

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Diplomová práce

2019

Bc. Dagmar Tesařová

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Dagmar Tesařová

*Osobní příprava seniorů na potenciálně klesající
soběstačnost v kontextu systému sociální pomoci*
Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2019

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za její cenné podněty a připomínky, a své rodině za trpělivost a psychickou podporu.

Obsah

Úvod	1
1. Fenomén stáří.....	3
1.1. Biologické stárnutí.....	3
1.2. Psychické stárnutí.....	5
1.3. Sociální změny.....	6
1.4. Mýty o stáří.....	8
1.5. Příprava a adaptace na stáří.....	9
2. Gerontologická perspektiva.....	11
2.1. Demografický vývoj a stárnutí společnosti.....	11
2.2. Ageismus.....	15
2.3. Historický vývoj gerontologického myšlení.....	17
2.4. Koncept aktivního stárnutí.....	19
2.5. Umění stárnout.....	21
3. Současný systém sociální pomoci pro seniory v ČR.....	23
3.1. Sociální služby pro seniory.....	25
3.2. Sociální dávky pro seniory a zdravotně postižené.....	25
3.3. Dávky nemocenského pojištění pro seniory.....	25
3.4. Zdravotnické služby.....	26
3.5. Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS)	27
4. Metodologie výzkumu	29
4.1. Cíl výzkumu, výzkumná otázka a dílčí cíle	29
4.2. Metody a techniky	29
4.3. Charakteristika výzkumného souboru	30
4.4. Charakteristika respondentů	30
4.5. Sběr dat.....	32
5. Hodnocení a interpretace výsledků	33
5.1. Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak senioři prožívají své stáří	33
5.1.1. Aktivní senioři	33
5.1.2. Umění stárnout	36
5.1.3. Vlastní konečnost	37
5.2. Dílčí cíl č. 2: Zjistit zda se orientují v současném systému sociální pomoci v ČR.....	38
5.2.1. Systém sociální pomoci	39
5.3. Dílčí cíl č. 3: Zjistit zda se mají na koho obrátit s potenciálně klesající soběstačností	41
5.3.1. Na koho se obrátit	41
5.4. Výzkumná otázka: Jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci?	43
5.4.1. Příprava na stáří – v čem spočívá	43
5.4.2. Příprava na stáří – kdy by měla začínat	46
6. Diskuze	48

Závěr	52
Literatura	55
Příloha	59

Úvod

Tato diplomová práce se věnuje seniorům. Senioři jsou významnou cílovou skupinou sociální práce, která bude nabývat na významu a také na objemu. V důsledku demografických změn české populace, které následují evropské a světové trendy, se počet seniorů v populaci zvyšuje v poměrném zastoupení i v absolutních číslech. Podíl osob starších 65 let v roce 2017 činil 18,8 %, v roce 2018 19,2 % a očekáváme, že v roce 2021 to bude více než pětina obyvatelstva 20,4 %. Mluvíme demografické změně a dlouhověké společnosti.

V centru pozornosti sociální práce jsou především senioři čtvrtého věku, senioři křehcí, závislí, zdravotně i sociálně rizikovní a umírající. Zvláště tato cílová skupina se vlivem demografických změn bude silně proměňovat. Vlivem zlepšujících se zdravotních i sociálních podmínek se zvyšuje věk dožití, vypovídá o tom ukazatel naděje na dožití při narození, který se ze současných 76,2 let u mužů posouvá na 76,6 let v roce 2020 a 82,1 let v roce 2050, a ze současných 82 let u žen na 82,4 let v roce 2020 a 86,7 let v roce 2050. Tyto očekávané demografické změny (ČSÚ, 2018) budou mít celospolečenské dopady a česká společnost se na ně musí připravit.

Připravit se na ně musí také sociální práce a sociální pracovníci, tak aby seniorské problematice rozuměli a znali nové poznatky týkající se seniorské problematiky. Těmto poznatkům je věnována úvodní část práce, kdy jsem se pokusila o určitý ucelený pohled na seniorskou problematiku. Nastínila jsem vývoj gerontologického myšlení, kterému je v důsledku globálních změn, věnována velká pozornost a doporučení světové zdravotnické organizace, ale i dalších světových a evropských organizací, jsou velkým přínosem.

Tato práce se věnuje mladým seniorům v kohortě 63–73 let a zkoumá jejich osobní přípravu na stáří. Ta je velmi důležitá pro prožití dobrého a spokojeného stáří člověka a může pomoci předejít mnoha problémům, které se pro seniora v pokročilém věku mohou stát neřešitelnými. Osobní příprava na stáří je důležitá také z pohledu společnosti, která v opačném neodpovědném přístupu člověka musí vynaložit nemalé prostředky na zabezpečení problémů, které nepřipravenost na stáří může člověku způsobit.

Cílem práce je zjistit, jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci. Metodou

k jeho naplnění je kvalitativní výzkum. Zjišťuji, zda a jakým způsobem se připravovali na stáří před odchodem do penze. V čem by podle nich příprava na stáří měla spočívat? Kdy by příprava na stáří měla začínat? Budu se zajímat o to, zda se v současné době, kdy prožívají období nazývané young old, mladé stáří, nějakým způsobem připravují na potenciálně klesající soběstačnost.

Dílčí cíle, jejichž pomocí se budu snažit zodpovědět výzkumnou otázku, jsou: zjistit, jak senioři prožívají své stáří. Dalším dílčím cílem je zjistit, zda se orientují v současném systému sociální pomoci ČR. A posledním dílčím cílem je zjistit, zda se mají na koho obrátit v souvislosti s potenciálně klesající soběstačností. Výsledkem práce bude analýza názorů a zkušeností respondentů s osobní přípravou na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci.

Pro realizaci výzkumného projektu vzhledem k povaze daného tématu považuji za nejvhodnější již zmíněnou kvalitativní výzkumnou strategii. V první fázi se snažím vidět seniorskou problematiku v určité komplexnosti, v části hodnotit se zaměřuji na současný systém sociální pomoci v České republice a v závěrečné části jednat se pokouším učinit závěry v kontextu sociální práce.

Pro sběr dat volím techniku polostrukturovaného rozhovoru, s kterým zajišťuji strukturu zjišťovaných dat z požadovaných oblastí, a zároveň mi umožňuje doptávání pro hlubší vhled do problematiky. Při hodnocení výzkumu využívám induktivní a komparativní metodu a snažím se pomocí hledání rozdílů a podobností dojít k obecnějším závěrům. Jádro práce tvoří kategorizace a interpretace dat. Získaná data kóduji, tříděním do kategorií a ve sledu dílčích cílů interpretuji.

V diskuzi propojuji teoretické poznatky s výzkumnými zjištěními, pokouším se zodpovědět výzkumnou otázku a zamýšlím se nad praktickým využitím výzkumu například k otázce nedávno oceněného návrhu Systému integrovaných podpůrných služeb a zřízení pozice koordinátora péče pro seniory při městských úřadech. Závěr práce hodnotí naplnění cílů práce, které jsem si kladla v úvodu.

1. Fenomén stáří

Stáří a stárnutí se nikomu nevyhýbá, jde o ontogenetický vývoj daný všem živým organismům, který se netýká pouze určité životní etapy – stárnutí provází člověka celým životem.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (WHO, 2001, s. 9)

Jiná definice našeho předního internisty V. Pacovského stáří oceňuje: „*Stáří neznamena pouze úbytek funkcí. Některé funkce se celý život nemění, jiné se dokonce zlepšují! Vůbec nejvýznamnější je zjištění, že starý organismus disponuje kvalitativně jinými mechanismy, kterými se přizpůsobuje podmínkám okolí.*“ (J. Křivohlavý, 2002, s. 135)

Období stáří členíme nejčastěji do několika věkových pásem, na rané nebo počínající stáří, věkové pásmo 65 – 74 let, nazývané také young old. Vlastní stáří, sénium, old old označuje věkové pásmo 75 – 85 let. Věkové pásmo nad 85 let je označováno jako dlouhověkost, very old old.

Setkáváme se také s dělením první, druhý, třetí a čtvrtý věk, tedy mládí, dospělost, mladé stáří a od 75 let výše vyzrálé stáří. Ve většině dělení stáří se věk 75 let jeví jako určitý mezník, období nastávajících ontogenetických změn. Je zřejmé, že stáří nepřichází náraz, určitým okamžikem, ale jde o plynulý proces, přirozený vývoj člověka. Tento proces stárnutí je vysoce individuální a mimořádně variabilní.

Mimo chronologický, kalendářní věk, je možné medicínsky určit biologický neboli funkční věk člověka. Biologické stáří a zdatnost organismu zjišťujeme pomocí řady ukazatelů – krevní tlak, vitální kapacita plic, výše cholesterolu, rychlost reakce na vizuální a akustické podněty, ostrost zraku a sluchu.

1.1. Biologické stárnutí

Involuční proces stárnutí neboli přirozené stárnutí pozorujeme již od čtvrté dekády života, zejména v zátěžových situacích. V běžných situacích se stáří začíná projevovat na přelomu šedesáté a sedmdesáté dekády života.

Typickým projevem stáří jsou změny v oblasti vidění související se ztrátou pružnosti čočky, presbyopie, jejíž první příznaky se objevují již po 45. roce života a kolem 60 let se již výrazněji nemění. Prostorové vidění a šíře zorného pole zůstává

zachována, může však docházet ke změně vnímání barev zejména červené a modré barvy. Zhoršuje se adaptace zraku na světlo a tmu.

V důsledku stáří pozorujeme zhoršení smyslové percepce. Snižuje se citlivost vůči vnímání akustického spektra zejména u vyšších frekvencí. Zralé stáří může být ohroženo nedoslýchavostí a zvýšenou citlivostí na šumy. Vnímání chuťových podnětů se zhoršuje, nejvíce citlivost vůči slané a sladké chuti. Vnímání pachů zůstává zachováno. V případě percepce kůže a hmatu pozorujeme zhoršení citlivosti.

Vnější obrazem stáří je tzv. fenotyp stáří, zmenšuje se postava, chůze je pomalejší a ztrácí pružnost, dochází k redistribuci tuku a úbytku svalové hmoty. Pozorujeme ztrátu vody v organismu, kůže je svráštělá, tvoří se pigmentové skvrny, vlasy šedivější, vypadávají.

Mezi projevy stáří patří změny v pohybovém aparátu, zejména atrofii svalových vláken, v jejímž důsledku dochází k úbytku svalové síly. Objevují se problémy s přesnými cílenými pohyby, problémy s koordinací pohybů a rovnováhou. Také v kosterním aparátu pozorujeme úbytek kosterní hmoty, hovoříme o osteoporóze a zvýšeném riziku zlomenin. Přes tyto ontogenetické změny je možné si až do vysokého stáří udržet schopnost hrát na hudební nástroje např. kytaru, klavír či psát na psacím stroji.

Změny nastávají v kardiovaskulárním systému, výkonnost srdce je nižší, zejména při zátěži nedochází k takovému urychlení činnosti jako v předchozích obdobích. Také dýchání bývá mělčí a snižuje se rychlost nádechu a výdechu, problémem může být hypoxie, nedostatečnému okysličení krve.

Mohou projevit problémy se zažíváním v důsledku ubývání kyseliny chlorovodíkové, setkáváme se s dyspeptickým syndromem, zácpou apod. Zhoršuje se termoregulace, častá je zimomřivost.

Ve stáří se zpomaluje psychomotorické tempo, reakce na podněty jsou pomalejší. Dochází k úbytku zdatnosti a odolnosti, starý člověk potřebuje delší čas k obnově fyzických i psychických sil.

„Mnohé choroby jsou ve stáří natolik běžné a typické, že jsou mylně považovány za projev přirozeného stárnutí. Ovšem chorobami podmíněné příznaky jsou do značné míry preventabilní a jejich prevence a úspěšná léčba tak mohou zásadním způsobem zlepšit funkční stav a zjev starého člověka.“ (Kalvach, s. 6, nedatováno)

Sociální determinanty zdraví se ve stáří projevují mimořádně silně. Také z toho důvodu je stáří tak mimořádně variabilní, je mimo jiné důsledkem životního stylu člověka. Především udržení tělesné hmotnosti a pohybové aktivity má významný vliv na zdatnost organismu a udržení přiměřeného zdravotního stavu až do vysokého věku.

