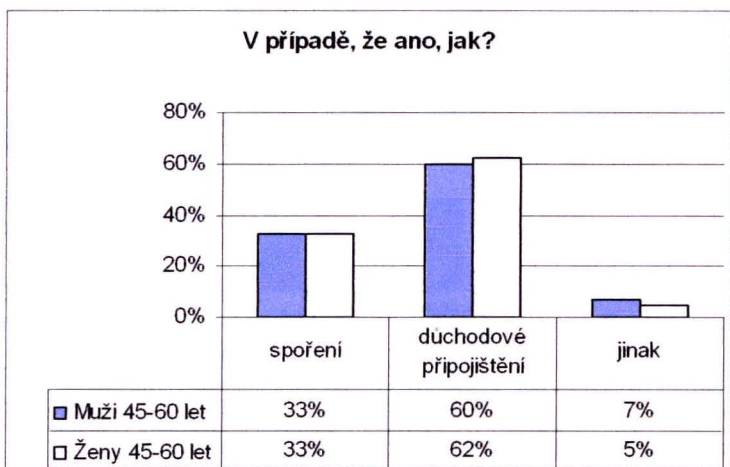
Otázka č. 3 – Připravujete se ekonomicky na vstup do důchodu?

Tabulka č. 5 k otázce č. 3



Ekonomicky se na důchod připravuje 83% mužů a 81% žen, nepřipravuje se 17% mužů a 19% žen.

Tabulka č. 6 k otázce č. 4

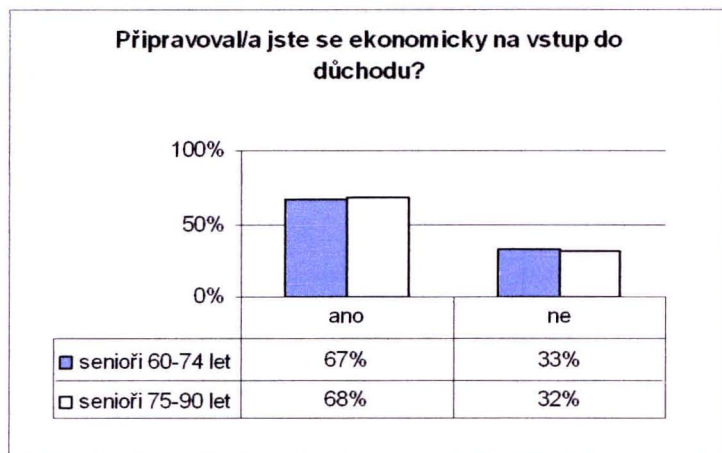


33% mužů i žen se připravuje spořením, 60% mužů a 62% žen důchodovým připojištěním, 7% mužů a 5% žen jinak (renovováním nemovitostí či nákupem nemovitostí).

Je zajímavé, že v odpovědích na tuto otázku je pozorovatelný minimální gender rozdíl.

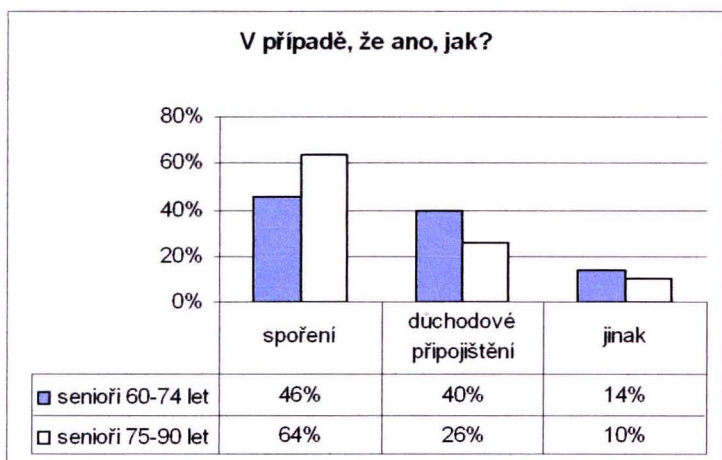
Připravoval/a jste se ekonomicky na vstup do důchodu?

Tabulka č. 7 k otázce č. 3



Ekonomicky se na důchod připravovalo 67% mladších a 68% starších seniorů a nepřipravovalo 33% mlad. a 32% star. seniorů.

Tabulka č. 8 k otázce č. 3

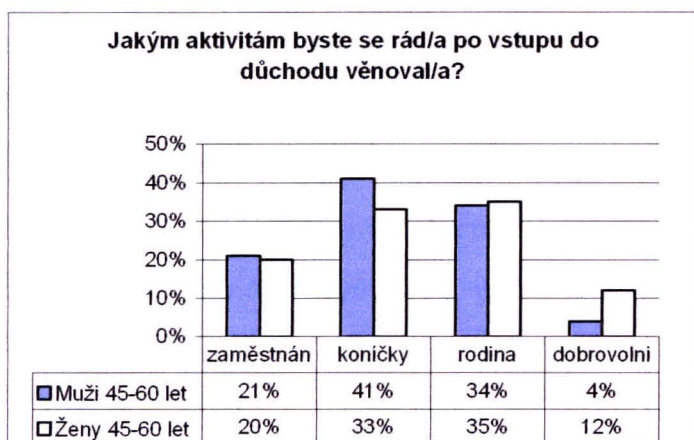


46% mladších a 64% starších seniorů se připravovalo spořením, 40% mlad. a 26% star. seniorů důchodovým připojištěním a 14% mlad. a 10% star. seniorů se připravovalo jinak.

Možnost dobrovolného penzijního připojištění je uzákoněna teprve od roku 1994 (viz kapitola 7.2.3 Sociální zabezpečení), rozdíl ve využití této možnosti je dobře znatelný v kategorii mladších a starších seniorů.

Otázka č. 4 - Jakým aktivitám byste se rád/a po vstupu do důchodu věnoval/a?

Tabulka č. 9 k otázce č. 4

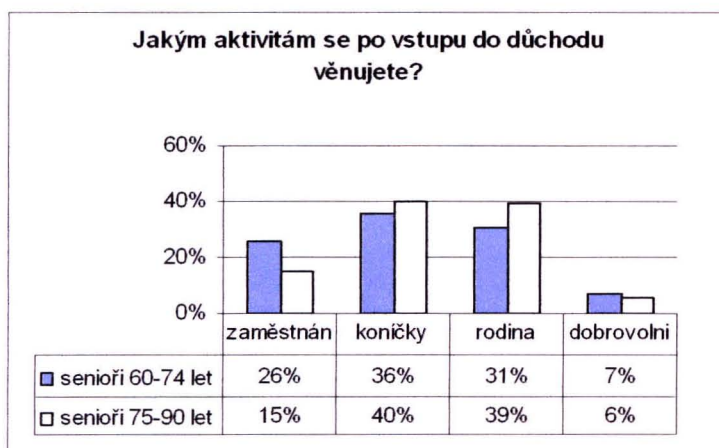


21% mužů a 20% žen v preseniorském věku by se rádo v důchodovém věku věnovalo i nadále zaměstnání, 41% mužů a 33% žen se chce věnovat koníčkům, 34% mužů a 35% žen rodině a 4% mužů a 12% žen dobrovolnictví.

V podílu účasti mužů a žen na dobrovolnictví se pravděpodobně částečně projevuje i větší sklon k empatii a ochotě pomáhat druhým u žen.

Jakým aktivitám se po vstupu do důchodu věnujete?

Tabulka č. 10 k otázce č. 4



26% mladších a 15% starších seniorů se i nadále věnuje zaměstnání na částečný úvazek, 36% mlad. a 40% star. seniorů

koníčkům, 31% mlad. a 39% star. seniorů se věnuje rodině, 7% mlad. a 6% star. seniorů dobrovolnictví.

Kolem 40% respondentů preseniorů i seniorů se v důchodu chce věnovat koníčkům a rodině. Pouze relativně malá část z nich např. dobrovolnictví. Je otázkou, zda aktivní stáří stále ještě není přijatelnou normou a tak se většina lidí ve stáří spíše „uzavře“ do svého soukromí nebo zda ochota k dobrovolnictví souvisí obecně s ochotou pomáhat druhým.

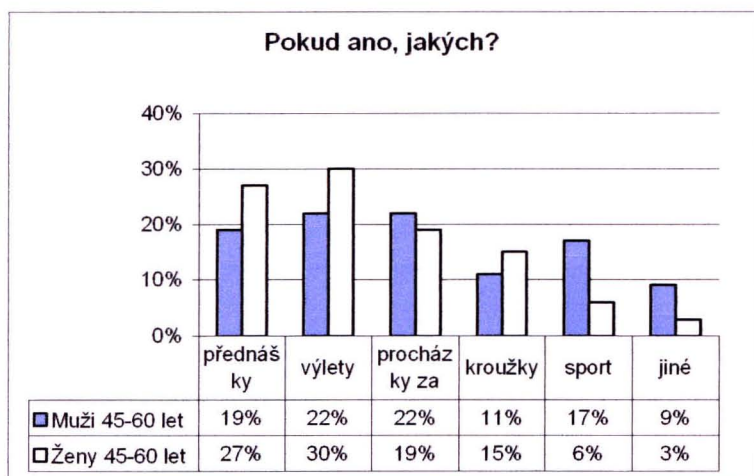
Otázka č. 5 – Domníváte se, že budete využívat nabídek aktivit pořádaných pro seniory?

Tabulka č. 11 k otázce č. 5



62% mužů a 60% žen v preseniorském věku se domnívá, že bude využívat aktivit pro seniory. 38% mužů a 40% žen jich pravděpodobně využívat nebude.

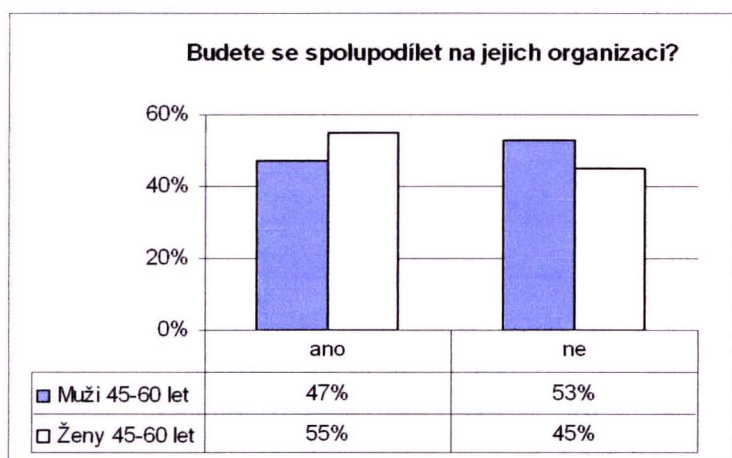
Tabulka č. 12 k otázce č. 5



19% mužů a 27% žen v preseniorském věku se domnívá, že bude navštěvovat přednášky, 22% mužů a 30% žen bude chodit na výlety, 22% mužů a 19% žen se bude účastnit procházek za kult. památkami, 11% mužů a 15% žen bude navštěvovat zájmové kroužky, 17% mužů a 6% žen se bude věnovat sportovním aktivitám, 9% mužů a 3% žen se bude věnovat jiným aktivitám.

Pokud ano, budete se spolupodílet na jejich organizaci?