Typické choroby ve stáří jsou ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu a srdeční selhávání, dále ischemická choroba dolních končetin, kterou provází bolestivé defekty a hrozí rizikem amputace.

Časté je poškození cév, ateroskleróza (tuhnutí tepenných stěn a změny tepenného průtoku) a hypertenze (zvýšený krevní tlak), v jejichž důsledku se můžeme obávat cévních mozkových příhod, ale způsobují také závratě či tzv. multifaktorovou demenci.

Závažným civilizačním onemocněním projevujícím se zejména ve stáří i svými orgánovými komplikacemi je diabetes mellitus. Dále chronická obstrukční plicní nemoc projevující se kašlem a dušností, často jako výsledek dlouholetého kuřáctví.

Závažným problémem zůstávají některá onemocnění ve stáří. Jedno z nejobávanějších představuje Alzheimerova nemoc, degenerativní onemocnění mozku, které způsobuje přes polovinu všech případů demence, dále Parkinsonova choroba nebo degenerativní změny oční sítnice, které mohou způsobit vážné poškození zraku.

1.2. Psychické stárnutí

Psychické funkce jsou do značné míry autonomní, současně je však ovlivňují fyzické změny a naopak. Obdobně jako u biologického stárnutí i u psychických funkcí, jen velmi těžko odlišíme přirozený involuční proces a chorobné stárnutí.

Stárnutí organismu je postupný proces, na který starý člověk reaguje adaptačními a kompenzačními mechanismy, vytrvalostí, pečlivostí, rozvážností, plánováním času, např. přesouváním duševní práce do ranních hodin apod.

Za typické projevy stáří jsou považovány poruchy paměti, především funkce všípivosti a výbavnosti jsou zhoršeny. Naopak inteligence je zachována až do vysokého stáří. Krystalická inteligence někdy nazývaná také kulturní inteligence, kterou získáváme v průběhu života učením a životními zkušenostmi, která se

projevuje schopností porozumět situaci a na základě těchto znalostí a zkušeností získaných v průběhu života danou situaci správně a rychle zvládnout, tato krystalická inteligence dosahuje vrcholu v dospělosti a přesahuje až do stáří.

Krystalickou inteligenci rozlišujeme od fluidní inteligence, která dosahuje vrcholu v 17 letech, a představuje schopnost rychle se učit a řešit nové situace, se kterými se člověk setkává poprvé. Fluidní inteligence se s přibývajícím věkem zhoršuje, můžeme pozorovat stereotypii úsudku a konzervativní přístup při řešení situací.

Dochází ke změnám v emocionální oblasti. Emocionalita se zplošťuje, životní prožívání je méně bezprostřední. Starý člověk se moc nenadchne, nebo se ho to či ono příliš nedotkne, to může být zdrojem nedorozumění při kontaktu s mladými lidmi. Někdy bývá sníženo sociální citění. *„V důsledku toho se někteří staří lidé chovají nejen nekorektně, ale dopouštějí se i tzv. společenských nehorázností.“* (Haškovcová, 2010, s. 154) Staří lidé se rovněž projevují zvýšenou lítostí, výbuchy vzteku či pláče, stejně jako paličatostí a negativismem.

Vedle vysoké citové lability můžeme pozorovat příklon k introvertnímu chování. Staří lidé tzv. vyklízejí pozice. Někteří se obrací k duchovním hodnotám, dárcovství a charitě, jiní až chorobně shromažďují věci a staré harampádí. Také bilancují svůj život, někteří jsou spokojeni, jiní méně. Je třeba akceptovat stáří a to nemusí být snadné. Někteří prožívají více, jiní méně tzv. šok z uzavírajících se dveří, kdy po životních obdobích, kdy se svět otevíral a nabízel nové možnosti, přichází období, kdy se mnohé dveře uzavírají, kdy je třeba přijmout, že mnohé v životě již nestihneme.

1.3. Sociální změny

Stáří je biologický fakt, který má své projevy a objektivní zákonitosti. Stáří je však také sociálním konstruktem, odchod do důchodu, penzionování je společensky stanovený mezník v životě každého člověka. Jde o zásadní změnu, se kterou souvisí změna sociálních rolí, změna struktury a náplně času, kdy z převažujícího pracovního času, se stává převažující čas volný, který nemusí být vždy lehké smysluplně naplnit.

Ukončení profesní kariéry však nemusí souviset pouze s odchodem do důchodu, mnohdy je tímto mezníkem předčasná ztráta zaměstnání. Obtížně

zaměstnatelné věkové pásmo 50+, často i pod 50 let věku, představuje velký problém, který hledá své řešení. Mladí senioři jsou zdatní a aktivní, nástup biologického stáří se posouvá do stále vyššího věku, zatímco sociální stáří s nemalým přispěním otevřené či skryté věkové diskriminace nastupuje předčasně. Nůžky mezi nástupem biologického a sociálního stáří se stále více rozevírají.

Významnou změnou je změna ekonomické situace. Obvykle je silně vnímán významný pokles příjmů a pokles sociální prestiže. Mnohé ženy se musí v této době vyrovnat s tzv. syndromem prázdného hnízda a najít nový smysl a trávení volného času bez dětí, které se osamostatnily. Velkým úkolem stáří je vyrovnat se s odchodem manželského partnera a smířit se s ním. Opět tento úkol postihuje především ženy, vdovy.

Stáří je spojeno se změnou životního stylu a s rozvojem seniorské subkultury. Ta je propojena kolektivní pamětí, společnými prožitky. Seniorská subkultura má své specifické charakteristiky, které jsou dané historickou a sociální zkušeností. Každá generace je utvářena a vyhraněna významnými historickými událostmi. Silný vliv na utváření generace měly i drobné změny společenských podmínek, které se podílely na politickém, sociálním, kulturním a duchovním klimatu společnosti a společně predikovaly určitý životní styl dané generace. Můžeme pozorovat společné generační znaky, kterými jsou hodnoty, postoje, estetické cítění a určitý životní styl. (Sak, Kolesárová, s. 36–37)

Staří lidé mají společné generační znaky, mají i své specifické společné zájmy dané jejich současnou ekonomickou a sociální situací (například valorizace důchodů), nevytvářejí však společnou identitu ve smyslu „my sedmdesátníci“, podobně jako ji nevytvářejí mladší ročníky např. „my třicátníci“ nebo „my čtyřicátníci“. Naopak se snaží udržet si svoji vlastní identitu určenou vlastními životními událostmi.

Stereotypní vnímání seniorů jako skupiny lidí s typickými znaky vede k nepřijatelnému zjednodušení a upírání osobní identity a jedinečnosti každému člověku. Takové stereotypní vnímání, které je opřeno o mýty ve společnosti, vede k velmi závažným jevům ageismu, segregaci až okluzi. (Kalvach, s. 2., nedatováno)

1.4. Mýty o stáří

Přístup ke starým lidem je zatížen morálními prohřešky jednotlivců, jako jsou bezohlednost a lhostejnost, ale také celospolečenskými omyly a mýty a již zmíněným stereotypním vnímáním, včetně mediálního obrazu stáří ve společnosti. Sami senioři tyto představy o stáří, zakládající se na pravdách a polopravdách, přijímají za své a mnohdy se s nimi identifikují. Proto je užitečné si připomenout mýty o stáří, které ilustrují obraz stáří ve společnosti a do určité míry predikují chování starých lidí.

Mýty dle Haškovcové (2010, s. 42–45). Mýtus falešných představ označuje přesvědčení, že pouze dobré materiální zabezpečení starých lidí je základem nebo jediným předpokladem jejich osobní spokojenosti.

Mýtus zjednodušené demografie je přesvědčení, že stáří a jeho problémy začínají odchodem do důchodu. V současnosti se setkáváme s jevem demografické paniky, kdy s regresivní věkovou pyramidou narůstá ve společnosti obava z neudržitelného ekonomického a sociálního vývoje.

Silně zakořeněný mýtus seniorů jako homogenní skupiny, má pro seniory neblahé následky „házení do jednoho pytle“. Přičemž je zřejmé, že senioři a jejich potřeby se velmi odlišují z důvodu věku, různé míry zdraví, dosavadního způsobu života apod. Senioři jsou výrazně heterogenní skupina, více než například dětská skupina.

Další významný mýtus medicinalizovaného stáří. Jde o přesvědčení společnosti, včetně seniorů samých, že jejich problémy vyřeší lékař, že jim pomůže najít nějaký zázračný lék na problémy stárnutí a stáří. Do značné míry je tento postoj pozůstatkem socialistického myšlení.

Mýtus o Alzheimerovi souvisí s vysokým nárůstem Alzheimerovi demence. Alzheimerova choroba je považována za synonymum stáří, a lidé se obávají, že jde o nevyhnutelný projev stáří. Podobně je tomu u ostatních typů demence.

Mýtus asexuálního stáří, vyjadřuje představu společnosti, že sex ve vyšším věku není možný. Pouhá představa sexu starých lidí vzbuzuje ve společnosti pohoršení. Tento předsudek se zřejmě zmírňuje také díky úspěšné reklamě na viagru a podobné léky.

Mýtus neužitečně tráveného času, označuje despekt vůči penzistům, kteří již nepracují, nejsou tudíž nijak užiteční, a jejich čas je nenaplněný. S tím souvisí další

mýtus ignorance, jelikož jsou senioři neužiteční, není třeba se jimi zabývat, je možné je ignorovat.

Také mýtus, že senioři jsou chudí, vytváří stereotypní dojem chudého a špatně oblečeného seniora, který pobírá nízký důchod, jenž umožňuje pouze nutně živobytí. Tento předsudek nejspíš pramení z nedobré finanční situace starších vdov, žijících osaměle. Opět odráží stereotyp homogenní seniorské skupiny. Také v Čechách již známe seniory bohaté, na které míří nabídky např. cestovních kanceláří.

1.5. Adaptace a příprava na stáří

Strategie, jimiž se lidé přizpůsobují stáří, uvádí Haškovcová (2010, s. 83–84). Konstruktivní přijetí stáří se projevuje otevřenými, tolerantními mezilidskými vztahy a potěšením ze života.

Setkáváme se strategií obranného postoje, kterou často zaujímají lidé, kteří si vybudovali pracovní kariéru a společenskou prestiž, kteří se odmítají podrobit diktátu stáří a nadále bojují o udržení svých pracovních, společenských i rodinných pozic.

K negativním strategiím patří strategie závislosti. K této strategii se uchylují lidé, kteří se přiklánějí k pasivitě, pohodlí a závislosti. Pracovní kariéra a prestiž nebyla v jejich životě to nejdůležitější.

Strategie nepřátelství se projevuje nepřátelskými, podezřivými až agresivními vztahy k druhým lidem. Projevem může být také zanedbaná péče o svůj zevnějšek a své domácí prostředí.

Další uváděnou strategií je sebenenávist. Zatímco člověk, který přijal strategii nepřátelství, obviňuje z neúspěchu a veškerého dění své okolí, při sebenenávisti obviňuje sebe sama, sám sebou pohrdá. Odřeknutí se života může vést až předčasně smrti či psychické smrti.

Nově strategie stárnutí zpracovává Sýkorová (2007), která uvádí mimo jiné strategie generační sounáležitosti, strategie sociálního distancování od ostatních seniorů, strategie srovnávání, strategie udržení a potvrzení vlastní identity, strategie vyhýbání se, strategie zachování autonomie, strategie zvládání stárnutí a stáří. (Štěpánková, 2014, s. 22)

Příprava na stáří je již tradičně rozdělována na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. Dlouhodobá příprava začíná již od dětství, kdy se utvářejí vztahy ke starším. Vztahy v rodině k rodičům a prarodičům jsou napodobovány další generací.

Střednědobá příprava. Lidé ve středním věku začínají myslet na své stáří, přehodnocují svůj životní styl a přístup ke zdraví. Zamýšlet by se také měli nad svými volnočasovými aktivitami a měli by vytvářet přátelské mezilidské vztahy, které přetrvávají až do stáří.

Krátkodobá příprava na stáří by měla začínat asi tři roky před plánovaným odchodem do důchodu a zahrnuje praktické kroky k zajištění bezpečné domácnosti. Lidé by měli myslet na zajištění bezbariérovosti bytu, (např. výměnou bytu ve vysokém patře bez výtahu). V době dostatku finančních prostředků by měli investovat do úprav vlastní domácnosti či do obnovy spotřebičů apod. Také by měli přemýšlet nad náplní třetího věku a vytvářet přátelské vztahy se svým okolím, tak aby přechod do tohoto období pro ně nebyl šokem, ale očekávanou životní změnou.

2. Gerontologická perspektiva

Staří lidé jsou předmětem přemýšlení od nepaměti. S očekávaným globálním nástupem dlouhověké společnosti se přemýšlení zintenzivňuje. Budeme věnovat pozornost vývoji demografické reprodukce v České republice, tedy procesu obnovy obyvatelstva v závislosti na plodnosti, úmrtnosti a migraci, který doznává výrazných změn a odpovídá evropskému i globálnímu trendu. Vývoj gerontologického myšlení je naznačen v následující kapitole a pokračuje konceptem aktivního stárnutí a charakteristikami umění stárnout. Zmíněny jsou také negativní jevy ve společnosti především ageismus.

2.1. Demografický vývoj a stárnutí společnosti

O demografickém stárnutí společnosti hovoříme při zvyšování podílu starých osob v populaci a zároveň snižování podílu mladých osob. Podíl osob starších 65 let v roce 2017 činil 18,8%, v roce 2018 19,2% a očekáváme, že v roce 2041 to bude již více než čtvrtina obyvatelstva.

Nejnovější prognóza ČSÚ na rok 2018 – 2100 nastiňuje očekávaný vývoj početní velikosti a věkového složení obyvatelstva ČR. [<https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-skladba-obyvatel-ceska-se-vyrazne-promeni> online 8. 2. 2019]

Mírný růst plodnosti ze současných ze současných 1,69 na 1,74 v roce 2051 stejně jako zvyšování průměrného věku matky při narození prvního dítěte ze současných 30 let na 30,6 let neočekává výrazné změny úrovně plodnosti.

Vývoj měr úmrtnosti odráží daleko dynamičtěji rostoucí ukazatel naděje na dožití při narození, který se ze současných 76,2 let u mužů posouvá na 82,1 let v roce 2051, a ze současných 82 let u žen na 86,7 let v roce 2051.

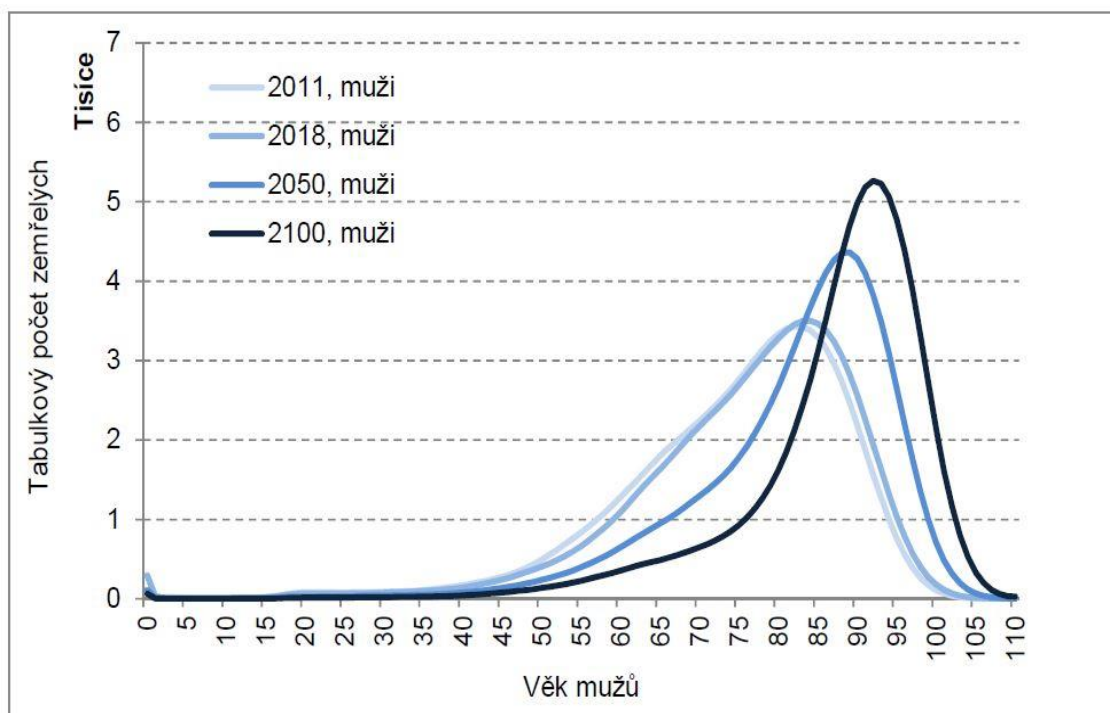
Obr. č. 1 Parametry úmrtnosti, střední varianta

Ukazatel	2017*	2018	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Naděje dožití mužů při narození	76,0	76,2	76,6	78,7	80,5	82,1	83,6	84,8	85,9	86,8	87,7
Naděje dožití žen při narození	81,8	82,0	82,4	84,0	85,5	86,7	87,9	88,9	89,7	90,5	91,2
Rozdíl naděje dožití žen a mužů	5,8	5,8	5,7	5,3	4,9	4,6	4,3	4,1	3,9	3,7	3,6

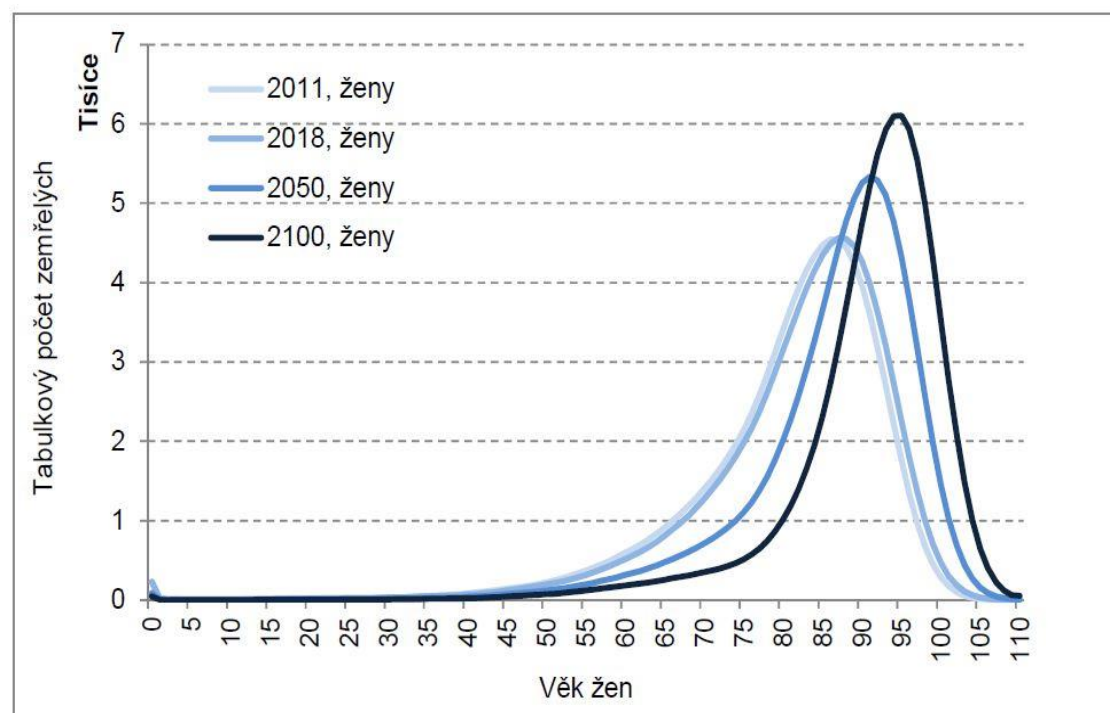
* Reálná data.

Zdroj: ČSÚ

č. 2 Reálný a očekávaný tabulkový počet zemřelých mužů podle věku, 2011, 2018, 2050, 2100



Obr. č. 3 Reálný a očekávaný tabulkový počet zemřelých žen podle věku, 2011, 2018, 2050, 2100



Z obrázků č. 2 a 3 je patrná koncentrace úmrtí okolo modálního věku (nejčastější věk úmrtí), zanedbatelná kojenecká a dětská úmrtnost a také snižování rozdílu naděje na dožití mezi muži a ženami.

Budoucí vývoj celkového počtu populace očekává v zásadě udržení současné velikosti, po současném trendu růstu, mírném poklesu od 30. let a následnou stagnaci od let 40. Růst počtu obyvatel avšak nebude zajišťovat přirozená měna obyvatel, (saldo přirozené měny bude záporné), ale kladné saldo zahraniční migrace.

Nejvýraznější proměnu populace budoucích let lze očekávat ve věkové struktuře obyvatelstva. Bude docházet k podstatným změnám početnosti jednotlivých věkových skupin, zejména zvyšující se počet obyvatel ve věku 65+ je určujícím rysem demografického vývoje.

Obr. č. 5 Očekávaný vývoj počtu obyvatel 65+ (k 1. 1., v tis.)

Věková skupina	2017*	2018*	2021	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
65–69	691,4	684,5	674,8	611,3	792,2	691,0	612,0	541,5	620,4	600,9	567,7
70–74	532,7	569,7	624,8	541,9	580,8	761,0	643,6	493,5	628,0	619,8	553,2
75–79	340,1	358,6	421,4	538,5	509,1	681,5	608,8	549,7	495,1	574,2	561,6
80–84	229,2	226,6	247,0	429,1	395,9	448,6	610,5	534,5	421,0	547,7	549,5
85–89	138,7	141,8	141,8	216,4	302,6	311,8	446,8	418,3	393,4	370,9	443,5
90–94	49,0	49,9	56,7	73,3	143,7	147,6	188,2	275,7	262,0	220,3	304,4
95–99	7,3	8,5	11,0	16,2	30,4	48,8	58,8	96,2	98,2	100,0	106,3
100+	0,7	0,7	0,7	1,8	2,9	6,6	8,0	12,4	20,4	22,6	21,7
65+ celkem (abs.)	1 988,9	2 040,2	2 178,1	2 428,4	2 757,6	3 096,9	3 176,7	2 921,8	2 938,5	3 056,4	3 107,8
Podíl 65 a víceletých v populaci (%)	18,8	19,2	20,4	22,5	25,7	28,8	29,8	27,9	28,2	29,2	29,5

* Reálná data.

Zdroj: ČSÚ

m

Výrazné změny jsou očekávané uvnitř seniorské skupiny 65+, dosud platné pravidlo nejpočetnějšího zastoupení v nejmladší věkové skupině 65 – 69 let, bude porušeno a přesune se do věku 70 – 74 let. Podíl 65 a víceletých v populaci stoupne ze současných 19,2 % na 28,8 % v roce 2051, v absolutních číslech to představuje nárůst ze současných 2 040 200 na 3 096 900 v roce 2051.

Graf č. 6 Očekávané složení obyvatelstva podle pohlaví a věku, 2018, 2051 (k 1.1.)



Důležitým ukazatelem věkové struktury obyvatelstva je index stáří, který představuje počet osob ve věku 65+ na sto osob ve věku 0 – 14 let. Dále index závislosti, který vypovídá o počtu osob ve věku 0 – 19 let a 65 a více let, o kterých předpokládáme, že jsou ekonomicky závislé, na sto osob ve věku 20 – 64, o kterých předpokládáme, že jsou ekonomicky aktivní.

Obr. č. 7 Očekávaný vývoj ukazatelů věkového složení obyvatel (k 1. 1.), střední varianta

Ukazatel	2017*	2018*	2021	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
Průměrný věk obyvatel	42,0	42,2	42,7	44,5	45,8	46,3	46,9	46,8	46,5	46,8	47,4
Index stáří ¹⁾	121	122	127	153	184	194	204	195	191	199	208
Index ekonomické závislosti ²⁾	63	65	69	74	81	94	98	90	92	96	95
z toho: dětská složka	32	33	35	35	34	38	39	37	38	39	37
seniorská složka	31	32	35	39	46	56	59	53	54	57	58

* Reálná data.

¹⁾ Počet osob ve věku 65 a více let na sto osob ve věku 0–14 let. ²⁾ Počet osob ve věku 0–19 a 65 a více let na sto osob ve věku 20–64 let.