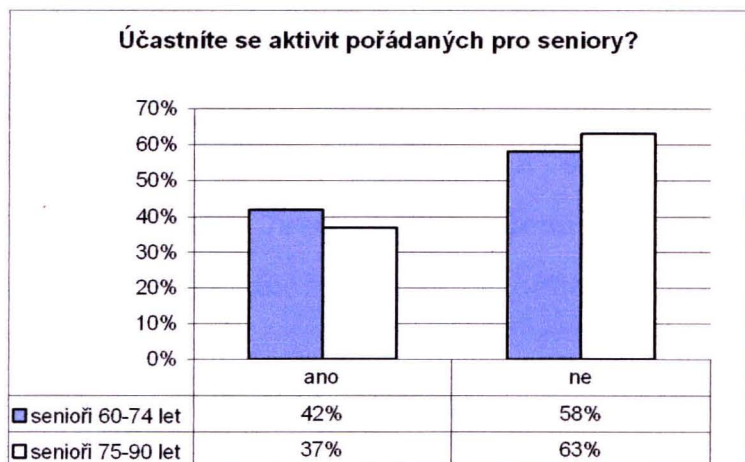
Tabulka č. 13 k otázce č. 5



47% mužů a 55% žen se chce spolupodílet na organizaci aktivit pro seniory, 53% mužů a 45% žen se na jejich organizaci spolupodílet nechce.

Účastníte se aktivit pořádaných pro seniory

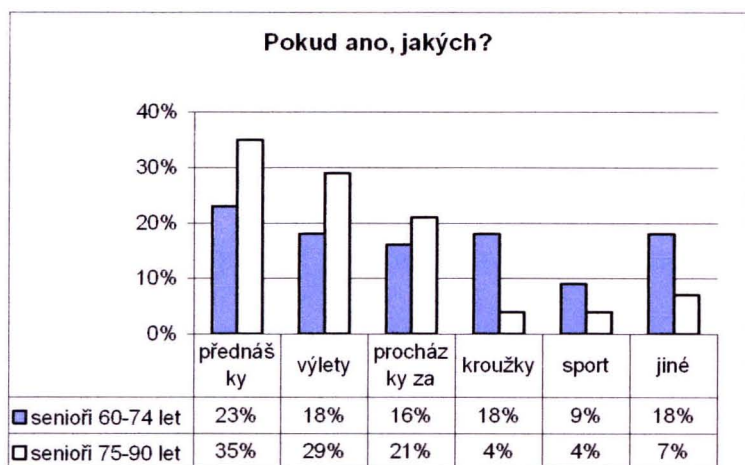
Tabulka č. 14 k otázce č. 5



42% mladších seniorů a 37% starších seniorů se účastní aktivit pořádaných pro seniory, 58% mlad. a 63% star. seniorů se jich neúčastní.

Zajímavý je rozdíl v představách preseniorů o účasti na aktivitách a účasti seniorů na těchto aktivitách. Je tedy otázkou, zda před námi stojí fenomén aktivnějšího přístupu ke stáří nebo fenomén dobrých předsevzetí, a nakolik jsou tyto odpovědi ovlivněny zdravotním stavem seniorů.

Tabulka č. 15 k otázce č. 5



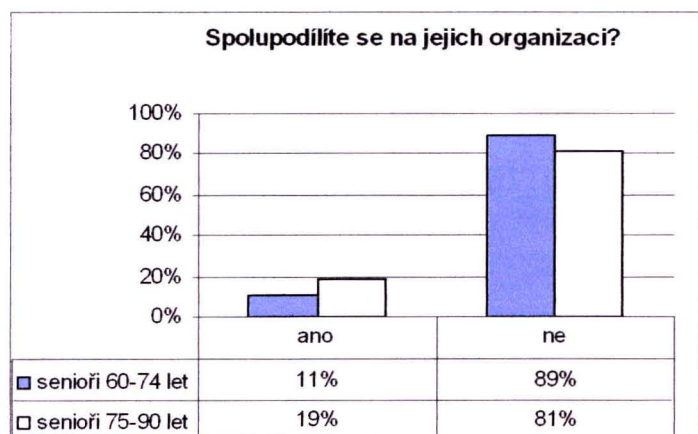
23% mladších a 35% starších seniorů se účastní přednášek, 18% mlad. a 29% star. seniorů se účastní výletů. 16% mlad. a 21%

star. seniorů chodí na procházky za kulturními památkami, 18% mlad. a 4% star. seniorů navštěvuje zájmové kroužky, 9% mlad. a 4% star. seniorů se věnuje sportovním aktivitám a 18% mlad. a 7% star. seniorů se účastní jiných aktivit, bohužel však většina z nich již neuvedla jakým.

S postupujícím věkem bych spíše očekávala ubývající podíl na aktivitách. Jsem překvapena podílem starších seniorů na výletech, přednáškách či procházkách za kulturou.

Pokud ano, spolupodílíte se na jejich organizaci?

Tabulka č. 16 k otázce č. 5



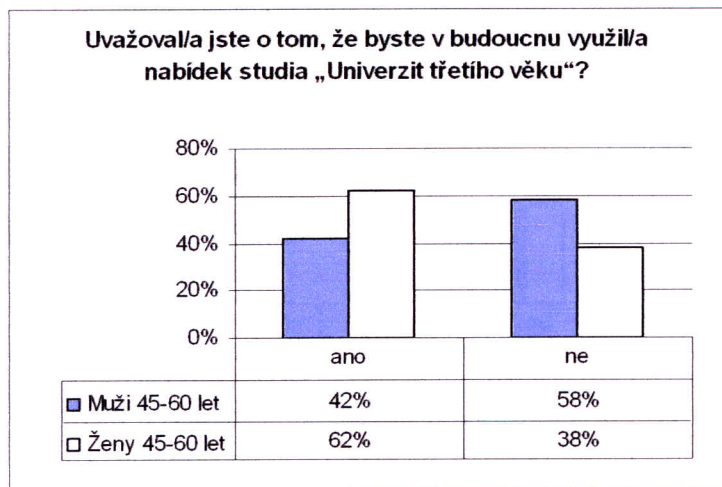
11% mladších a 19% starších seniorů se spolupodílí na organizaci aktivit pro seniory, 89% mladších a 81% starších seniorů se na jejich organizaci nespodílí.

Zde je důležité vzít v úvahu, že aktivit pořádaných pro seniory se účastní kolem 40% respondentů seniorů. Je tedy otázka, nakolik lze procentuálně vyjadřovat spolupodíl na organizaci.

U spolupodílení je znatelný rozdíl mezi kategoriemi preseniorů a seniorů. Faktorem ovlivňujícím ochotu ke spolupodílu na organizaci je do určité míry věk, i když ne jediným (na spolupráci se podílí více starších než mladších seniorů).

Otázka č. 6 - Uvažoval/a jste o tom, že byste v budoucnu využil/a nabídek studia „Univerzit třetího věku“?

Tabulka č. 17 k otázce č. 6

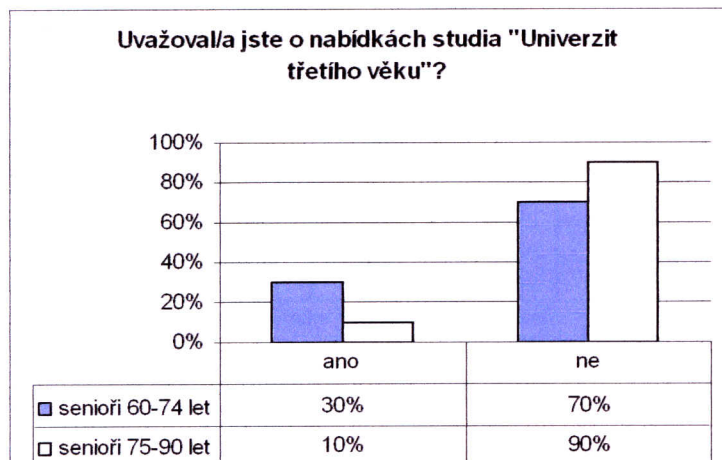


O nabídkách studia U3V v kategorii preseniorů uvažovalo 42% mužů a 62% žen, neuvažovalo 58% mužů a 38% žen.

Zajímavý je rozdíl podílu zájmu o studium U3V mezi ženami a muži.

Uvažoval/a jste o nabídkách studia „Univerzit třetího věku“?

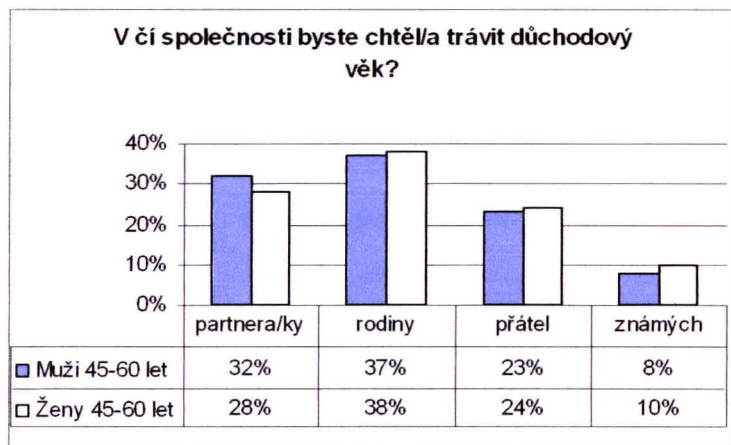
Tabulka č. 18 k otázce č. 6



O nabídkách studia U3V uvažovalo 30% mladších a 10% starších seniorů a 70% mladších a 90% starších seniorů o tomto studiu neuvažovalo.

Otázka č. 7 - V čí společnosti byste chtěl/a trávit důchodový věk?

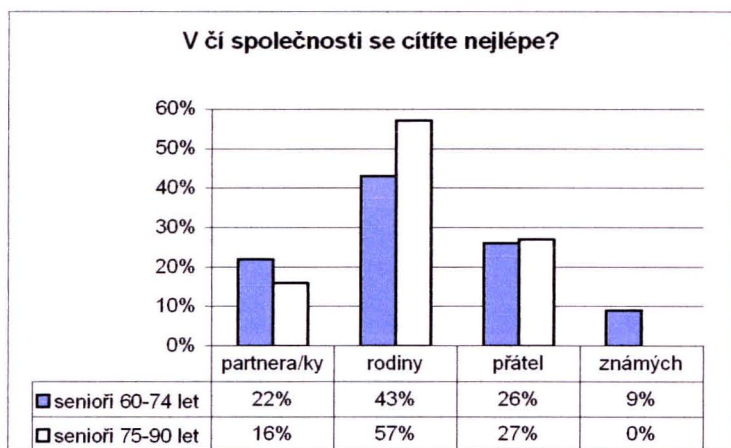
Tabulka č. 19 k otázce č. 7



Důchodový věk by v kategorii preseniorů chtělo trávit 32% mužů a 28% žen ve společnosti partnera či partnerky, 37% mužů a 38% žen ve společnosti rodiny, 23% mužů a 24% žen ve společnosti přátel, 8% mužů a 10% žen ve společnosti známých.

V čí společnosti se cítíte nejlépe?

Tabulka č. 20 k otázce č. 7

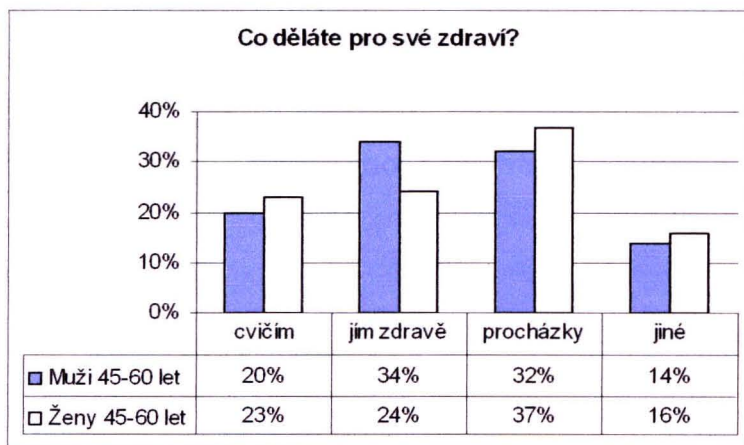


22% mladších a 16% starších seniorů se nejlépe cítí ve společnosti partnera či partnerky, 43% mladších a 57% starších seniorů ve společnosti rodiny, 26% mlad. a 27% star. seniorů ve společnosti přátel a 9% mlad. seniorů ve společnosti známých.