Zdroj: ČSÚ

Téma stárnutí společnosti je v současné době právem diskutované snad ve všech oblastech společnosti. Demografická data jsou jistě alarmující, je třeba je brát vážně a na budoucí vývoj věkové struktury obyvatel se odpovědně připravit. Neměli bychom však podlehnout zveličování a zastrasování z nadcházející proměny společnosti, naopak je třeba přijmout ji jako výzvu a nepodlehout demografické panice.

2.2. Ageismus

Poprvé termín ageismus použil Robert N. Butler v debatě o bytové problematice v roce 1968. Ageismus chápe jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Vidovičová reflektuje rozšíření ageismu na všechny věkové kategorie a definuje ageismus jako „*ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/ generaci.*“ (Vidovičová, 2008, s. 113)

Charakteristickými znaky ageismu jsou negativní představy a postoje k určité věkové skupině (moc mladých či moc starých) a jejich negativní dopad na danou skupinu. Novým ageismem je nazýváno pozitivně motivované neúměrně ochranné jednání a postoje, které seniory staví do pasivní a submisivní role provázené pocity závislosti a bezmoci. Ambivalentním ageismem rozumíme vzájemné prolínání se pozitivní a negativní diskriminace, které se mohou vzájemně doplňovat a posilovat. Někteří považují za ageistické a diskriminační již samotné

diferencování - věkovou strukturaci, která pouze na základě chronologického věku determinuje sociální role.

Teorie ageismu se věnuje tzv. vícenásobným rizikům, kombinaci věkové diskriminace s dalšími formami diskriminace. Například genderové problematice rozdílu stárnutí a stáří mužů a žen nazývaný také jako dvojí standard stárnutí, příslušnost k minoritě apod. Podle teorie kumulace výhod a nevýhod nerovnosti zejména v ekonomické oblasti – zvýhodnění či znevýhodnění se v průběhu života akumuluje a ve stáří dále rostou.

Zdroje ageismu rozlišujeme na úrovni individuální, kulturní a sociální. Individuální zdroje představují především psychologické faktory: strach ze smrti, stárnutí, věkové stereotypy přejímané samotnými seniory ve smyslu teorie sebenaplňujícího se proroctví. Typické jsou nálepky zapomínání, pomalosti, nemohoucnosti, stěžování si, chudoby a nemoci ve stáří.

Kulturní zdroje ageismu představují hodnotové systémy sdílené jazykem, mediální kulturou, také literaturou a uměním. Jakým způsobem se o stáří hovoří, jak je stáří zobrazováno, jak se problémy stáří komunikují, v tom hrají média i umění zásadní roli.

Mezi sociální zdroje ageismu řadíme demografickou situaci ve společnosti, přibývání podílu starých lidí ve společnosti, a oddělování jednotlivých věkových skupin od ostatní společnosti. Setkáváme se s prostorovou segregací - vyšší koncentrace seniorů na jednom místě, kulturní segregací - rozlišení na „my“ a „oni“. Institucionální segregací můžeme označit např. podmínky participace na trhu práce, které jsou do značné míry určeny chronologickým věkem.

Ageismus je patrný ve všech sférách společnosti, nejvíce viditelný je na již zmíněném trhu práce, ve zdravotnictví a v médiích. Za tím co na trhu práce se věková diskriminace přesouvá do skrytých forem vlivem antidiskriminačního zákona a zákona o zaměstnanosti, ve zdravotnictví je tento problém dobře viditelný.

Projevuje se nedostatkem lékařů geriatrů, terénních geriatrických sester a geriatrických oddělení a jejich nízkou prestiží ve společnosti, dále mýty o nákladném starém pacientovi a mýtu chronologického věku jako určující hranice pro některé výkony. Křehcí geriatrickí pacienti v diskriminujícím neúčelném zdravotním systému strádají dle Kalvacha (2006, s. 80) těmito problémy: přesouvání mezi tradičními obory, z nichž do žádného úplně nepatří; překládání z oddělení na oddělení a časté rehospitalizace, nedostatečná koncentrace personálu, pomůcek i znalostí a

nedostatečně rozvinuté zdravotně sociální pomezí. Z těchto důvodů jsou starší pacienti často ohroženi geriatrickým hospitalismem, imobilizačním syndromem, ztrátou soběstačnosti a nadměrnou institucionální péčí. Profesor Kolář se vyjádřil takto: „*u křehkého pacienta ... stačí dva tři dny, kdy jeho zdravotní stav nikdo správně neřeší a zvrát k dobrému již není možný – „uzavřou se léčebné dveře“ a domů se nevrátí.*“ (Červenková R., Kolář P., 2018, s. 259).

Extrémním projevem ageismu je týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, označované zkratkou EAN (Elder Abuse and Neglect). V roce 2017 byli senioři v českém právním řádu zařazeni mezi zvláště zranitelné oběti trestných činů.

2.3. Vývoj gerontologického myšlení

Základy gerontologie, multioborové vědní disciplíny, která se zabývá problematikou stáří, stárnutí a života ve stáří, byly položeny teprve nedávno na začátku 20. století. Gerontologii je možné rozdělit do tří směrů.

Gerontologie experimentální, která se zabývá biologickým stárnutím na úrovni molekulární, buněčné a organické, a procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.

Gerontologie sociální se věnuje fenoménu stáří z hlediska stárnutí populace, vzájemného vztahu starého člověka a společnosti a sociálním dopadům na starého člověka a společnost. Využívá poznatků řady společenských věd, např. demografie, sociologie, ekonomie, politologie, urbanistika, právní vědy apod.

Třetí klinický směr gerontologie nazývaný geriatric, „*se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu, léčením chorob a přístupem k pacientům vyššího věku, kteří jsou ohroženi medicínskými riziky a problémy tzv. geriatrické křehkosti (angl. frailty).*“ (Čeledová, 2016, s. 17). Dodnes užívaný pojem geriatrická křehkost, poprvé použil zakladatel americké geriatrické školy I. L. Nascher ve své knize Geriatric v roce 1914. Následoval vznik prvních geriatrických lůžek nejprve ve Velké Británii, ale také v Praze pod vedením R. Eiselta. Ten založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první kliniku tohoto typu na světě (Holmerová, 2003, s. 7).

Přední český internista B. Prusík stál u zrodu Mezinárodní gerontologické asociace založené v roce 1950, o jeho významu svědčí navržení na udělení Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu v roce 1938.

Následně byl vypracován koncept aktivit denního života ADL, který hodnotí míru závislosti v základních každodenních činnostech, a je součástí diagnostiky kognitivních poruch a demencí. V roce 1968 se problematika stárnutí a stáří poprvé projednávala na Valném shromáždění OSN a první Světové shromáždění OSN o stárnutí a stáří se uskutečnilo ve Vídni v roce 1982. Diskutovány byly tyto zásady OSN pro seniory: účast seniorů na životě společnosti, podíl na vytváření a využívání jejích zdrojů, důstojnost, autonomie a nezávislost, péče a zabezpečení.

Od roku 1991 si 1. října připomínáme Mezinárodní den seniorů. Mezinárodní rok seniorů byl vyhlášen OSN v roce 1999. V jeho návaznosti byl v České republice přijat strategický dokument *„Národní program přípravy na stárnutí 2003–2007“*. A v roce 2006 byla zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace.

Druhé shromáždění OSN pořádané v Madridu v roce 2002 přijalo *„Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří“*. Madridský akční plán se věnoval participaci starých lidí na životě a rozvoji společnosti, možnostem podpory a rozvoje zdraví seniorů, problémem vstřícného a podporujícího prostředí pro seniory, včetně špatného zacházení se starými lidmi a jejich pozitivním obrazem ve společnosti (Čeladová, 2016, s. 19)

V letech 2004–2007 byl realizován evropský projekt Zdravé stárnutí, které je definováno jako *„proces maximálního využití všech příležitostí k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví a tak umožnit starším lidem aktivně bez diskriminace se účastnit společenského života a mít nezávislý a kvalitní život.“* (Švédský úřad veřejného zdraví, 2007, s. 5) Předpokladem je rovnováha mezi kapacitou osoby, jeho cíli a prostředím. Doplnuje se s konceptem „design for all“ nebo také „univerzální design“, jehož cílem jsou návrhy prostředí, služeb a produktů, včetně informačních technologií, které jsou přístupné pro všechny bez nutnosti dalších speciálních úprav.

Navazující strategický dokument ČR *„Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 2012“* se zaměřuje na kvalitu života ve stáří, předkládá cíle a opatření pro deklarované priority: aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatelů, podpora participace.

Rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity a byl využit k vypracování několika strategických dokumentů *„Strategie a akční plán pro zdravé stárnutí v Evropě 2012 – 2020“*, *Politiky a prioritní intervence*

na podporu zdravého stárnutí“ , nebo „Paliativní péče o seniory, k lepší praxi“ Byla přijata „Evropská zpráva o předcházení nevhodnému zacházení se staršími lidmi. “

Česká republika přijala „*Národní strategii podporující pozitivní stárnutí pro období 2012 -2017“*, jejími prioritami jsou celoživotní učení, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a péče o seniory.

V následujícím roce 2013 byl zahájen projekt „*Seniorům přátelské prostředí v Evropě“*, který se zaměřuje na podporu obcí a regionů k rozvoji komunitních služeb, dobrého sousedství a participace a využití seniorského potenciálu. Navazuje na program WHO „*Města přátelská seniorům“*, která svojí bezpečností, respektem a maximální mírou začleňování umožňují lidem stárnout aktivně.

2.4. Koncept aktivního stárnutí

„Aktivního stárnutí je proces, co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí.“ (WHO, 2002, s. 12) Slovo aktivní vyjadřuje pokračující participaci ve všech oblastech života, nevztahuje se pouze k fyzické aktivitě či participaci na trhu práce. (Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. a kol. 2014, s. 65)

Tímto inkluzivním zaměřením a zacílením na podporu životní spokojenosti každého, včetně lidí nemohoucích a potřebujících péči, navazuje na dosavadní koncepty: úspěšného stárnutí, který se soustředí na kognitivní a psychickou zdatnost a sociální začlenění; koncept produktivního stárnutí, užívaného zejména v USA, který ukazuje stáří jako angažované, produktivní a společnosti prospěšné období; a koncept zdravého stárnutí, který se zaměřuje se na zdravý životní styl a prevenci nemocí.

Koncept aktivního stárnutí zdůrazňuje roli celoživotního vzdělávání, které je součástí celého lidského života, je přístupné všem a významně přispívá k prodloužení pracovního věku. Usiluje o vnímání starších pracovníků jako plnohodnotných, zkušených, odborně zdatných a vyzrálých pracovníků, kterým vytvářením bezpečného, přívětivého a flexibilního prostředí je třeba umožnit, aby mohli být pro své zaměstnavatele skutečným přínosem. (Manuál aktivního stárnutí, 2012, s. 32–39)

Vzdělávání ve stáří je orientováno především zájmově, mělo by být pojímáno celostně a jeho přínos vidíme v individuální i společenské rovině. Na úrovni jednotlivce uspokojuje poznávací a zájmové potřeby seniorů, udržuje vývojový potenciál, přispívá k ovlivňování charakterových vlastností, vzorců chování a hodnotových orientací, přispívá k životnímu optimismu, přijetí stáří a smíření se závěrem života.

Ve vztahu ke společnosti vzdělání seniorů přináší pozitivní obraz stáří ve společnosti, postoje úcty k životu, akceptování plnohodnotného životního stylu seniorů ve společnosti, je důležitým prvkem mezigeneračního pochopení a solidarity. (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 52–53).

Formálně je poskytované Univerzitami třetího věku, Akademiemi třetího věku, Centry celoživotního vzdělávání a Univerzitami volného času a Kluby seniorů.

Dobrovolnictví seniorů a mezigenerační spolupráce je dalším významným prvkem konceptu. Dobrovolnictví dle Haškovcové (2004, s. 300–307) může dobře naplňovat funkci druhého životního programu. Dobrovolnická činnost naplňuje potřebu být užitečný, předávání zkušeností, navazování nových kontaktů a možnost podílet se na životě společnosti. Dobrovolnictví lze vymezit „*jako neplacenou aktivitu realizovanou ve volném čase ve prospěch jiných než rodinných příslušníků a ve prospěch komunity.*“ (Matulayová, Jurníčková, Doležel, 2016, s. 9)

Můžeme rozlišit dobrovolnictví formálně či neformálně poskytované, mezi ně řadíme např. zapojení v dobrovolných komunitních organizacích (např. Sbory dobrovolných hasičů) či obyčejnou sousedskou výpomoc. Dobrovolnictví seniorů tak může významně přispět k zajištění neformální péče v komunitě.

Potíží konceptu aktivního stárnutí může být nabízení „vhodné“ podoby stárnutí jako určitého normativu a ukázkování správy každodenního života seniorů. Vlivem aktivního organizovaného stárnutí mohou senioři pozbývat individuální odpovědnost za vlastní život a stárnutí. Omezením konceptu aktivního stáří na pouhé naplnění volného času seniorů hrozí až popření stáří a vytlačení čtvrtého věku na okraj zájmu.

Také pro třetí věk může mít koncept svá úskalí. Využití příležitostí a sebenaplnění ve třetím věku společně s očekávanou ekonomickou aktivitou, která pro některé seniory může být ekonomickou nutností, veřejnou a občanskou angažovaností a mezigenerační solidaritou – naplňování role prarodičovství – se

může stát obdobím přetíženým rolemi spíše nežli obdobím bez rolí. (Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. a kol. 2014, s. 69 - 73)

Walker (2002, s. 125) zpřesňuje koncept aktivního stárnutí sedmi principy:

1. Aktivita je pojímána široce, neomezuje se pouze na placenou práci
2. Aktivní stárnutí zahrnuje všechny stárnoucí, nerozděluje na třetí a čtvrtý věk
3. Mělo by jít o preventivní koncept
4. Udržování mezigenerační solidarity
5. Koncept by měl obsahovat právo na sociální ochranu a celoživotní vzdělání a povinnost využívat možnosti vzdělávání a zachovávat aktivitu, tzn. naplňovat možnosti
6. Strategie by měla být participační a zplnomocňující, zachovávající princip subsidiarity s podporou a garancí státní politiky
7. Respekt k národním a kulturním rozdílům

Srovnání mezi jednotlivými evropskými zeměmi poskytuje index aktivního stárnutí. Měří čtyři oblasti: 1. zaměstnanost ve vyšším věku, 2. společenskou aktivitu a participaci seniorů, 3. nezávislost a autonomní život seniorů a 4. prostředí umožňující a podporující aktivní stárnutí.

2.5. Umění stárnout

Umění stárnout podle Rüeeggera neznamena pěstování kultu mládí a přijímání pouze aktivního činorodého stáří a popírání stáří závislého. Umění stárnout znamená přijímat ho se všemi světlými i stinnými stránkami, se všemi možnostmi i omezeními, které s sebou nese. „*Umění stárnout se osvědčuje právě ve schopnosti zpracovat a zvládnout všechny těžkosti, ztráty a konflikty, které stáří přináší.*“ (Kalvach a kol., 2014, s. 79)

Charakteristiky dobrého stárnutí podle Rüeeggera:

1. Generativita - termín původně používaný E. H. Eriksonem pro produktivitu v dospělém věku péči související s výchovou dětí a předáváním hodnot dalším generacím. Generativitou ve stáří rozumíme, že i starý člověk má zůstat „něčím pro druhé“ i nadále může něčím přispět. Je aktivní jak ve svých činnostech, tak vůči sobě zaujímá aktivní postoj. Je zodpovědný za svůj život a své stárnutí a tuto zodpovědnost nepřenáší na druhé. Zároveň je schopen přijímat pomoc od druhých.

2. Osvobození se od iluze dokonalosti – lidský život není dokonalý, k dobrému stárnutí patří přijmout vlastní nedokonalost, přijmout konečnost vlastního života, přijmout že mnohé úkoly již nebude čas nedokončit
3. Otevřenost pro pasivitu lidského života – v naší kultuře zaměřené na výkon, na samostatnost a soběstačnost může být těžké vyrovnat se s vlastní pasivitou, různými omezeními, nemohoucností a nutností pomoci od druhých. I toto přijímat a snášet patří k umění stárnout.
4. Umění přijmout vlastní konečnost – vědomí naší konečnosti nesnižuje radost ze života, ale naopak probouzí úctu k životu. K umění stárnout patří také umění umírat a hovořit o smrti.

Cílem dobrého stárnutí podle Rüeuggera je pocit životního nasycení, vědomí, že jsem svůj život nepromarnil a nechci jej za každou cenu prodlužovat. Zralost či životní moudrost, změna hodnot od materiálních ke spirituálním, od individualismu k holistickému vnímání světa označujeme pojmem gerotranscendence. Mezi tyto hodnoty patří také vědomí odpovědnosti za budoucí generace spíše nežli zaměření na přítomnost. Těmito hodnotami jsou senioři významným přínosem pro společnost a obdarováním pro své okolí. (Kalvach a kol., 2014, s. 78–80)

3. Současný systém sociální pomoci pro seniory v ČR

Hlavním systémem sociální ochrany seniorů jsou především dávky, příspěvky a sociální služby.

3.1. Sociální služby pro seniory

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách definuje základní druhy a formy sociálních služeb. Jednou ze základních sociálních služeb poskytovaných převážně seniorům je pečovatelská služba. Jedná se o terénní nebo ambulanti službu, která je poskytována v bydlíšti uživatele či v centrech denních služeb. Ze zákona zajišťuje tyto základní činnosti:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Pečovatelská služba v současnosti prochází (zejména v některých krajích – např. Pardubickém, Libereckém, Karlovarském) odbornou a časovou proměnou v poskytování služeb. Zaměřuje se především na výkon přímé péče o osobu nikoli na úkony pomoci v domácnosti, které je možné nahradit komerčními službami. Rozšiřuje běžnou pracovní dobu na celodenní, včetně zajištění víkendů a svátků, tak aby mohla přijmout do své péče i osoby závislé ve III. či IV. stupni závislosti, kteří za jiných okolností vyhledávají pobytové služby.

Další terénní službou je osobní asistence, která je poskytována bez časového omezení a mezi její základní činnosti patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti atd.

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami s vysokým rizikem ohrožení zdraví nebo života. V této oblasti vlivem nových technologií lze zajistit nepřetržitý kontakt s ohroženými osobami včetně detekce pohybu. Riziko pádů je nejčastějším problémem křehkých seniorů. Jistota dovolání se v případě potřeby je také jedním z hlavních důvodů vyhledání pobytové služby.

Denní stacionáře představují ambulantní službu, která je poskytována mimo bydliště osob se sníženou soběstačností. Ti jsou do něho ráno přiváženi a odpoledne odvázeni vlastní dopravou stacionáře či za pomoci rodiny. Základními činnostmi jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti a další. Zákon o sociálních službách zná také týdenní stacionáře, jedná se o pobytovou službu. O stacionáře je mezi seniory a jejich pečujícími velký zájem, který zdaleka převyšuje nabízené možnosti dostupnosti.

Odlehčovací služby jsou ambulantní, terénní nebo pobytové. Základními činnostmi jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby atd. Smyslem odlehčovací služby je umožnit pečujícím si od péče odpočinout či zajistit vlastní potřeby (např. lékařská vyšetření). Odlehčovací služby dlouhodobě vykazují vysokou míru ob ložnosti, v důsledku suplování trvalé pobytové služby, což může působit problém vyhovět akutním potřebám pečujících.

Domovy pro seniory jsou pobytovou sociální službou a poskytují tyto základní činnosti: ubytování, stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Domovy pro seniory evidují násobně větší počty žadatelů oproti přijatým obyvatelům. Je zřejmý převis poptávky nad nabídkou volných míst. Tato poptávka však je částečně zkreslena možností podat více žádostí a dále také určitou panikou z nedostatku míst, kdy žadateli jsou i senioři, kteří o umístění nemají zájem a žádost podávají pouze „pro jistotu“.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben speciálním potřebám těchto osob. I přes nárůst kapacit je časová i místní dostupnost těchto lůžek nedostatečná.

3.2. Sociální dávky pro seniory a zdravotně postižené

K zajištění sociálních služeb je osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytován příspěvek na péči ve čtyřech stupních dle stupně závislosti: I. stupeň 880 Kč, II. stupeň 4 400 Kč, III. stupeň 8 800 Kč (tato částka se k 1. 7. 2019 zvyšuje na 12 800 Kč) a IV. stupeň 13 200 Kč (částka se od 1. 4. 2019 zvyšuje na 19 200 Kč). V žádosti je třeba konkrétně uvést využívané sociální služby či pečující osobu. Je snahou úřadu práce vydávat rozhodnutí o poskytnutí příspěvku na péči co nejdříve. Pracovníci úřadu práce zahajují správní řízení v okamžiku podání žádosti a sociální šetření k posouzení žádosti provádí také ve zdravotnických zařízeních. Delší prodleva zůstává z důvodu čekání na vyjádření posudkové lékařské služby. Při změně zdravotního stavu je možné žádat o zvýšení příspěvku na péči. Příspěvek na péči není poskytován při pobytu ve zdravotnickém zařízení delším nežli jeden kalendářní měsíc.

Dále mohou senioři využít dávky a zvýhodnění pro osoby zdravotně postižené. Na úřadu práce je možné požádat o průkaz ZTP nebo ZTP/P zdravotně tělesně postiženého či zdravotně tělesně postiženého s průvodcem, který držitele opravňuje k přednostnímu projednání svých záležitostí zejména na úřadech, dále sezení na vyhrazeném místě a využití slevy na veřejnou autobusovou a vlakovou dopravu.

Pokud jim náleží průkaz ZTP nebo ZTP/P je možné požádat o příspěvek na mobilitu, který v současnosti činní 550 Kč měsíčně. Je určen na úhradu dopravy a výjimečně může být přiznán i při využití pobytové sociální služby. Neposkytuje se při pobytu ve zdravotnickém zařízení.

V případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je možné požádat o příspěvek na zvláštní pomůcku, pokud se nejedná o pomůcku hrazenou ze zdravotního pojištění. Příkladem jsou nájezdové ližiny, zvedací plošiny, roštové nájezdové rampy, speciální pomůcky pro sluchově a zrakově postižené včetně příspěvku na vodícího psa apod. K zajištění těchto a dalších pomůcek jsou často oslovovány nadace a další dobročinné organizace k finanční spoluúčasti.

3.3. Dávky nemocenského pojištění pro seniory

Z nemocenského pojištění mohou pečující v tzv. neformální péči využít Ošetřovné po dobu maximálně 9 dnů, které je běžně využíváno zejména při péči o

děti. Od 1. 6. 2018 je zavedena nová dávka tzv. Dlouhodobé ošetřování, které je poskytováno na návrh lékaře po minimálně 7 denní hospitalizaci po dobu 30 až 90 dnů. Zaměstnavatel je povinen zaměstnance-pečovatele uvolnit, pokud mu nebrání závažné provozní důvody. Tato dávka prozatím není příliš využívána. MPSV po vzoru Rakouska zvažuje úpravu pro onkologicky nemocné, v takovém případě by zaměstnavatel byl povinen uvolnit zaměstnance-pečovatele vždy (Konference „Podpora a rozvoj neformální péče – Jak na to“, 5. 3. 2019). Také podmínka sedmidenní hospitalizace je problematická, pacienti jsou často hospitalizováni kratší dobu či se léčí ambulantně (zejména onkologicky nemocní). Sedmidenní hospitalizaci by mohlo nahradit vyjádření praktického lékaře či specialisty.

3.4. Zdravotnické služby

Domácí zdravotní péče je služba poskytovaná na předpis praktického nebo odborného lékaře zdravotními sestrami v bydlišti pacienta. Zdravotní pojišťovna poskytuje úhradu maximálně třikrát denně jednu hodinu péče, sedm dní v týdnu dle předpisu lékaře.

Lůžka následné péče poskytují pacientům následnou doléčovací, ošetrovatelskou a základní rehabilitační péči s cílem zlepšení soběstačnosti a následného propuštění pacienta do domácího ošetřování. Pacienti jsou nejčastěji přijímáni z akutních nemocničních lůžek, z jiných zařízení následné péče, případně z domova. Často se jedná o dlouhodobé pobyty ze zdravotních důvodů nebo z důvodu nemožnosti umístění pacienta v pobytové sociální službě.