Tendence trávení času ve společnosti rodiny není překvapivá, většina seniorů se v tomto věku stává prarodiči a získává tak novou sociální roli.

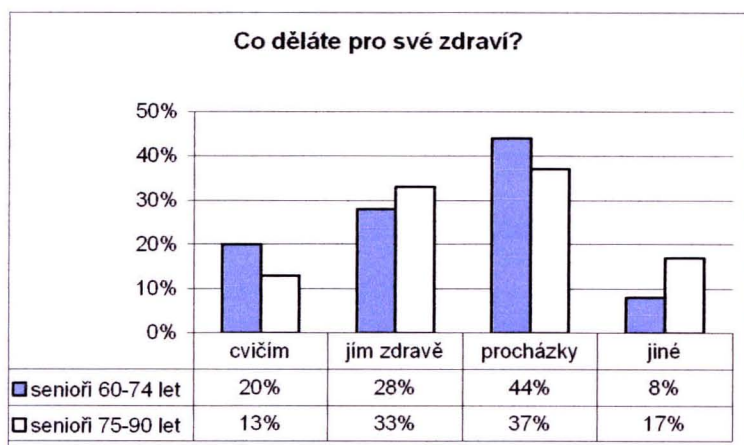
Otázka č. 8 - Co děláte pro své zdraví?

Tabulka č. 21 k otázce č. 8



V kategorii preseniorů 20% mužů a 23% žen cvičí, 34% mužů a 24% žen zdravě jí, 32% mužů a 37% žen chodí na procházky a 14% mužů a 16% žen dělá pro své zdraví něco jiného.

Tabulka č. 22 k otázce č. 8

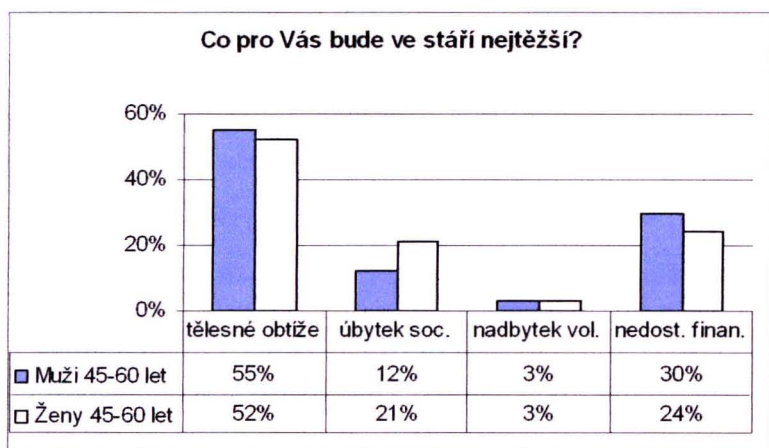


20% mladších a 13% starších seniorů cvičí, 28% mlad. a 33% star. seniorů zdravě jí, 44% mlad. a 37% star. seniorů chodí na procházky, 8% mlad. a 17% star. seniorů dělá pro své zdraví něco jiného.

Pokud by všechny odpovědi byly zcela pravdivé a nezkreslené částečně přáním po tomto stavu, mohli bychom konstatovat, že žijeme ve velmi uvědomělé společnosti co se týče péče o vlastní zdraví. Většina respondentů, ať preseniorů nebo seniorů, něco pro své zdraví dělá – cvičí, chodí na procházky či zdravě jí. Pozorovatelný je rozdíl mezi mladšími a staršími seniory, kdy se starší snaží více o zdravou životosprávu možná v důsledku menšího pohybu. Také kladou důraz i na duchovní rozměr zdravého života a snaží se „být v pohodě“, věnují se meditaci či četbě. Někteří do zdravého životního stylu zahrnují např. i péči o zahradu.

Otázka č. 9 – Co pro Vás bude ve stáří nejtěžší?

Tabulka č. 23 k otázce č. 9



V kategorii preseniorů budou pro 55% mužů a 52% žen ve stáří nejtěžší tělesné obtíže, pro 12% mužů a 21% žen úbytek sociálních kontaktů, pro 3% mužů i žen bude nejtěžší nadbytek volného času, pro 30% mužů a 24% žen bude ve stáří nejtěžší nedostatek financí.

Co je podle Vás ve stáří nejtěžší?

Tabulka č. 24 k otázce č. 9



Na stáří jsou pro 44% mladších a 70% starších seniorů nejtěžší tělesné obtíže, pro 7% mlad. a 2% star. seniorů úbytek sociálních kontaktů, pro 1% mlad. a 2% star. seniorů nadbytek volného času, pro 19% mlad. a 6% star. seniorů je nejtěžší nedostatek financí, pro 29% mlad. a 20% star. seniorů je na stáří nejtěžší něco jiného.

Některé tělesné obtíže ve stáří jsou pravděpodobně nevyhnutelné, jiné jsou však ovlivnitelné pohybem či životosprávou. Pro více než 50% respondentů preseniorů a 70% starších seniorů jsou tělesné obtíže tím nejtěžším ve stáří. Lze tedy doufat, že to jsou právě oni, kteří se opravdu věnují pohybu a zdravé životosprávě.

Obavy z úbytku sociálních kontaktů mají v kategorii preseniorů více ženy než muži, naopak pro seniory je toto téma spíše zanedbatelným problémem, částečně lze tedy usuzovat, že jde o dobrovolnou redukci kontaktů např. mezi známými (nemyslím tím ztrátu blízkých, ta je naopak pro seniory velkým problémem, viz další otázka).

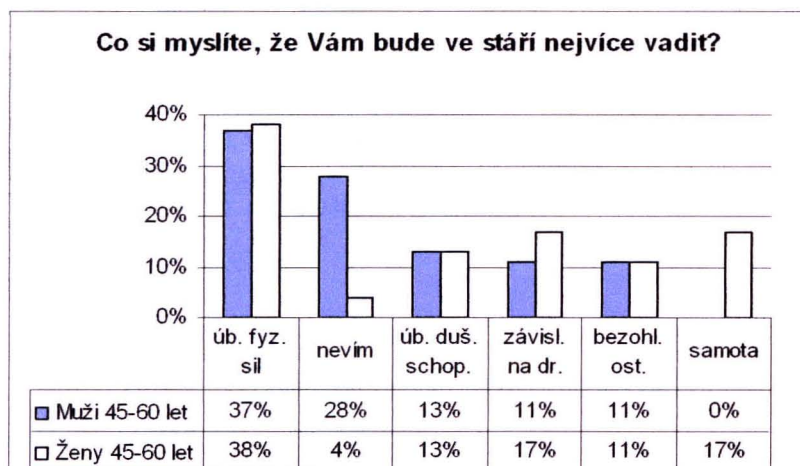
Nedostatku financí se obává 30% mužů a 24% žen, tyto obavy s nimi sdílí téměř stejné procento mladších seniorů. Naopak

respondenti v kategorii starších seniorů nedostatek financí jako problém již nepocituje. Jelikož lze těžko předpokládat, že by většina ze starších seniorů přišla najednou ve stáří k velkému majetku, lze spíše usuzovat, že se s nedostatkem financí naučili žít a zvykli si na situaci, že si nemohou všechno dovolit.

Obsah položky „jiné“ je svým způsobem totožný s následující otázkou. Pro seniory je obtížná samota, deprese, ztráta partnera, umírání přátel, málo času, pocit vlastní konečnosti či úbytek sil.

Otázka č. 10 - Co si myslíte, že Vám bude ve stáří nejvíce vadit?

Tabulka č. 25 k otázce č. 10



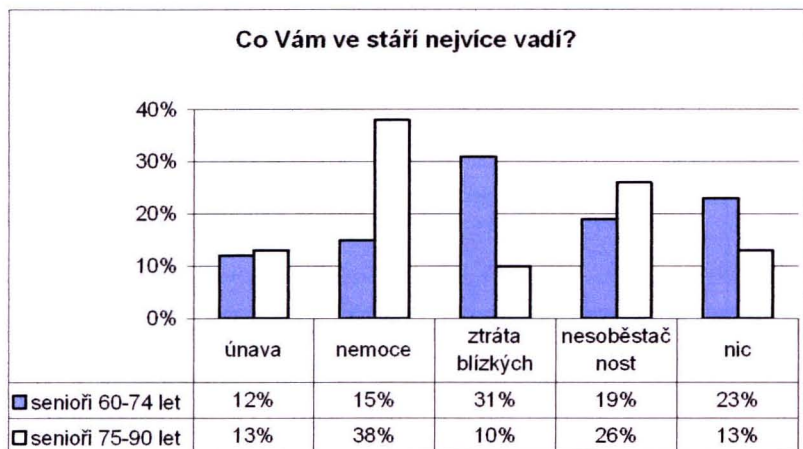
V kategorii preseniorů bude 37% mužů a 38% žen ve stáří nejvíce vadit úbytek fyzických sil, 28% mužů a 4% žen nevědí, 13% mužů i žen bude vadit úbytek duševních schopností, 11% mužů a 17% žen bude vadit závislost na druhých, 11% žen i mužů bude vadit bezohlednost ostatních, 17% žen bude vadit samota.

Největší rozdíl lze vidět v položce „nevím“, kdy se muži pravděpodobně nad touto otázkou ještě nezamýšleli a v položce „samota“, která bude vadit pouze ženám. Jelikož očekávaná

střední délka života je vyšší u žen než u mužů, lze říci, že tyto obavy jsou opodstatněné.

Co Vám ve stáří nejvíce vadí?

Tabulka č. 26 k otázce č. 10



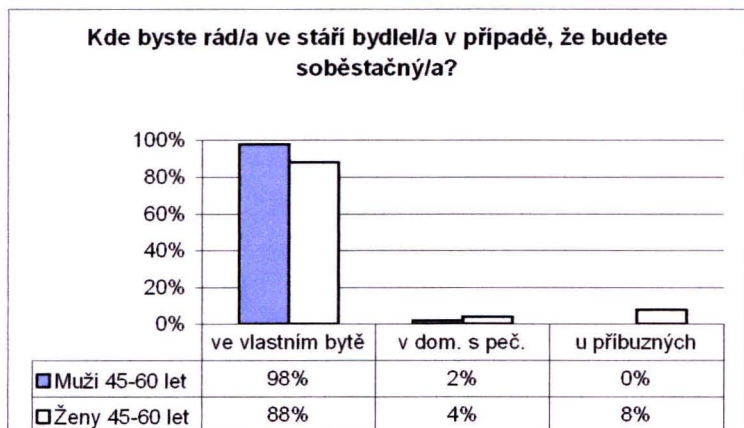
12% mladších a 13% starších seniorů ve stáří vadí únava, 15% mlad. a 38% star. seniorů vadí nemoci, 31% mlad. a 10% star. seniorů vadí ve stáří ztráta blízkých, 19% mlad. a 26% star. seniorů vadí nesoběstačnost, 23% mlad. a 13% star. seniorů ve stáří nic nevadí.

Největší rozdíly jsou pozorovatelné v položce „nemoci“, které trápí spíše starší seniory a s nimi spojená nesoběstačnost a v položce „ztráta blízkých“, což je více tématem pro mladší seniory, z důvodů jmenovaných v předchozí otázce.

Ovšem nelze ani opomenout, že 23% mladších a 13% starších seniorů na stáří nic nevadí. Což potvrzuje důležitost subjektivního vnímání stáří (viz kapitola 1.1 Definice stáří).