Rehabilitační pobyty jsou seniorům poskytovány pouze v indikovaných případech na Rehabilitačních klinikách, v Rehabilitačních ústavech, v soukromých rehabilitačních zařízeních nebo lázních. Zákon o ucelené rehabilitaci, který stále čeká na schválení, by měl přispět ke garanci rozsahu a provázanosti včasné léčebné rehabilitace a zajištění další návaznosti do oblasti pracovní a sociální.

Paliativní léčba a péče je poskytována těžce nemocným a umírajícím pacientům nejčastěji v lůžkových hospicových zařízeních nebo na odděleních paliativní péče v rámci nemocnic. Dále domácí formou paliativní péče, tzv. domácí (mobilní) hospice, jejichž průkopníkem je např. Cesta domů. Jejím cílem je zmírnit bolest a další obtíže s důrazem na zachování lidské důstojnosti, vyhovění přáním klienta a jeho rodiny při doprovázení v závěru života a podpora pozůstalých.

Kompenzační pomůcky plně či částečně hrazené ze zdravotního pojištění, slouží k zajištění samostatnosti a soběstačnosti. Pacientům jsou poskytovány na lékařský předpis odborného či praktického lékaře po často komplikovaném procesu schvalování ze strany zdravotních pojišťoven. I z těchto důvodů jsou hojně využívané půjčovny kompenzačních pomůcek.

3.5. Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS)

Očekávaný nástup dlouhodobé společnosti a nové přístupy v poskytování sociálních služeb vyžadují proměnu stávajících zdravotních i sociálních služeb pro seniory. Jsou prosazovány přístupy de-sektorizace, de-institucionalizace, de-profesionalizace a de-medicinalizace. Česká republika se potýká s neprovázaností zdravotně sociálních služeb, se snahou o omezování zdravotních služeb v sociálních zařízeních a sociálních výdajů ze systému zdravotnictví. Problémem je nesystémovost, neprovázanost a neznalost služeb a možné podpory konkrétnímu člověku vyplývající z resortismu i omezení sociální práce na obcích, např. depistáží.

Systém integrovaných podpůrných služeb vyzdvihuje roli obcí a vyzývá je, aby přijaly osud a kvalitu života občanů (zvláště seniorů) za významnou zodpovědnost a prioritu, aby převzaly iniciativu, a nad rámec zákonných povinností se znalostí místních podmínek a limitů iniciovaly potřebné společenské změny. (Kalvach a kol. 2014, s. 21) Obce ve spolupráci s kraji, neboť již nyní vidíme rozdíl v přístupu k seniorské problematice v rámci krajů.

„Proti tomu, co pouze a z čeho smí být hrazeno, je třeba postavit, co by mělo a mohlo být danému člověku poskytnuto. Srovnáním světa taxativního pozitivismu paragrafů se světem smyslu a ducha zákona či politiky lze odhalit množinu dnes neposkytovaného, nezvažovaného, nenabízeného, opomíjeného“ (Kalvach a kol. 2014, s. 23)

SIPS navrhuje a také v několika obcích pilotně ověřil pozici koordinátora podpory seniorských služeb (Konference „Stárnout doma, v místě, v obci“ 28. 11. 2018), který vykonává aktivní depistáž, tj. vytipovává a kontroluje rizikové lidi ve spolupráci s praktickými lékaři, městskými strážníky či doručovateli, zvýšenou měrou pak při kalamitních stavech vysokých veder či mrazů apod. SIPS doporučuje vytváření map místní podpory k orientaci v síti nejen sociálních služeb a vytváření

komunitních center jako středisek nového modelu dlouhodobé péče s důrazem na poskytování služeb v přirozeném domácím prostředí.

Také konference „Podpora a rozvoj neformální péče“ konaná 5. 3. 2019 v Senátu ČR zdůrazňuje úlohu zdravotně sociálního pracovníka jako koordinátora péče, jehož první úlohou je poskytnout kvalitní, ověřené a srozumitelné informace, které klientům a neformálně pečujícím chybí. Koordinátor péče zajišťuje systém sledování a mapování potřeb klientů, provázání sociální práce na obcích se sítí zdravotních, sociálních a komunitních služeb. Podporuje vztahovou síť klienta a navázání spolupráce se svépomocnými skupinami, seniorskými sdruženími a dobrovolníky. Autor projektu SIPS Zdeněk Kalvach byl 28. 1. 2019 za tento projekt oceněn Nadací České spořitelny pro hybatele změn v sociální oblasti a ve vzdělávání.

4. Metodologie výzkumu

Tématem výzkumného úkolu jsou senioři jako významná cílová skupina sociální práce. Jsem ráda, že jsem si mohla zvolit právě téma související se seniorskou problematikou, která vzhledem k prognóze demografického vývoje společnosti, bude nabývat na významu.

Za nejvhodnější strategii pro získání dat vzhledem k povaze daného tématu považuji kvalitativní výzkumnou strategii. Ke sběru dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výsledkem práce bude prezentace a analýza názorů a zkušeností respondentů s osobní přípravou na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci.

4.1. Cíl výzkumu, výzkumná otázka a dílčí cíle

Cílem výzkumu je zjistit zda a jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci.

Výzkumná otázka zní: **Jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci?**

Z hlavního cíle byly vyvozeny tyto dílčí cíle:

- 1) Zjistit, jak senioři prožívají své stáří
- 2) Zjistit, zda se orientují v současném systému sociální pomoci ČR
- 3) Zjistit, zda se mají na koho obrátit v souvislosti s potenciálně klesající soběstačností.

4.2. Metody a techniky

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Teoretickým základem výzkumu je fenomenologická sociologie. *„Zkoumání na základě fenomenologie se soustřeďuje na významy (Jaký je význam určité zkušenosti?) a analogie (Čemu je tato zkušenost podobná?) ... Základním předpokladem fenomenologické sociologie je to, že lidé jsou pojímáni jako smysluplně a prostřednictvím ostatních lidí jednající bytosti, které se již rodí do předstrukturovaného kulturního a sociálního světa, avšak svými interpretačními postupy ho sami rekonstruují a dále rozvíjejí.“* (Hendl, 2005, s. 77)

Pro sběr dat byla zvolena technika polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru s využitím pečlivě formulovaných otevřených i uzavřených otázek, které

mi umožňují získat data z požadovaných oblastí. K volnému vyjádření a možnosti doptávání jsou ponechány ty oblasti, které vyžadují náročnější introspekci respondentů.

Používám metodu vidět – hodnotit – jednat. V první fázi se snažím vidět seniorskou problematiku v souvislostech, ve druhé fázi hodnotit se zaměřuji na dopady stárnutí, osobní přípravu seniorů na stáří a současný systém sociální pomoci v ČR. V závěrečné fázi jednat se pokouším učinit závěry v kontextu sociální práce.

Při hodnocení výzkumu využívám induktivní a komparativní metodu. V konkrétních výpovědích respondentů se snažím induktivní metodou dojít k obecnějším závěrům. Metodou komparace hledám podobnosti a rozdíly ve výpovědích respondentů.

4.3. Charakteristika výzkumného souboru

Hlavním kritériem pro výběr respondentů do výzkumného souboru byl věk. Do výzkumného souboru byli vybráni senioři ve věku 63–73 let, které označujeme jako mladé seniory (young old senior). Výběr nebyl omezen žádnými dalšími kritérii, jako například pobírání starobního důchodu, účast na seniorských aktivitách či zkušeností se systémem sociální pomoci v ČR. Záměrem bylo vytvořit heterogenní vzorek odpovídající věkové kategorie, kdy na první pohled není zřejmé, kdo je či není příjemcem starobního důchodu, kdo je či není pracující senior, kdo je či není posluchačem akademie třetího věku nebo účastníkem jiných vzdělávacích nebo seniorských aktivit.

Výzkumný soubor si neklade za cíl požadavek reprezentativnosti, nelze ho zobecnit na celou populaci, cílem je spíše učinit hloubkovou sondu do dané problematiky.

4.4. Charakteristika respondentů

Výzkumný soubor tvoří osm respondentů ve věku 63–73 let. Z osobních charakteristik respondentů byly zjišťovány a zaznamenány základní demografické údaje: věk, pohlaví, stav, vzdělání, počet dětí, bydliště. Pro větší přehlednost jsou demografické charakteristiky respondentů uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Základní demografické charakteristiky respondentů

Číslo	Označení	Věk	Stav	Vzdělání	Počet dětí	Bydliště
1	Paní A	63	vdaná	vysokoškolské	1	Praha
2	Paní B	63	vdaná	odborné bez maturity	2	obec do 10 000 obyv.
3	Paní C	69	vdova	střední škola s maturitou	2	Praha
4	Paní D	70	rozvedená	střední škola s maturitou	0	Praha
5	Pan E	71	rozvedený	střední škola s maturitou	2	Praha
6	Paní F	73	vdova	vysokoškolské	1	Praha
7	Paní G	73	rozvedená	střední škola s maturitou	2	Praha
8	Paní H	73	vdaná	střední škola s maturitou	2	obec do 300 obyv.

Výzkumný vzorek tvoří sedm žen a jeden muž dané věkové kohorty. Z důvodu zachování anonymity byla jména respondentů označena písmeny abecedy.

Paní A je 63 let. Je vdaná, má syna. Dosažené vysokoškolské vzdělání. Žije v Praze. Pobírá starobní důchod a pracuje na plný pracovní úvazek jako sociální pracovnice. **Paní B** je 63 let. Je vdaná, má dvě děti. Dosažené střední odborné vzdělání bez maturity. Pobírá starobní důchod a pracuje na plný pracovní úvazek jako vrátná. Žije v menším městě.

Paní C je 69 let. Je vdova patnáct let. Má dvě děti. Dosažené středoškolské vzdělání s maturitou. Je posluchačkou univerzity třetího věku (U3V) 3. Lékařskou fakultu již 12 let, navštěvuje Akademii umění a kultury pro seniory, obor hra na kytaru a dlouhodobě navštěvuje klub seniorů. Pracuje jako dobrovolník v nemocnici na oddělení geriatric. Má průkaz TP a nyní si podává přihlášku do Domu s pečovatelskou službou.

Paní D je 70 let. Je rozvedená, žije s partnerem. Děti, jak říká, bohužel neměla. Vystudovala střední odbornou školu s maturitou. **Pan E** je 71 let. Je rozvedený, má dvě děti. Má ukončené střední odborné vzdělání s maturitou. Navštěvuje Akademii umění a kultury pro seniory, obor hra na kytaru a pracuje na poloviční pracovní úvazek.

Paní F je 73 let. Je vdova více než tři roky. Má syna. Absolvovala vysokoškolské vzdělání na Univerzitě Karlově. **Paní G** je 73 let. Je rozvedená, má dvě děti. Dosažené střední odborné vzdělání s maturitou. Pobírá příspěvek na péči, mobilitu a je držitelkou průkazu ZTP. **Paní H** je 73 let. Je vdaná, má dvě děti.

Absolvovala střední ekonomickou školu s maturitou. Je příjemcem příspěvku na péči, mobilitu a držitelkou průkazu ZTP. Žije na vesnici.

4.5. Sběr dat

Sběr dat probíhal v období duben až květen 2019. Ke sběru dat jsem využila techniku kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru s převahou otevřených otázek. Cílem bylo ponechat respondentům dostatek prostoru pro vlastní vyjádření a zároveň zajistit, aby se získaná data z jednotlivých rozhovorů strukturálně nelišila. Otázky byly rozděleny do čtyř okruhů, které odpovídali hlavnímu a dílčím cílům. Byly kladeny doplňující otázky, které se k hlavnímu či dílčím cílům vztahovaly, tak aby respondent poskytl potřebné a pro výzkum stěžejní odpovědi.

V přípravné fázi jsem oslovila vytipované respondenty, kteří odpovídali kritériu věkové kohorty a byli ochotni podělit se o své názory a zkušenosti dotýkající se jejich vlastního stáří. Pro výběr dalších tří respondentů byla použita metoda sněhové koule, která je vhodná k výběru souboru, na který není kladen požadavek na reprezentativnost.