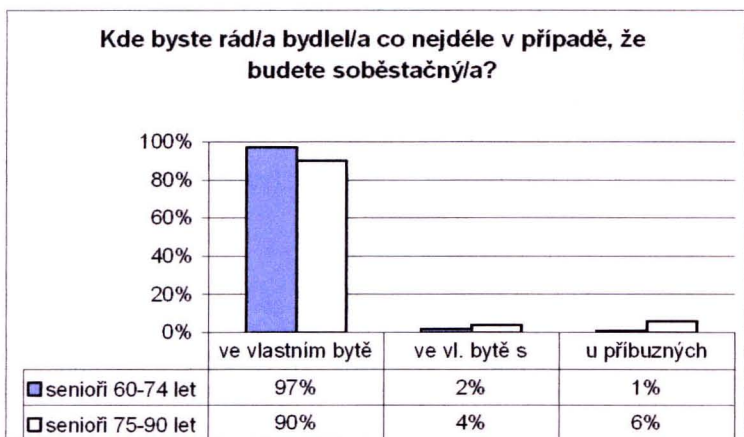
Otázka č. 11 – Kde byste rád/a ve stáří bydlel/a v případě, že budete soběstačný/á?

Tabulka č. 27 k otázce č. 11



V kategorii preseniorů by 98% mužů a 88% žen v případě soběstačnosti rádo bydlelo ve vlastním bytě, 2% mužů a 4% žen v domě s pečovatelskou službou a 8% žen u svých příbuzných.

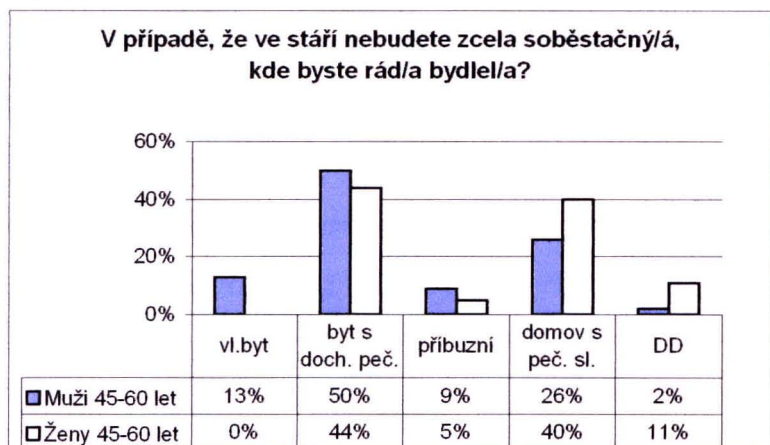
Tabulka č. 28 k otázce č. 11



97% mladších a 90% starších seniorů by rádo i nadále bydlelo ve vlastním bytě, 2% mlad. a 4% star. seniorů by rádo bydlelo ve vl. bytě s docházením pečovatelky, 1% mlad. a 6% star. seniorů by rádo bydlelo u svých příbuzných.

Otázka č. 12 - V případě, že ve stáří nebudete zcela soběstačný/á, kde byste rád/a bydlel/a?

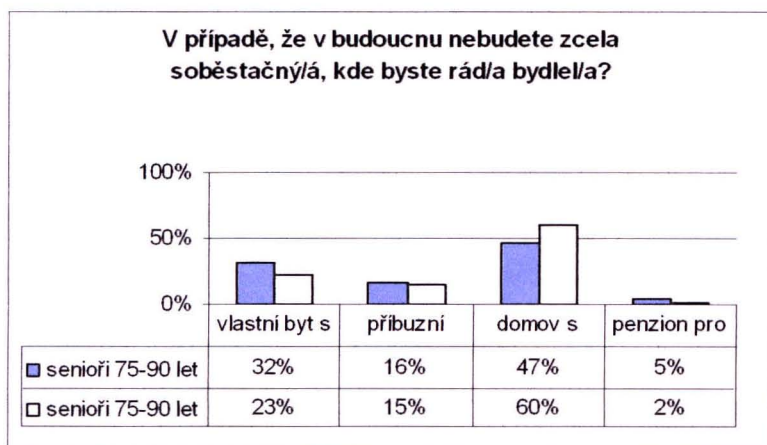
Tabulka č. 29 k otázce č. 12



V případě nesoběstačnosti by 13% mužů rádo i nadále bydlelo ve vlastním bytě, 50% mužů a 44% žen by chtělo bydlet ve vlastním bytě s docházením pečovatelky, 9% mužů a 5% žen u svých příbuzných, 26% mužů a 40% žen v domově s pečovatelskou službou, 2% mužů a 11% žen v domově důchodců.

V případě, že v budoucnu nebudete zcela soběstačný/á, kde byste rád/a bydlela?

Tabulka č. 30 k otázce č. 12



32% mladších a 23% starších seniorů by v případě nesoběstačnosti rádo bydlelo ve vlastním bytě s docházením pečovatelky, 16%

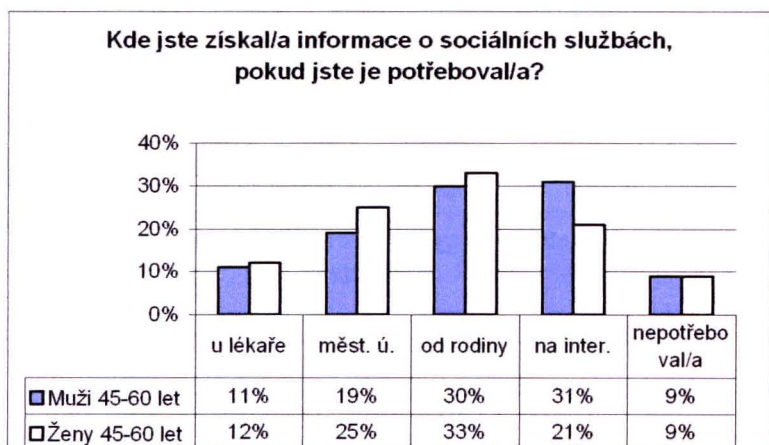
mlad. a 15% star. seniorů u svých příbuzných, 47% mlad. a 60% star. seniorů by chtělo bydlet v domově s pečovatelskou službou a 5% mlad. a 2% star. seniorů v penzionu pro seniory.

Otázka č. 13 - Víte, kde se ve Vašem bydlišti nachází nejbližší městský úřad?

Na tuto otázku odpovědělo téměř 100% respondentů „ano“ (3 respondenti odpověděli, že neví, kde je městský úřad). Z tohoto důvodu mi přišlo zbytečné ji graficky zpracovávat.

Otázka č. 14 - Kde jste získal/a informace o sociálních službách, pokud jste je potřeboval/a?

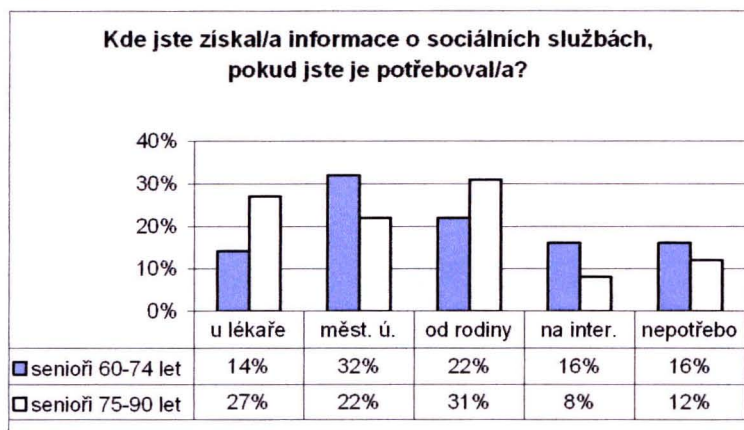
Tabulka č. 31 k otázce 14



V kategorii preseniorů získalo informace o sociálních službách 11% mužů a 12% žen u lékaře, 19% mužů a 25% žen na městském úřadě, 30% mužů a 33% žen od rodiny či známých, 31% mužů a 21% žen na internetu a 9% žen i mužů tyto informace zatím nepotřebovalo.

Je potěšujícím zjištěním, že informace o sociálních službách jsou k dispozici a ti, kdo je potřebují, je snadno získají. Žádný respondent neodpověděl, že by informace potřeboval, ale neví, kde je hledat.

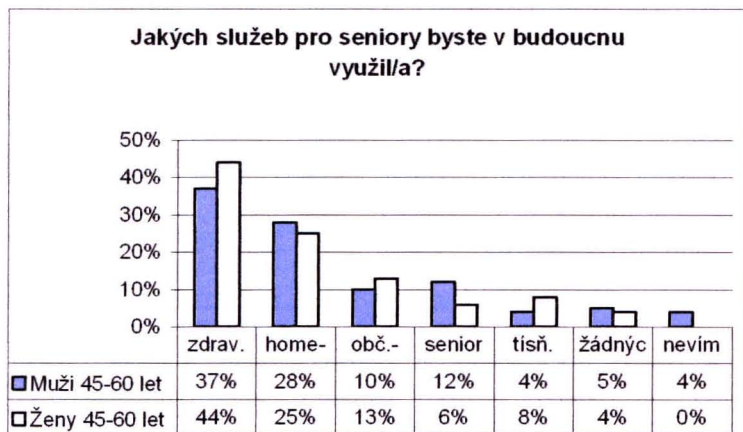
Tabulka č. 32 k otázce č. 14



Informace o sociálních službách získalo 14% mladších seniorů a 27% starších seniorů u lékaře, 32% mlad. a 22% star. seniorů na městském úřadě, 22% mlad. a 31% star. seniorů od rodiny či známých, 16% mlad. a 8% star. seniorů na internetu, 16% mlad. a 12% star. seniorů tyto informace zatím nepotřebovalo.

Otázka č. 15 - Jakých služeb pro seniory byste v budoucnu využil/a?

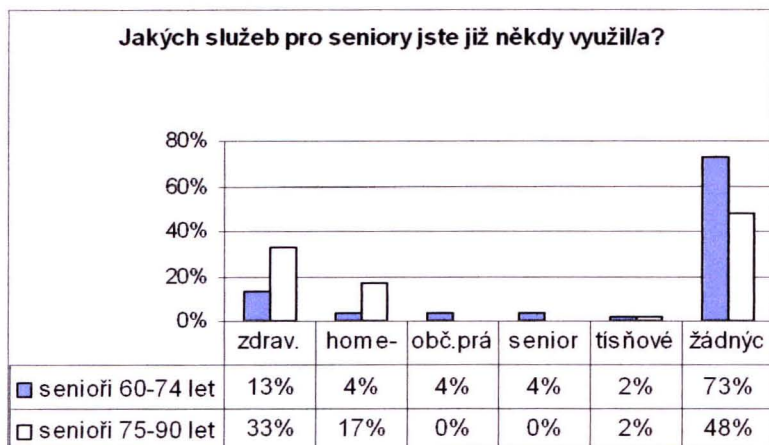
Tabulka č. 33 k otázce č. 15



V kategorii preseniorů by v budoucnu využilo 37% mužů a 44% žen služeb zdravotně-rehabilitačních, 28% mužů a 25% žen pečovatelské a domácí služby (home-care), 10% mužů a 13% žen služeb občansko-právní poradny, 12% mužů a 6% žen senior telefonu, 4% mužů a 8% žen tísňového volání, 5% mužů a 4% žen by nevyžilo žádných služeb, 4% mužů zatím neví.

Jakých služeb pro seniory jste již někdy využil/a?

Tabulka č. 34 k otázce č. 15



13% mladších a 33% starších seniorů již využilo služeb zdravotně-rehabilitačních zařízení, 4% mlad. a 17% star. seniorů pečovatelské a domácí služby (home-care), 4% mlad. seniorů občansko-právní poradny, 4% mlad. seniorů využilo senior telefonu, 2% mlad. i star. seniorů tísňového volání, 73% mlad. a 48% star. seniorů zatím nevyužilo žádných služeb pro seniory.

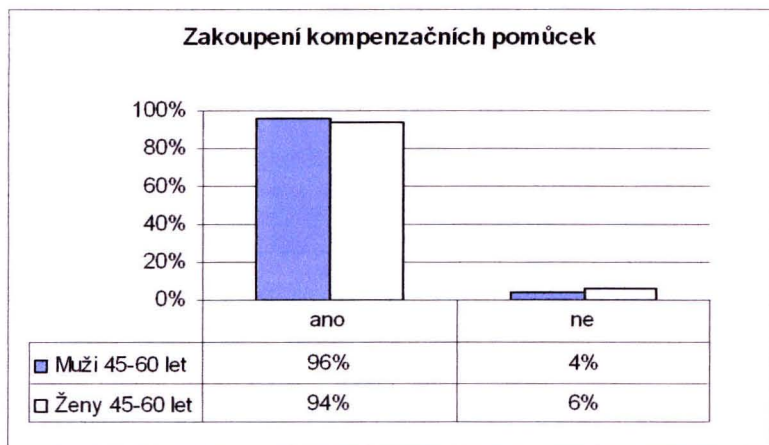
U této otázky je zajímavý rozdíl v představách preseniorů o využití služeb a skutečně využívaných služeb seniory. Zatímco většina preseniorů se domnívá, že bude služeb využívat (nejčastěji zdravotně-rehabilitačních a pečovatelské a domácí služby), téměř tři čtvrtiny mladších seniorů a polovina starších seniorů žádné služby nevyužívají.

Otázka č. 16 - Jaké služby pro seniory nejsou dle Vašeho názoru k dispozici? (Jakých služeb pro seniory byste rád/a využil/a, ale nejsou k dispozici?)

Toto otázku jsem záměrně nezpracovávala graficky, abych v rámci vytváření kategorií nepřišla o zajímavé názory jednotlivců. Cenných připomínek ohledně chybějících služeb pro seniory se věnuji v závěru svého šetření.

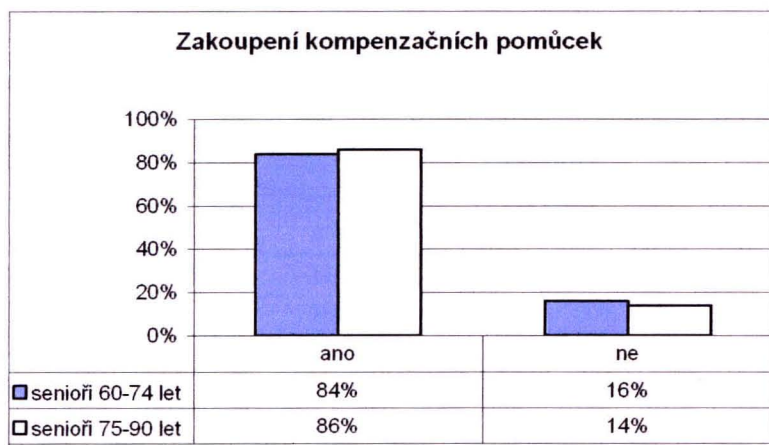
Otázka č. 17 - Zakoupil/a byste různé kompenzační pomůcky do bytu, např. polohovací lůžko, zdravotní matraci, vybavení do koupelny (sedátko do vany, protiskluzovou podložku aj.), pokud by to prodloužilo možnost zůstat bydlet ve vlastním bytě?

Tabulka č. 35 k otázce č. 17



V kategorii preseniorů by 96% mužů a 94% žen zakoupilo kompenzační pomůcky, 4% mužů a 6% žen by je nezakoupilo.

Tabulka č. 36 k otázce č. 17

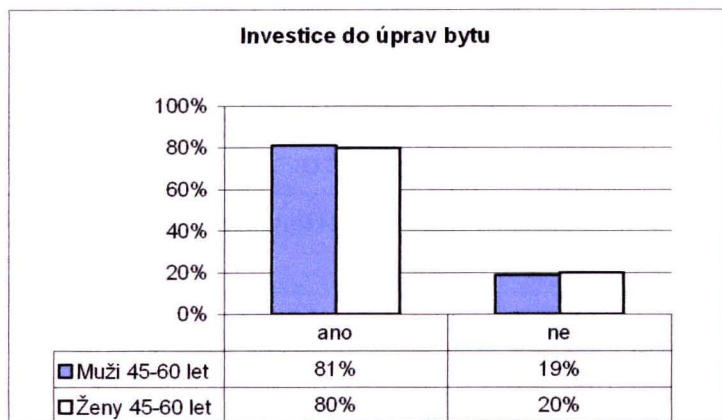


84% mladších a 86% starších seniorů by zakoupilo kompenzační pomůcky, 16% mlad. a 14% star. by je nezakoupilo.

U této otázky můžeme pozorovat velkou shodu mezi všemi kategoriemi respondentů, kdy přes 90% preseniorů a 80% seniorů je pro zakoupení kompenzačních pomůcek.

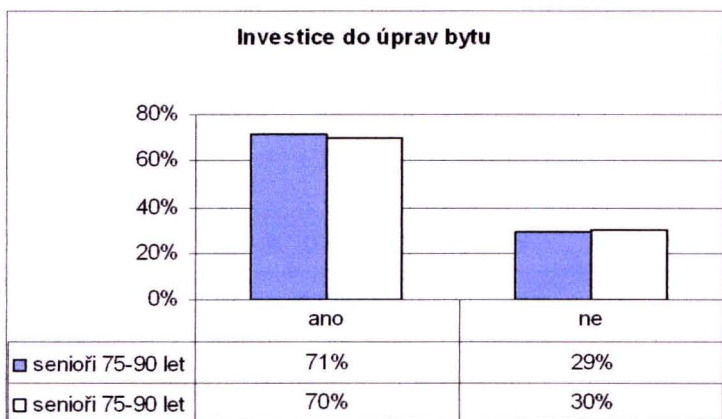
Otázka č. 18 - Zvažoval/a byste investici do úprav bytu (např. na bezbariérový), pokud by to oddálilo nutnost stěhování se do institucionálního zařízení?

Tabulka č. 37 k otázce č. 18



V kategorii preseniorů by 81% mužů a 80% žen investovalo do úprav bytu, 19% mužů a 20% žen by takovou investici nezvažovalo.

Tabulka č. 38 k otázce č. 18



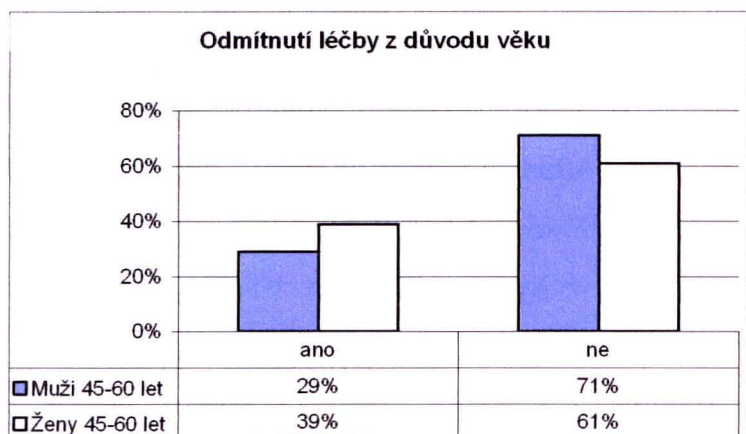
71% mladších a 70% starších seniorů by zvažovalo investici do úprav bytu, 29% mlad. a 30% star. seniorů by o této investici neuvažovalo.

Obdobnou shodu názorů lze pozorovat i u této otázky, jen podíl těch, kteří by investovali do přestavby bytu je o něco nižší, jde o 80% preseniorů a 70% seniorů. V odpovědích některých respondentů zaznělo, že by udělali cokoli finančně dostupného,

pokud by to prodloužilo možnost setrvání ve vlastním bytě. Málokomu z nich se chce ve stáří stěhovat do zcela nového prostředí.

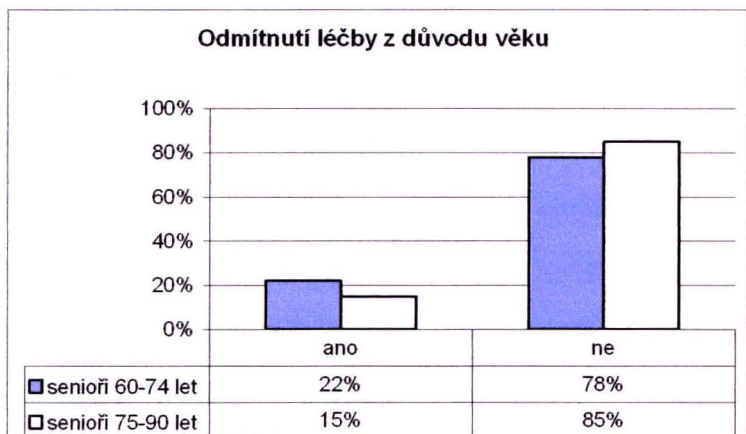
Otázka č. 19 - Setkal/a jste se s tím, že by někomu byla odmítnuta léčba z důvodu věku?

Tabulka č. 39 k otázce č. 19



S odmítnutím léčby z důvodu věku se v kategorii preseniorů setkalo 29% mužů a 39% žen, 71% mužů a 61% žen se s tímto jevem neseťkalo.

Tabulka č. 40 k otázce č. 19



22% mladších a 15% starších seniorů se setkalo s odmítnutím léčby, 78% mlad. a 85% star. seniorů se s tímto jevem neseťkalo.

Jsem překvapena výsledkem, že se s odmítnutím určité léčby setkali častěji respondenti z řad preseniorů než seniorů. Odpovědi mohou být ovlivněni i skutečností, že jsem se neptala, zda tuto situaci zažili osobně či se jednalo o jejich blízké a známé.

7.5 Závěry šetření

V této kapitole podrobně popisují cíl šetření, stanovené úkoly, metody a metodiku šetření i výsledky šetření a jejich interpretaci. Jelikož mé šetření probíhalo pouze v Praze, nelze závěry z něj vztáhnout obecně na celé území naší republiky. Ovšem i tak doufám, že toto šetření přineslo zajímavé podněty, které by se již částečně zobecnit daly.

1. Kvalita života v důchodu

Tento úkol šetření obsahoval následující okruhy Národního programu přípravy na stáří - etické principy, hmotné zabezpečení, zdravý životní styl a kvalita života.

Etické principy - cílem tohoto bodu „programu“ je vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, odstraňovat příčiny nepřípustného omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity. Dalo by se říci, že bez tohoto přístupu nelze ostatní body programu naplňovat.

Postoj ke stáří není jen osobní zkušeností, je i výsledkem kulturního prizmatu, které je mimo jiné prezentováno i médii. Poskytování negativního pohledu médii na seniory informacemi pro ekonomicky aktivní část populace typu - „kolik lidí musí

pracovat na jednoho důchodce" apod. - osobně považuji za velký problém celé problematiky stárnutí a stáří. Konkrétně u této informace se jedná o velké posunutí skutečnosti, ano, důchody jsou vypláceny z příspěvků pracujících (viz kapitola 7.3 Sociální zabezpečení), ale copak současní senioři v aktivním věku nepřispívali na vyplácení důchodového pojištění a copak dnešní ekonomicky aktivní generace nebude jednou pobírat starobní důchod z příspěvků následující generace? Proč by po těchto a podobných informacích měla být ve společnosti tendence po vytvoření společnosti přátelské ke všem generacím. Negativní postoje se dle zmiňovaných výzkumů (kapitola 2.4 Pohled společnosti na stáří) neodrážejí na individuální rovině, ovšem chceme-li dosáhnout obecného povědomí o kvalitách stáří, budeme muset změnit i prezentovaný pohled na seniory. Jak jsem již zmiňovala, na téma prezentování seniorů médií proběhlo již několik studií, bohužel však ani jednu z nich tento bod „programu“ nezahrnuje.