Po domluvě s respondenty byly rozhovory realizovány a se souhlasem respondentů také nahrávány v jejich bydlišti. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30–45 min. Na počátku každého rozhovoru jsem se respondentům stručně představila a seznámila je se záměrem své diplomové práce. Ujistila jsem je, že si jsem vědoma intimity otázek, které míří do jejich soukromí a ubezpečila je o jejich právu neodpovědět na otázky, které by jim byli nepříjemné. Tuto možnost nikdo z respondentů nevyužil.

Během rozhovorů se podařilo vytvořit bezpečné prostředí, které je důležitým požadavkem výzkumu. Důraz byl kladen na zachování soukromí, zachování anonymity osobních údajů a využití informací pouze pro potřeby tohoto výzkumu.

V závěru rozhovoru byla respondentům dána možnost, aby doplnili svá vyjádření.

5. Hodnocení a interpretace výsledků

V této části výzkumného projektu se zaměřuji na kategorizaci dat a interpretaci zjištění. Kategorie byly vytvořeny podle výpovědí respondentů se záměrem zodpovědět výzkumnou otázku.

Bylo vytvořeno těchto sedm kategorií:

1. Aktivní senioři
2. Umění stárnout
3. Vlastní konečnost
4. Systém sociální pomoci
5. Na koho se obrátit
6. Příprava na stáří – v čem by měla spočívat
7. Příprava na stáří – kdy by měla začínat

Kategorie 1. – 3. můžeme přiřadit k prvnímu dílčímu cíli.

5.1. Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak senioři prožívají své stáří

Jak senioři prožívají své stáří, můžeme zjistit pomocí analyzovaných kategorií. V kategorii aktivní senioři respondenti uvedli, jak tráví svůj volný čas. Kategorie umění stárnout odhaluje názory seniorů na předpoklady dobrého stárnutí a jejich představu umění stárnout. V kategorii vlastní konečnost senioři sdělili, zda myslí na svoji konečnost a zda se na ni připravují.

5.1.1. Aktivní senioři

Kategorii charakterizují tyto kódy:

aktivní senior, čas trávený s vnoučaty, sportuji, kurzy PC, trénink paměti, U3V, Akademie umění a kultury, hraji na kytaru, trampské sleziny, odpočívat, setkáváme se s přáteli, grilování, pracuji na zahradě, divadlo, čtu, lenost, dobrovolník, sousedská výpomoc, radost

Ačkoli výzkumný soubor není reprezentativní vzhledem k populaci seniorů dané věkové skupiny a zjištění na něm učiněná nelze na danou populaci zobecnit, respondenti vykazují vysokou rozmanitost svých aktivit i prožívání stáří. Ukazují, že jsou výrazně heterogenní skupinou, jak to uvádí kupř. Haškovcová (viz podkap. 1.4.). Také nebylo sledováno to, co bývá označováno jako „mýtus neužitečně

tráveného volného času“. Paní F: „*Jsem v důchodu, takže by se dalo říci, že veškerý můj čas je volný. Kdybych ale neměla vůbec nic na práci, to si nedovedu představit. Jak jsem řekla, trávím hodně času s vnoučaty a pracuji na zahradě. Pokud trávím čas v bytě, tak mimo běžného úklidu a vaření hodně čtu a poslouchám rádio. Scházím se s bývalými kolegyněmi z práce a s kamarády mého muže, vlastně našimi společnými kamarády.*“ (F10)

Všichni respondenti se označili aktivními seniory, na jedné straně paní A, paní B a pan E jsou ekonomicky stále aktivní, na druhé straně paní G a paní H pobírají příspěvek na péči a na mobilitu a mají průkaz ZTP, což je v souladu s konceptem aktivního stárnutí, který má zasahovat nejen do třetího, ale i do čtvrtého zdravotně problematictějšího věku.

Významnou náplň času seniorů tvoří vzdělávání. Paní C se účastní mnoha organizovaných aktivit, navštěvuje univerzitu třetího věku, akademii kultury a umění, klub seniorů a vykonává dobrovolnickou činnost v nemocnici na oddělení geriatric. „*Největší radost mi přináší čas strávený s vnoučaty a jejich rodiči. Hodně času trávím na přednáškách, v knihovně, sleduji film a divadlo. Léto trávím na vodě, na mém houseboatu.*“ (C11) „*Docházím do nemocnice na oddělení geriatric, vedu rozhovory s pacienty. Pacientům taky hraju na kytaru a zpívám.*“ (C16)

Vzdělávání ve stáří se věnuje také pan E, který navštěvuje Akademii kultury a umění hl. města Prahy, obor hra na kytaru: „*Znamená to pro mě, že si mohu dovolit, co jsem si v produktivním věku z časových a finančních důvodů dovolit nemohl. A přináší mi to větší rozhled v hudbě.*“ (E13) Také paní D a H se neformálně vzdělávají. „*Dnešní technika je náročná PC, notebooky, chytré telefony a umět ji ovládat a používat v praxi vyžaduje neustálé učení. ...Odborné články lze číst prostřednictvím internetu.*“ (D12)

„*Celý život s mým mužem, včetně našich společných let v důchodu, byl jednou akademií a universitou třetího věku. Do klubu seniorů nechodím. Chodím pouze s lidmi, se kterými mě spojují společné zájmy, kteří nežehrají na nemoci a nepřetržitě nenadávají na všechno kolem nás.*“ (F12) U paní F můžeme pozorovat strategii distancování od ostatních seniorů (Sýkorová, 2007), která není neobvyklá.

Ne všichni ale musí být zastánci vzdělávání ve stáří. Paní A paní B nejsou a opět ukazují na rozmanitost názorů seniorů. „*Někomu to vyhovuje, mně nikoliv, studovala jsem po celý aktivní život.*“ (A12) V názoru na vzdělání ve stáří se shodly respondentky s nejvyšším a nejnižším dosaženým vzděláním.

Přínosy dobrovolnické činnosti pro seniory – dobrovolníky i místní komunitu jsou dobře známé, jak píše kupř. Haškovcová (viz podkap. 2.4), a jsou důležitou součástí nejen konceptu aktivního stárnutí.

Neformální sousedskou výpomoc zmínila paní A: *Bydlíme ve čtvrti, kde v domech žijí téměř vždy celé rodiny, a ti si vzájemně vypomáhají... S některými jsme v užším kontaktu, a tak si i vyměňujeme nějaké doma vyrobené pochoutky.*“(A14) a paní H: *„Na vesnici jdou záležitosti jinak než v Praze. Sousedská výpomoc je samozřejmost, běžná záležitost. Já upeču koláč, sousedka mi přinese košík třešní. Já připravím jablka na zavaření na zimu, ona mi přiveze nákup. Muži si pomáhají při různých nehodách v domácnosti, nejde televize, nejde elektrika, opravy spotřebičů atd.*“(H13)

Dobrovolnictví je velmi dobrou příležitostí k naplňování generativity ve stáří, kterou rozumíme, že i starý člověk má zůstat „něčím pro druhé. „*Stýkám se se svými často o mnoho let staršími známými. Vidím, že jim to dělá radost, když se sejdeme, popovídáme si a hlavně se nasmějeme. To, že se rádi a hodně smějí lidé, kteří k tomu vlastně ani nemají důvody – jsou nemocní, nemohou chodit, tráví veškerý svůj čas mezi čtyřmi stěnami, to je pro mně poučení.*“ (F13) Setkávání se staršími známými můžeme řadit mezi neformální dobrovolnictví.

Nejmilejší a preferovanou aktivitou je péče o vnoučata a kontakt s rodinou, tu uvedla paní C, paní B, paní F, paní G a paní H. *„Nejraději trávím čas s dětmi, hlídáním vnoučátek, chodím do divadla, luštím osmisměrky. Mám pejska, tak venčím pejska a sleduji televizi, nejvíce soutěžní pořady.*“ (G11) Sportem tráví nejvíce času paní D a paní B, která pracuje na plný pracovní úvazek: *„Hodně sportuji. Baví mě turistika, plavání, jízda na kole a chodím na jógu. Díky zaměstnání, ale stále bojuji s časem a nemohu trávit tolik času s vnoučaty, jak bych si přála“.* (B13)

Otevřenost pro vlastní pasivitu podle Rüeeggera znamená snášet a přijímat různá omezení nebo nutnost odpočinku (viz podkap. 2.5.). Tuto otevřenost pro odpočinek ve svých aktivitách zmínila paní H: *„Celý život jsem byla opravdu hodně aktivní člověk, proto si myslím, že si zaslouhují odpočívat tak, jak mi to vyhovuje. Čtu časopisy a knihy, do nedávna jsem pletla a šila, udržovala zahrádku. Teď už mohu jen bylinky a kytky v úrovni abych se nemusela ohýbat. Navštěvuje nás dost přátel, se kterými poklábosíme, grilujeme a leckdy si i poradíme.*“ (H10) a paní A *„Věnuji se společně s manželem různým výletům po okolí, kde žijeme. Setkáváme se s přáteli.*

Scházíme se, abychom mohli grilovat, napít se dobrého vína, pánové piva ... Pokud chceme odpočívat, já si čtu detektivky, manžel se dívá na sportovní přenosy.“(A11)

Lze uvést, že všichni senioři žijí aktivním způsobem života a naplňují koncept aktivního stárnutí. Na přetížení si postěžovala paní B, která při plném pracovním úvazku nemůže trávit tolik času s vnoučaty, jak by si přála. Na toto úskalí konceptu upozorňuje Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. (viz podkap. 2.4.)

5.1.2. Umění stárnout

Kategorii tvoří tyto kódy:

zdraví, finanční zajištění, harmonické vztahy v rodině, s přáteli, mít pro co žít, umět se přijmout, chodit mezi lidi, hýbat se, být aktivní, síla osobnosti, charakter, dělat na co stačím, pozitivní myšlení, celkové zázemí, nepřipouštět si ho, humor

Součástí prožívaného stáří jsou také představy seniorů o umění stárnout, o předpokladech dobrého stárnutí. Na těchto předpokladech se respondenti shodují, jsou jimi především zdraví, finanční zajištění a dobré mezilidské vztahy. *„Abych byla pokud možno zdravá, jinak se všechno nějak udělá. Zdraví je předpokladem toho, aby mohl být člověk aktivní a vlastně i spokojený.*“(A16) *„Pokud to zdraví dovolí být aktivní v čemkoli, co člověka baví a chodit mezi lidi stejného zájmu. Je něco jiného být sám, může být i příjemné, nebo být osamělý, to musí být depresivní.*“(E17) *„Mít pro co žít! A zdraví.*“(C17)

Umění stárnout si respondenti představují různě. Patrná je snaha o zachování vlastní identity, zdůrazňovaná také Kalvachem (viz podkap.1.3.) *„Je toho víc než si vzpomenu. Důležité je zachovat si sílu osobnosti, charakter, dobré mezilidské vztahy, empatii, laskavost a humor, alespoň něco z toho. Moje motto je: Když upadnu, zase vstanu nebo se alespoň pokusím.*“(C21) *„Důležitá je rodina, celkové zázemí a mít stále své zájmy. Snažím se pěstovat dobré vztahy a styk s lidmi a optimální zdraví.*“(D16)

K umění stárnout patří osvobození od iluze dokonalosti (viz Rüegger, podkap. 2.5.) *„Někdo si myslí, že je to líčení, oblékání a být samostatný. Ono to vždy nejde, tak říkám dělat, na co stačím, nepřemáhat skutečnost a být v kontaktu s přáteli a rodinou. Telefon, internet a facebook jsou pro mne nezbytné.*“(H18)

Zdravý životní styl je důležitou součástí umění stárnout. „*Pokud je člověk zdravý, tak se musí hýbat. Hodně chodím. Nejezdím autem, takže se hodně nachodím. Cítím, že mi to dělá dobře. Rovněž práce na zahradě mě fyzicky i duševně velmi pomáhá. Člověk nesmí být líný. Žádné vyspávání přes den a střídmost v jídle. Tím se řídil i můj otec.*“ (F18) Zdraví životní styl a další sociální determinanty zdraví se ve stáří projevují zvláště silně, upozorňuje např. Kalvach (viz podkap. 1.1.).

Paní A, paní B a pan E přijali strategii stáří si nepřipouštět. „*Jednoduše, nepřipouštět si ho.*“ (A20) „*Nepřemýšlet o konečnosti a být aktivní.*“ (B21) „*Moc si stárnutí nepřipouštět, ale ne zase vůbec.*“ (E21) Tyto tři respondenty spojuje také to, že všichni jsou ekonomicky aktivní.