O tom, že tento problém zde opravdu je, svědčí i některé odpovědi respondentů: „Vadí mi obecně pohled naší kultury na stáří. Na seniory se nepohlíží jako na moudré zkušené lidi, ale spíše jako na obtěžující důchodce. Pro seniora je důležitý i duchovní rozměr života. Měl by mít přirozený společenský respekt pro svůj věk, zkušenosti a měl by je předávat dalším.“ (žena, 51 let, vysok. vzděl.), „Společnost nemá seniory jako plnohodnotné členy. Senioři nemají ve společnosti patřičné místo ani úctu, se starými lidmi se zachází jako s osobami méněcennými a nesvéprávnými osobami, které stačí někam zavřít.“ (žena, 57 let, střed. vzděl.). Další respondenti si stěžují na pocit zbytečnosti, na okolí, které jim dává jejich stáří najevo, na nezájem okolí, netoleranci a bezohlednost či samotu. Ovšem, aby nedocházelo ke zmiňovanému zkreslování informací, jsou i tací

respondenti, kteří jsou spokojeni a ve stáří jim nic nevadí, bohužel těch byla v mém šetření spíše menšina.

Hmotné zabezpečení - cílem tohoto bodu „programu“ je podporovat vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, která je souvislým celoživotním procesem, posílit význam penzijního připojištění, životního pojištění a jiných forem vytváření finančních rezerv na stáří.

Od roku 1994 je uzákoněna možnost dobrovolného penzijního připojištění, od roku 1999 s poskytováním daňových úlev (viz kapitola 7.2.3 Sociální zabezpečení). Dvanáct let je již doba, za kterou by tato možnost mohla vejít do všeobecného povědomí populace. Domnívala jsem se, že této možnosti bude využívat minimálně polovina respondentů ve věku 45-60 let a alespoň třetina mladších seniorů (odcházejících do důchodu v těchto 12 letech), u starších seniorů jsem neměla představu.

Můj předpoklad se potvrdil, ekonomicky se na důchod připravuje přes 80% respondentů predůchodového věku, z toho přes 60% důchodovým připojištěním. Na důchod se ekonomicky připravovalo i téměř 70% seniorů, z toho 40% mladších a 26% starších seniorů důchodovým připojištěním.

Je zde znatelný rozdíl mezi věkovými skupinami seniorů, třetinový předpoklad se tedy naplnil, pozitivní je, že i u té starší skupiny. U jiných možností přípravy jmenovali respondenti v důchodu v několika případech kromě renovování nemovitostí i např. nákup oblečení. Což je pro mne důkazem tragičnosti výše starobního důchodu...

Dalo by se tedy říci, že tento bod „programu“ se vládě daří naplňovat. Jelikož výše starobního důchodu u nás není nikterak závratná, přistupuje většina respondentů k penzijnímu připojištění spíše jako k nutnosti, než k možnosti.

Zdravý životní styl, kvalita života - cílem tohoto bodu „programu“ je dlouhodobě podporovat a rozvíjet opatření, programy a postupy, které by prostřednictvím podpory zdravého životního stylu a zdravého stárnutí vedly ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, omezovaly růst počtu závislých seniorů a podporovaly aktivní život seniorů. Vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností jak osob produktivního věku, tak i seniorů, a to prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, vytvářením rovných příležitostí, rozšiřováním možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje.

Z výsledků otázek šetření dotýkajících se tohoto bodu vyplývá, že většina respondentů myslí na své zdraví a tak cvičí, chodí na procházky, sportuje i se snaží zdravě žít.

S tímto bodem „programu“ je spojena i poskytovaná zdravotní péče, k té se dostanu při hodnocení 3. cíle šetření.

2. Přirozené sociální prostředí a bydlení

Přirozené sociální prostředí - cílem tohoto bodu „programu“ je podporovat přístupy k zachování přirozeného sociálního prostředí jako předpokladu pro udržení, případně i rozvoj společenského postavení seniorů.

Bydlení - cílem tohoto bodu „programu“ je průběžně vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů, poskytovat seniorům podporu při přizpůsobení bydlení jejich potřebám, zlepšovat podmínky bydlení seniorů s důrazem na jeho individuální charakter, chápat tato opatření jako prevenci a oddálení institucionalizace.

Dalo by se říci, že pro tyto oblasti přípravy na stáří je velmi dobře připravené pole působnosti. Téměř všichni respondenti si přejí zůstat ve stáří v případě soběstačnosti ve

vlastním bytě. Téměř 100% preseniorů a 80% seniorů by zakoupilo i kompenzační a další pomůcky, pokud by to umožnilo prodloužit pobyt ve vlastním bytě, 80% preseniorů a 70% seniorů by uvažovalo i o přestavbě bytu na bezbariérový. V případě soběstačnosti seniora není tedy třeba vynakládat snahu na přesvědčení o setrvání ve vlastním bytě. Ovšem v případě nesoběstačnosti se největší zájem respondentů dělí o bydlení ve vlastním bytě s docházením pečovatelky a bydlení v domě s pečovatelskou službou a bohužel tyto služby stále nejsou dostupny v rozsahu, v jakém by byly třeba.

V poslední době vznikají např. domy klidného stáří na venkově. Bohužel však momentálně není tendence vlády podporovat výstavbu domů s pečovatelskou službou. Kubalčíková (In Autonomie ve stáří, 2004 s.221-227) uvádí zkušenost s projektem v Nizozemí, kde bylo základním požadavkem seniorů zvýšení počtu domů s chráněným bydlením pro seniory, zejména takových, které jsou v těsné blízkosti domovů pro seniory, popř. s těmito domovy přímo koexistují. Podobné projekty jsou již rozjeté v některých částech Prahy (např. Řepy, Čimice ad.) k velké spokojenosti místních obyvatel. Těmito projekty by se měla vláda inspirovat při řešení otázky bydlení seniorů a zahrnout je do tohoto bodu „programu“, jinak se obávám, že stále zůstane jen u konstatování, že by tuto problematiku bylo třeba řešit.

3. Zdravotní péče a komplexní sociální služby

Zdravotní péče - cílem tohoto bodu „programu“ je rozvíjet systémy zdravotní péče tak, aby se dokázaly vyrovnat s novou demografickou situací. Zvyšovat účinnost a účelnost zdravotní péče. Dodržovat zásadu rovného přístupu ke zdravotní péči, podporovat opatření související s primární a sekundární prevencí. Rozvíjet oblast primární integrované komunitní péče

a úzkou spoluprací mezi zdravotnickými službami a službami sociální péče při komplexním řešení potřeb seniorů.

Z výsledků šetření vyplývá, že v této oblasti je stále co dohánět. S odmítnutím určité léčby z důvodu věku se setkalo 40% žen a 30% mužů z řad preseniorů a téměř čtvrtina respondentů z řad mladších seniorů! Pochopitelně se nejedná o neposkytnutí akutní léčby, nicméně snažíme-li se prodlužovat střední délky života, měli bychom také posunout pomyslnou hranici, za kterou se léčba „finančně nevyplácí.“

Spoluprací mezi zdravotními a sociálními službami zajišťuje služba home-care. O její využívání by měla zájem více než čtvrtina respondentů preseniorů.

Komplexní sociální služby - cílem tohoto bodu „programu“ je vytvořit takový systém komplexních sociálních služeb, dotýkající se všech sfér života a respektující práva a individuální potřeby seniorů, který jim umožní setrvat v přirozeném domácím prostředí co možná nejdéle nebo po celý jejich život, podpoří udržení jejich nezávislosti a důstojného prožití této fáze života a současně zajistí pomoc rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory.

V plnění tohoto bodu „programu“ je potěšující, že téměř všichni respondenti věděli, kde je městský úřad a v případě potřeby mají tedy možnost získat informace o sociálních službách. Informace jsou dostupné i u lékaře či na internetu. Kolem 30% respondentů získalo potřebné informace od rodiny či známých.

Největší zájem je o zdravotně-rehabilitační služby a zmiňované služby home-care.

Jelikož si tento bod „programu“ klade za cíl poskytování služeb dotýkajících se všech sfér života, ptala jsem se respondentů, jakých služeb by rádi využili, ale nejsou

k dispozici (dotazníková otázka č. 16). V kategorii preseniorů jsem zaznamenala tyto odpovědi: nedostatek míst v nejrůznějších zařízeních pro seniory (jak jsem již zmiňovala, ve svém šetření jsem se v kategorii seniorů zaměřila na soběstačné seniory, proto se problematice míst v zařízeních pro seniory více méně nevěnuji. Nicméně je nutno konstatovat, že tento problém opravdu existuje a nevyřeší se tím, že budeme doufat, že většina preseniorů chce trávit své stáří ve vlastních domovech.); společnice, která by si přišla popovídat; služby hrazené jen seniory, někteří z nich by si rádi připlatili určitý nadstandard; móda pro starší; docházení lékaře do bytu; kadeřnice; více drobných klubů pro seniory; levné zájezdy a výlety; levné obědy; donášky nákupů či paní na úklid. V kategorii seniorů jsem zaznamenala tyto odpovědi: levné zájezdy a výlety; slevy na letenky; slevy na vstupy; lázně pro seniory; hospodyně za přijatelnou cenu; více důstojných DD, domovů s pečovatelskou službou; sociální lůžka v nemocnicích či slevy pomůcky při inkont. apod. Některé jmenované služby jsou k dispozici, ovšem mají-li respondenti pocit, že nejsou, je to rozhodně důvod k zamyšlení a opět se dostáváme k potřebě jednotného informačního systému či koordinačních center, jak je tomu v jiných zemích.

4. Aktivity

Tento úkol šetření obsahoval tyto body „programu“ - pracovní aktivity, společenské aktivity a vzdělávání.

Pracovní aktivity - tento bod „programu“ si klade za jeden z cílů vytvářet podmínky a příležitosti pro setrvání nebo opětovné zapojení starších pracovníků a seniorů do práce, tím ovlivnit prodloužení aktivní fáze jejich života a pro společnost získat významné pracovní a ekonomické zdroje.

Několik respondentů v mém šetření mělo možnost postupného přechodu do důchodu. Ze zaměstnání na plný úvazek přecházeli na částečný a postupně do role konzultanta navštěvující firmu např. jednou týdně. Ti, kteří tuto možnost měli, si ji velmi pochvalovali. Během fáze postupného vstupování do důchodu měli tito lidé možnost přemýšlet o uspořádání dalšího života a byla jim usnadněna adaptace na důchod. Pozitivní zjištění je i to, že tito lidé se i nadále zapojují do aktivního dění společnosti a věnují se např. dobrovolnictví.

Téměř čtvrtina respondentů preseniorů je nakloněna myšlence postupného vstupování do důchodu, tedy setrvání v zaměstnání i v důchodu. Zde je ovšem otázka, zda je to opravdu z důvodu atraktivnosti této varianty o postupné adaptaci na důchod nebo jde o ekonomickou nutnost.

V každém případě je zde znatelná podpora myšlenky setrvání v zaměstnání. 26% mladších seniorů a 15% starších seniorů respondentů tuto možnost má. Jde tedy o to i nadále vytvářet podmínky pro zaměstnávání starších pracovníků.

V realizaci tohoto bodu se nutně odráží regionální problematika nezaměstnanosti. Tendence podporovat setrvávání seniorů v zaměstnání je znatelná v Praze, ovšem těžko věřit, že tomu tak je i v regionech s vysokou nezaměstnaností občanů již od 50 let. Samostatnou kapitolu by si jistě zasloužilo i téma vstupu dlouhodobě nezaměstnaných do důchodu, negativní důsledky nejen na výši starobní penze, ale i s tím související dopad na psychiku jedinců.

Společenské aktivity - cílem toho bodu „programu“ je umožnit seniorům ovlivňovat politický a společenský vývoj, formulovat své potřeby a požadavky a podílet se na jejich realizaci. Získávat seniory k účasti na společenských aktivitách, využívat

jejich potenciálu, vytvářet podmínky pro aktivní účast seniorů při tvorbě a realizaci programů a projektů pro ně samé.

Možnost využívat účast na aktivitách pořádaných pro seniory využívá asi 40% seniorů, ale již 60% preseniorů se domnívá, že těchto nabídek využije. Nejčastěji se jedná o nabídky přednášek, výletů, procházek za kulturními památkami, zájem o podíl na zájmových kroužcích a sportovních aktivitách klesá s věkem. Dalo by se říci, že v získávání seniorů na účasti na společenských aktivitách se daří tento bod „programu“ naplňovat. Bohužel však již méně v aktivní účasti seniorů při tvorbě a realizaci programů. Zájem o účast na dobrovolnictví mezi seniory je stále spíše hudbou budoucnosti. Nejlépe se většina respondentů cítí ve společnosti svého partnera/ky a rodiny. Možná i tato skutečnost ovlivňuje potřebu „dělat něco pro ostatní“. Mnohem pozitivnější situace je v řadách preseniorů, o spolupodílení na organizaci programu pro seniory má zájem 55% žen a téměř 50% mužů. Můžeme tedy doufat, že nezůstane jen u zájmu.

Mnohem horší situace je při spolupodílení se na realizaci potřeb seniorů,

Vzdělávání – cílem tohoto bodu „programu“ je prostřednictvím systému celoživotního vzdělávání poskytovat možnosti vzdělávat se po celou dobu života člověka, v souladu s jeho potřebami a zájmy. Vytvářet prostředí a programy umožňující stárnoucím osobám a seniorům vyrovnat se s novými poznatky a informačními technologiemi, které mohou vést k udržení a rozvíjení jejich schopností, přispět ke zvládnutí nároků moderní společnosti a naplnit jejich zájmy a potřeby.

Dalo by se říci, že tento bod „programu“ je relativně dobře naplňován programy celoživotního vzdělávání. Zájem o návštěvnost nejrůznějších kurzů toto studia má přes 60% žen a 40% mužů preseniorů a 30% mladších seniorů.

Národní program přípravy na stáří 2003-2007 je rozsáhlým projektem, na jehož realizaci se podílejí všechna ministerstva vlády ČR. Pro jeho naplnění již bylo mnohé učiněno, nejvíce asi Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem školství. Nicméně některé otázky, jak mimo jiné vyplývá i z tohoto šetření, zůstávají stále nevyřešeny a mnohé i neřešeny.

Jednou z těžkostí, která nutně při plnění tohoto programu musí vyvstat, je právě to, že jde o rozsáhlou činnost všech ministerstev. Koncepce je roztržštěná mezi rezorty, chybí zde větší mezirezortní propojenost.

Částečně se ztrácí i konkretizace přenesená do skutečného života. Nejvíce asi tím, že nebyly vytyčeny úkoly pro jednotlivé kraje a města.

Závěr

Stáří a dnešní společnost - má práce na toto téma je u konce. Plno představ, nápadů, očekávání, ale i obav z této práce je pryč. Nyní nastává fáze kritického pohledu zpět.

O situaci seniorů v naší společnosti i pohledu společnosti na seniory bylo mnohé řečeno.

Chceme-li něco na některých zmiňovaných negativách změnit, musíme začít u sebe. Ano, jde o idealistický pohled, ale jen do určité míry. Z výsledků výzkumného projektu Ageismus 2003 vyplývá, že i v naší společnosti dochází k určité věkové diskriminaci, nicméně ne v individuální rovině. Ve svých postojích bychom měli pamatovat na konkrétní pozitivní zkušenosti.

Právě potvrzení faktu, že senioři nejsou stěžující si homogenní skupinou, pro mne bylo obrovským osobním přínosem.

Během svého studia jsem si udělala určitou představu o službách pro seniory, dozvěděla jsem se o nejrůznějších projektech a sdruženích zabývajících se seniory. Ovšem i přesto jsem se částečně domnívala, že máme v této oblasti oproti jiným západním zemím velmi mnoho co dohánět. Ve čtvrtém ročníku jsem měla příležitost vyjet v rámci meziuniverzitních dohod na roční stipendium na univerzitu do Německa a seznámit se tam mimo jiné i s poskytovanými sociálními službami pro seniory. Ano, úroveň služeb pro bohaté seniory zatím opravdu nedosahujeme, nicméně naštěstí nedosahujeme ani toho druhého konce pomyslné křivky poskytovaných služeb. Pohled na „chudé“ seniory ve státních zařízeních se též nedá srovnat, tentokrát však v náš prospěch.

Život je tvrdý a nejtvrdší k slabším skupinám (dětem, postiženým, nemocným, starým aj.). Naše země vždy patřila mezi sociální státy. Obrovskou výhodou toho je, že se u nás téměř

nesetkáme s absolutní chudobou a o všechny ohrožené skupiny občanů je v rámci možností postaráno.

Během komunistické éry zde prakticky neexistoval soukromý sektor. Toto se od listopadové revoluce se nejvíce změnilo. Vzniklo mnoho nadací, občanských sdružení či projektů podporujících seniory. Velmi slibný mi připadá již zmiňovaný projekt „Společnost přátelská ke všem generacím“. Jednou ze změn, o které se snaží, je i nediskriminující pohled na seniory v médiích.

Ve své práci jsem se snažila o co nejširší pohled na problematiku stáří, o to, co dělá společnost pro seniory nebo co seniorům nabízí. Zajímavým a přínosným rozšířením či pokračováním této práce by bylo i větší zmapování projektů práce seniorů pro seniory a seniorů pro ostatní generace.

Jak jsem již několikrát ve své práci zmiňovala, v oblasti sociálních služeb je stále co zlepšovat - ať co do počtu dostupných míst v zařízeních pro seniory, propojení domů s pečovatelskou službou a jednotlivých domácností seniorů, služeb pro aktivní seniory (levné zájezdy, výlety ad.) nebo větší meziresortní propojeností. Nicméně nutno dodat, že v této oblasti bylo již i mnohé zlepšeno - vládou (naplňování Národního programu přípravy na stáří jsem zhodnotila v závěru svého šetření) či soukromým sektorem.

Nicméně ve stáří nejde jen o využívání služeb, je nutno dbát i na „duchovní“ rozměr stáří - ochotu pomáhat druhým - zatraktivnění dobrovolnictví. Na určité „mezisousedské“ pomoci jsou založeny i moderní domovy pro seniory. V odpovědích některých respondentů zaznívala touha po společnosti, moci si s někým popovídat, mít někoho, kdo by o ně stál.

Pro ideální stav vztahu mezi společností a seniory se musí snažit obě strany - nesenioři i senioři. Každý z nás se může na

změně této situace dle svých možností podílet - podanou pomocnou rukou, spolupodílením se na aktivitách pro seniory, nasloucháním nebo „jen“ změnou pohledu a přístupu k seniorům.

Seznam literatury:

- ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989.
ISBN 80-7038-044-6.
- BACCI, M. L. *Populace v evropské historii*. Praha: NLN, 2003.
ISBN 80-7106-495-5.
- BORTZ, W., M. *Wir alle können länger leben*. Hamburg: Hoffmann
und Campe, 1993. ISBN 3-45508484-2.
- DESSAINTOVÁ, M., P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999.
ISBN 80-7178-255-6.
- ĎOUBAL, S. *Teoretická gerontologie*. Praha: Karolinum, 1997.
ISBN 80-7184-481-0.
- ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002.
ISBN 80-7203-380-8.
- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha:
Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- FRANKL, V., E.: *Vůle po smyslu*. Brno: Cesta, 1994.
ISBN 80-85139-29-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989.
ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.
ISBN 80-7262-132-7.

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997.
ISBN 80-85928-97-3.

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

Charty seniorů a chronicky nemocných. Praha: ČALS, 2001.
ISBN 80-86541-01-0.

JUNG, C., G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995.
ISBN 80-200-0543-9.

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

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005.
ISBN 80-7254-662-7.

KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: ONYX, 1995.
ISBN 80-85228-07-6.

LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro praktické lékaře*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0098-7.

MAHONEY, D., RESTAK, R. *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0260-X.

MACHONIN, P., Tuček, M. a kol. *Česká společnost v transformaci*. Praha: SLON, 1996. ISBN 80-85850-17-6.

MANSFELDOVÁ, Z., TUČEK, M. *Současná česká společnost*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2002. ISBN 80-7330-009-5.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

Mladá Fronta DNES Děti se ve školách začnou brzy učit o stáří.
15. 11. 2005

MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-75-3.

Obce, města, regiony a sociální služby. Praha: Socioklub, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

PACOVSKÝ, Vl. *Geriatric*. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

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

PACOVSKÝ, Vl. *Proti věku není léku.* Praha: Karolinum, 1997.
ISBN 80-7184-486-1.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi.* Praha:
Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

POSPÍŠILOVÁ, A. *Cvičení paměti ve vyšším věku.* Praha:
Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1995. ISBN 80-85529-19-X.

PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: ASPI, 2003.
ISBN 80-86395-69-3.

Předpisy o sociálním pojištění III - Důchodové pojištění. Praha:
MPSV, 2001. ISBN 80-86552-02-0.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV.* Praha: SPN, 1974.
ISBN 14-429-74.

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

RABUŠIC, L. *Česká společnost a senioři.* Brno: Masarykova
univerzita, 1997. ISBN 80-210-1729-5.

RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne.* Brno: Masarykova
univerzita, 1995. ISBN 80-210-1155-6.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem.* Praha: Panorama, 1989.
ISBN 80-7038-078-0.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2003.
Praha: MPSV, 2004. ISBN 80-86878-00-7.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál, 1999.
ISBN 80-7178-274-2.

Stárnutí a politika zaměstnanosti Česká republika. Praha: MPSV,
2004. ISBN 80-86552-97-7.

STERNBERG, R., J. *Kognitivní psychologie.* Praha: Portál, 2002.
ISBN 80-7178-376-5.

*Süddeutsche Zeitung Atraktives Alter - Frei leben und für
einander da sein.* 13. 2. 2006

*Süddeutsche Zeitung Atraktives Alter - Wohlfühl-Shopping für die
Best-Agers.* 15. 2. 2006

SÝKOROVÁ, D., Chytil, O. *Autonomie ve stáří.* Ostrava: Albert,
2004. ISBN 80-7326-026-3.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory.* Praha:
Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

TOMEŠ, I. *Sociální politika - teorie a mezinárodní zkušenost.*
Praha: Socioklub, 2001. ISBN 80-86484-00-9.

TOMEŠ, I. *Sociální správa.* Praha: Portál, 2002.
ISBN 80-7178-560-1.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatricie praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.

Zákon č. 42/1994 Sb. O dobrovolném penzijním připojištění.

Zákon č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění.

Zákon č. 582/1991 Sb. O organizaci a provádění sociálním zabezpečení.

Zákon č. 100/1988 Sb. - O sociálním zabezpečení.

Zákon č. 114/1988 Sb. - O působnosti orgánů ČSR v sociálním zabezpečení (ve znění pozdějších předpisů).

Zákon č. 48/1997 Sb. - O veřejném zdravotním pojištění.

Seznam webových stránek:

Česká alzheimerovská společnost ČASL

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.alzheimer.cz/>

<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=4>

Časopisy seniorů

staženo - 13. 12. 2005

<http://www.rscr.cz/ArchivES.htm>

<http://www.rscr.cz/Noviny%20DS.htm>

<http://www.seniorrevue.cz/>

<http://www.zivot90.cz/>

<http://www.zlatelisty.cz/>

Domáci péče

staženo - 20. 10. 2005

http://www.kdpnadeje.cz/home_care.php

Gerontologie

staženo - 11. 10. 2004

<http://www.faf.cuni.cz/Gerontology/mechanisms/physiology/zrak.asp>

<http://www.faf.cuni.cz/Gerontology/mechanisms/Contra/Mechanisms>

<Contra.asp>

http://www.faf.cuni.cz/gerontology/mechanisms/essayes/essay_on_gerontology.asp

Mezinárodní den seniorů

staženo - 15. 11. 2005

<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=584>

Nadace Senio

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.senio.cz/index.php?w=art&id=1331&rub=50&s=>

Občanské sdružení GEMA

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.gerontocentrum.cz/gema/>

Penziony pro seniory

staženo - 8. 1. 2006

<http://senior-club.cz/index.php?q=Úvod>

Portál pro seniory

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.seniori.org/DesktopDefault.aspx>

Rada seniorů

staženo - 13. 12. 2005

<http://www.rscr.cz/Info%20sd.htm>

Respitní péče

staženo - 20. 10. 2005

<http://www.help-in.cz/respit.htm>

Rok 1999 - Mezinárodní rok starších lidí

staženo - 15. 11. 2005

<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=537>

Senioři v mezigenerační společnosti - mezinárodní den seniorů

1. 10. 2004

staženo - 15. 11. 2005

<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=954>

Společnost přátelská všem generacím

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.spvg.cz/index.php?id=1>

Život 90

staženo - 8. 1. 2006

<http://www.zivot90.cz/>

Příloha č. 1 - Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007

(zkrácená verze, celé znění na <http://www.mpsv.cz/cs/1057>)

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

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

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

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

A. Mladá generace.

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

Přítomnost starších lidí v rodině, v sousedství a ve všech formách společenského života je stále nenahraditelnou lekcí humanity. Ohled na starší členy společnosti a péče o ně jsou jedny z mála stálých hodnot v lidské kultuře kdekoliv na světě. Je potřebné, aby mladá generace přijala princip nediskriminace a solidarity a uznala, že starší lidé přinášejí do života

společnosti nezastupitelné kvality, že starší generace není ohrožením národního životního standardu, ale naopak se na jeho tvorbě může významně podílet.

B. Střední generace.

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

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

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

C. Seniorská generace.

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

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

I. Etické principy.

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je

důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

Cíle:

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

II. Přirozené sociální prostředí.

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

Cíle:

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

III. Pracovní aktivity.

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

Cíle:

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

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

Zlepšovat podnikové vzdělávání, pracovní podmínky a organizaci práce, zvyšovat schopnost adaptace pracovníků na změny, uplatňovat komplexní přístup k odstraňování nerovností v práci

z důvodu věku a zlepšovat možnosti zapojení starších pracovníků a seniorů včetně využití jejich zkušeností.

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

IV. Hmotné zabezpečení.

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

Cíle:

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

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

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

V. Zdravý životní styl, kvalita života.

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

Cíle:

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

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

VI. Zdravotní péče.

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

Cíle:

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

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

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

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

Podporovat restrukturalizaci a reprofilizaci zdravotnických zařízení.

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

Posilovat roli pacienta, jeho rodiny a svépomocných patientských skupin.

Podporovat gerontologický výzkum.

VII. Komplexní sociální služby.

Nárůst počtu seniorů a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby reflektovaly různost sociální situace seniorů

a minimalizovaly riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.

Cíle:

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

VIII. Společenské aktivity.

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

Cíle:

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

IX. Vzdělávání.

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

Cíle:

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

Vytvářet prostředí a programy umožňující stárnoucím osobám a seniorům vyrovnat se s novými poznatky a informačními technologiemi, které mohou vést k udržení a rozvíjení jejich

schopností, přispět ke zvládnání nároků moderní společnosti a naplnit jejich zájmy a potřeby.

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

X. Bydlení.

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

Cíle:

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

Příloha č. 2 – Dotazník pro preseniory

Dobrý den!

V rukách držíte dotazník k mé diplomové práci na téma „Stáří a dnešní společnost“.

Tento dotazník je anonymní a údaje z něj použiji pouze ke zpracování své práce.

Předem Vám mnohokrát děkuji za čas, který tomuto dotazníku věnujete.

Anna Hoffmannová
Husitská teologická fakulta
Univerzita Karlova

Údaje důležité k vyhodnocení:

Pohlaví: žena muž

Věk:

Vzdělání: základní vyučen/a středoškolské vysokoškolské

1. Od jakého věku byste používal(a) termín „senior“?

-----50-----60-----70-----80-----90-----

2. V kolika letech by Vám vyhovovalo odcházet do důchodu?

.....

3. Připravujete se ekonomicky na odchod do důchodu?

- ANO - spořením
- důchodovým připojištěním
- jinak

NE

4. Jakým aktivitám byste se rád/a po vstupu do důchodu věnoval/a?

- i nadále zaměstnání
- koníčkům
- rodině
- dobrovolnictví
- něčemu jinému

5. Domníváte se, že budete využívat nabídek aktivit pořádaných pro seniory?

- ANO - přednášek
- výletů
- procházek za kulturními památkami
- tanečních
- zájmových kroužků
- sportovních aktivit
- jiných

NE

Pokud ano, budete se spolupodílet na jejich organizaci?

ANO

NE

6. Přemýšlel/a jste o tom, že byste někdy v budoucnu využil/a nabídek studia „Univerzit třetího věku“?

ANO

NE

7. V čí společnosti byste chtěl/a trávit důchodový věk?

- partnera/ky
- rodiny
- přátel
- známých
- někoho jiného

8. Co děláte pro své zdraví?

- cvičím
- jím zdravě
- chodím na procházky, výlety
- něco jiného

9. Co pro Vás bude ve stáří nejtěžší?

- tělesné obtíže
- úbytek sociálních kontaktů
- nadbytek volného času
- nedostatek financí
- něco jiného

10. Co si myslíte, že Vám bude ve stáří nejvíce vadit?

.....

11. Kde byste rád/a ve stáří bydlel/a v případě, že budete soběstačný/á?

- ve vlastním bytě
- u svých příbuzných
- v domě s pečovatelskou službou
- v domově důchodců
- jinde

12. V případě, že ve stáří nebudete zcela soběstačný/á, kde byste rád/a bydlel/a?

- ve vlastním bytě
- ve vlastním bytě s docházením pečovatelky
- u svých příbuzných
- v domě s pečovatelskou službou
- v domově důchodců
- jinde

13. Víte, kde se ve Vašem bydlišti nachází nejbližší městský úřad?

ANO

NE

14. Kde jste získal/a informace o sociálních službách, pokud jste je potřeboval/a?

- u lékaře
- na městském úřadě
- od rodiny, přátel, známých
- na internetu
- jinde

15. Jakých služeb pro seniory byste v budoucnu využil/a?

- služeb zdravotně-rehabilitačních zařízení
- pečovatelské a domácí služby (home-care)
- občansko-právní poradny
- senior telefonu (poradenská linka pro seniory)
- tísňového volání
- dalších
- žádných

16. Jaké služby pro seniory nejsou dle Vašeho názoru k dispozici?

.....
.....

17. Zakoupil/a byste různé kompenzační pomůcky do bytu, např. polohovací lůžko, zdravotní matraci, vybavení do koupelny (sedátko do vany, protiskluzovou podložku aj.), pokud by to prodloužilo možnost zůstat bydlet ve vlastním bytě?

ANO

NE

18. Zvažoval/a byste investici do úprav bytu (např. na bezbariérový), pokud by to oddálilo nutnost stěhování se do institucionálního zařízení?

ANO

NE

19. Setkal/a jste se s tím, že by někomu byla odmítnuta určitá léčba z důvodu věku?

ANO

NE

20. Napadá Vás v souvislosti s problematikou stáří ještě něco dalšího?

.....
.....

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas!

Příloha č. 3 - Dotazník pro seniory

Dobrý den!

V rukách držíte dotazník k mé diplomové práci na téma „Stáří a dnešní společnost“.

Tento dotazník je anonymní a údaje z něj použiji pouze ke zpracování své práce.

Předem Vám mnohokrát děkuji za čas, který tomuto dotazníku věnujete.

Anna Hoffmannová
Husitská teologická fakulta
Univerzita Karlova

Údaje důležité k vyhodnocení:

Pohlaví: žena muž

Věk:

Vzdělání: základní vyučen/a středoškolské vysokoškolské

1. Od jakého věku byste používal(a) termín „senior“?

-----50-----60-----70-----80-----90-----

2. V kolika letech jste odcházel/a do důchodu?

.....

Vyhovoval Vám věk Vašeho odchodu do důchodu?

ANO

NE - chtěl/a jsem odejít dříve

- chtěl/a jsem odejít později

3. Připravoval/a jste se ekonomicky na odchod do důchodu?

ANO - spořením

- důchodovým připojištěním

- jinak

NE

4. Jakým aktivitám se po vstupu do důchodu věnujete?

- i nadále zaměstnání

- koníčkům

- rodině

- dobrovolnictví

- něčemu jinému

5. Účastníte se aktivit pořádaných pro seniory?

ANO - přednášek

- výletů

- procházek za kulturními památkami

- tanečních

- zájmových kroužků

- sportovních aktivit

- jakých

NE

Pokud ano, spolupodílíte se na jejich organizaci?

ANO

NE

6. Uvažoval/a jste o nabídkách studia „Univerzit třetího věku“?

ANO

NE

Pokud ano, vyhovuje Vám nabídka programů?

ANO

NE

Pokud Vám nevyhovuje nabídka programů, co byste změnil/a?

.....
.....

7. V čí společnosti se cítíte nejlépe?

- partnera/ky
- rodiny
- přátel
- známých
- někoho jiného

8. Co děláte pro své zdraví?

- cvičím
- jím zdravě
- chodím na procházky, výlety
- něco jiného

9. Co je podle Vás na stáří nejtěžší?

- tělesné obtíže
- úbytek sociálních kontaktů
- mnoho času
- nedostatek financí
- něco jiného

10. Co Vám ve stáří nejvíce vadí?

.....

11. Kde byste rád/a bydlela co nejdéle, v případě, že budete soběstačný/á?

- ve vlastním bytě
- u svých příbuzných
- v domě s pečovatelskou službou
- v domově důchodců
- jinde

12. V případě, že nebudete v budoucnu zcela soběstačný/á, kde byste rád/a bydlel/a?

- ve vlastním bytě
- ve vlastním bytě s docházením pečovatelky
- u svých příbuzných
- v domě s pečovatelskou službou
- v domově důchodců
- jinde

13. Víte, kde se ve Vašem bydlišti nachází nejbližší městský úřad?

ANO

NE

14. Kde jste získal/a informace o sociálních službách, pokud jste je potřeboval/a?

- u lékaře
- na městském úřadě
- od rodiny, přátel, známých
- na internetu
- jinde

15. Jakých služeb pro seniory jste již někdy využil/a?

- služeb zdravotně-rehabilitačních zařízení
- pečovatelské a domácí služby (home-care)
- občansko-právní poradny
- senior telefonu (poradenská linka pro seniory)
- tísňového volání
- dalších
- žádných

16. Jakých služeb pro seniory byste rád/a využil/a, ale nejsou k dispozici?

.....
.....

17. Zakoupil/a byste různé kompenzační pomůcky do bytu, např. polohovací lůžko, zdravotní matraci, vybavení do koupelny (sedátko do vany, protiskluzovou podložku aj.), pokud by to prodloužilo možnost zůstat bydlet ve vlastním bytě?

ANO

NE

18. Zvažoval/a byste investici do úprav bytu (např. na bezbariérový), pokud by to oddálilo nutnost stěhování se do institucionálního zařízení?

ANO

NE

19. Setkal/a jste se s tím, že by někomu byla odmítnuta určitá léčba z důvodu věku?

ANO

NE

20. Napadá Vás v souvislosti s problematikou stáří ještě něco dalšího?

.....
.....

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas!