Respondenti v souvislosti se stářím se nejvíce obávají o své zdraví a soběstačnost, což koreluje se představou dobrého stárnutí, které, jak sdělili, to by mělo být prožito ve zdraví, ale také ve finančním zajištění a dobrých rodinných a přátelských vztazích. Ani v jednom případě nebyla zmíněna obava z osamělosti nebo nedostatku financí.

„*Abych neskončila na vozíku, absolutně neschopná cokoliv udělat.*“ (H15) „*Myslím, že jako každý starý člověk, bojíme se nemoci a situace, kdybychom nebyli soběstační a byli odkázáni dlouhodobě na cizí pomoc.*“ (F15) „*Nechci být druhým na obtíž, dokud je člověk soběstačný, je vše OK.*“ (E18) „*Mám obavu o pohyblivost a fyzickou kondici, aby se nezhoršila, už nyní mám problémy s pohyblivostí. A také, abych si udržela dobré a kvalitní myšlení.*“ (G18) „*Mám obavu z bezmocnosti a ztráty naděje,*“ (C18) „*Ano, z různých onemocnění a nemohoucnosti a vůbec všeho, co zhorší kvalitu života.*“ (D16)

Odpovědi respondentů poukazují na to, že vyrovnat se s vlastní pasivitou, nesoběstačností a nutností pomoci od druhých patří k nejtěžším úkolům stáří. (viz Rüegger, podkap. 2.5.)

5.1.3. Vlastní konečnost

Kategorie vlastní konečnosti byla vytvořena z těchto identifikovaných kódů: nechci pohřeb, chci rozptýlit, notářství, konečnosti se přibližují, nepřemýšlet o tom, jak bude žít syn, aby to bylo co nejrychlejší, život, láska, smrt, likvidují věci, kontejner

K umění stárnout patří přijmout vlastní konečnost. (viz Rüegger, podkap. 2.5.) Respondenti uvedli, že na vlastní konečnost myslí. „*Jistě, ano, aby to bylo co nejrychlejší.*“ (E19), „*Ano, s věkem, který přibývá, si uvědomuji, že se konečnosti každý den přibližuji.*“ (G19), „*Ano, není možné v tomto věku tyto myšlenky nemít.*“ (D17),

„*Samozřejmě. Zejména poté, co mi zemřel manžel. Jenom hloupý člověk na to někdy nemyslí.*“ (F16), „*Člověk má přemýšlet o všem, tedy i o tomto tématu. Ano, někdy o tom přemýšlím, jak bude žít můj syn, co bude dělat. ...přeji si, aby byl spokojený.*“ (A17)

Respondenti se na konečnost se připravují a uspořádávají své věci. Paní D: „*Ano, byla jsem u notáře*“ (D18) „*Jasně, říkám dětem, že nechci pohřeb a chci rozptýlit.*“ (H16), „*Chci předat nemovitost dětem. Likviduji věci, které jsou asi dva roky nepotřebné. Něco se hodí Diakonii nebo Charitě, zbytek jistí kontejner.*“ (H17)

„*Zatím se snažím zbavit věci, které považuji za zbytečné. Ale stejně mám pocit, že nějak nic neubývá. Jsem však dost systematická, tak se mi to určitě podaří.*“ (A17) „*To bych moc rád, ale zatím se mi to moc nedaří. Dcery určitě přistaví kontejner a vše vyhážou. Podle mě je to ale škoda.*“ (E20)

„*Nijak zvláště se nepřipravuji. Celý život jsme s mužem žili tak, že věci okolo nás jsme měli v podstatě uspořádané. Dokumenty, které budou potřeba po mé smrti, mám nějak pohromadě, v našem malém bytě není problém cokoliv dohledat. Ostatní věci stihne osud, jaký jim určí dědici. Buď je vyhodí, nebo si je nechají.*“ (F17) „*Ne říkám, že oni, pozůstalí si to nějak vyřeší.*“ (G20)

Pouze paní B a paní C na konečnost nemyslí, ani se na ni nepřipravuje. „*Ne, vůbec ne! Mám snad se smutkem v duši přerovnávat bezcenné krámy, z nichž většina skončí v kontejneru? Mám jiné plány, snad zdraví dovolí.*“ (C20). Vědomí naší konečnosti však nemá snižovat radost ze života, nemá ubírat plány a aktivity, ale naopak probouzí úctu k životu a dodává váhu našim dnům.

5.2. Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda se orientují v současném systému sociální pomoci v ČR

V kategorii systém sociální pomoci se senioři podělili se svými znalostmi a zkušenostmi se současným systémem sociálních dávek, příspěvků a sociálních služeb. Znalost systému sociální pomoci je důležitou součástí přípravy na

potenciálně klesající soběstačnost ve stáří. Předpokládala jsem základní znalost sociálních dávek, příspěvků a služeb.

5.2.1. Systém sociální pomoci

Jádro kategorie tvoří tyto kódy:

sociální služby, dávky pro zdravotně postižené, příspěvek na péči, průkaz ZTP, mobilita, zkušenost, dovoz obědů, ošetrovatelské služby, posudková komise, dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory

Znalost systému sociální pomoci jsem zjišťovala pomocí otázek, na které sociální služby a příspěvky pro seniory si respondenti v daný okamžik vzpomenu, a dále ověřovala několika otázkami na zkušenost s konkrétními příspěvky – příspěvek na péči, mobilitu a průkaz ZTP, které odhalily jejich příjemce.

Systém sociální pomoci využívají paní G a paní H, a to formou příspěvku na péči a mobilitu a jsou držiteli průkazu ZTP. Paní C je držitelkou průkazu TP. Všichni respondenti paní C, pan E, paní F, paní G a paní H, kteří mají osobní zkušenost s přiznáváním příspěvku na péči či průkazu ZTP, nemají dobrou zkušenost s průběhem řízení, zejména lékařskou posudkovou komisí.

„Ano mám průkaz TP. Lékař z PC zdokumentoval můj stav během několika vteřin. Pracovnice úřadu práce mi předali kartu TP za půl roku, když už jsem francouzské hole neměla. Úřednice byly dobré, ale předpisy jsou staré a lhůty příšerné.“(C26) *„Ano pobírám ho. Jsem spokojená. Špatnou zkušenost mám pouze s komisí, nepoužívají selský rozum“*(H23)

„...tím (mám) sníženou stabilitu zejména při stání v MHD, žádal jsem o průkaz ZTP, ale nebyl mi přiznán.“(E26)

Paní F má také vlastní zkušenost: *„Moje zkušenost je celkem špatná. Po výslechu pacienta při osobní návštěvě úřednice u nás doma byl navržen určitý stupeň a zahájeno řízení o přiznání odpovídající finanční částky. Stav pacienta se výrazně zhoršoval, často musel být v nemocnici, ale řízení bylo velmi nepružné. Požadovali od nás další lékařská potvrzení, řízení přerušili. Než jsme všechno doplnili, manžel zemřel.“* (F23) Hospitalizace pacienta byla důvodem přerušování řízení o přiznání příspěvku na péči, v tomto směru došlo k pozitivní úpravě a řízení se z tohoto důvodu nyní nepřerušuje. Také zahájení řízení či provedení sociálního šetření již není odkládáno, ale je prováděno již v době hospitalizace. Nejčastějším důvodem

přerušeni řízení o přiznání příspěvku na péči jsou v současné době dlouhé čekací lhůty na vyjádření lékařské posudkové služby.

Základní sociální dávkou pro osoby se sníženou soběstačností je příspěvek na péči, ten znají paní A, paní C, paní F, dále paní G a paní H, které ho pobírají. Příspěvek na mobilitu znají paní A a příjemci paní G a paní H. Dále byl paní F a paní H uveden příspěvek na bydlení, který podobně jako dávky životního minima uvedené paní H, nejsou určeny primárně pro seniory, ale senioři na ně často dosáhnou.

Příspěvek na zvláštní pomůcku doplnila paní G, která žádala o přiznání příspěvku na osobní automobil (paní G) a paní H zmiňuje schodišťový výtah, o kterém neví, zda ho v budoucnu nebude potřebovat. *„Podmínky pro získání příspěvku na osobní automobil jsou velice přísné. Pro držitele průkazky ZTP, kteří auto potřebují pro svoji soběstačnost a pohyblivost. Zamítli mi to.“* (G26)

Příspěvek na automobil je poskytován osobám s těžkou vadou nosného a pohybového aparátu nebo hlubokou mentální retardací, které se pravidelně dopravují nebo jsou automobilem pravidelně převáženi. Dále je posuzován jejich příjem a příjem společně posuzovaných osob, přiznaná částka se pohybuje v rozmezí 100 000 Kč až 200 000 Kč. V případě žádosti paní H o svislou nebo šikmou zdvihací plošinu by výše příspěvku mohla činit až 400 000 Kč.

Pan E si vzpomněl na *„plavenky do bazénu a rozvoz jídel“* (E23) a na slevy pro seniory: *„...MHD zdarma a slevu na dopravu vlakem a autobusem.“* (E26), což pro znalost systému sociální pomoci nesvědčí.

Osobní zkušenost se sociálními službami respondenti nemají. Paní H si nechává komerčně dovážet obědy, protože pečovatelská služba není dostupná: *„U nás služby nejsou, nejbližší je vzdálená 20 km. Dovoz obědů organizují soukromníci, ne pečovatelská služba. V zařízeních pobytových je to jako i mnoho jiných věcí o lidech. A je to tak vlastně i u služeb, kdy chodí sestry nebo pečovatelky za lidmi. Někdo to dělá otráveně, někdo nadšeně, podle toho je výsledek vidět. Bohužel to má vliv na psychiku klientů.“* (H19)

Paní F: *„S manželem jsme se přibližovali situaci, kdy bylo potřeba některých služeb využít, ale než k tomu došlo, manžel zemřel.“* (F19) Paní A má profesionální zkušenost, pracuje jako sociální pracovnice.

Respondenti dokázali vyjmenovat tyto služby: paní A *„Domov pro seniory, denní stacionář, pečovatelskou službu.“* (A21) *„Donáška obědů, nákupy až domů*

nebo doprava do nemocnice“(B23) „Domovy pro seniory, pečovatelská služba, na další si nevzpomenu.“(D20) „Znám jen rozvoz jídla a ošetrovatelské služby.“(F20) „Domovy pro seniory“(G23) „Úklid domácnosti, dovoz obědů, doprovod k lékaři nebo na úřady.“(H20) Převažuje znalost zejména terénních sociálních služeb, které seniorům umožňují pobyt v domácím prostředí. Tyto služby by také v budoucnu senioři rádi využili, zejména pečovatelskou službu pro dovoz obědů a nákupů.

Paní C nyní kompletuje přihlášku k podání do domu s pečovatelskou službou, kde jsou čekací doby v řádu let. *„Právě kompletuji přihlášku do domu s pečovatelskou službou. Možné je, že dojde na dovoz obědů, někdy.“(C24) Také paní D uvažuje o podání žádosti do domu s pečovatelskou službou: „Domy s pečovatelskou službou, kde je ještě jistá svoboda, volné kapacity nemají, a pořadníky jsou zdlouhavé. A otázka je, kdy je ten správný čas si žádost podat?“(D27) Paní B a paní G uvažují o domovu pro seniory.*

Paní G a paní H se systémem sociální pomoci mají své zkušenosti a znají ho dobře, také paní A, která je sociální pracovnící. Naopak pan E projevil neznalost sociálních dávek i služeb. Většina respondentů zná systém sociální pomoci částečně.

5.3. Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda se mají na koho obrátit v souvislosti s potenciálně klesající soběstačností.

Kategorie na koho se obrátit představuje osoby a instituce, na které senioři uvedli, že by se v souvislosti s klesající soběstačností obrátili. Také informační technologie představují pro seniory významný zdroj informací.

5.3.1. Na koho se obrátit

V této kategorii byly zjištěny tyto kódy: děti, manžel, sousedka, kamarádka, koordinátor, praktický lékař, příslušný úřad, pečovatelské sklony, překvapily, pracovní vytížení, profesionální služba, internet

Respondenti na otázku, na koho by se obrátili v souvislosti s klesající soběstačností, jmenovali své nejbližší rodinné příslušníky: na děti a na manžela nebo partnera, v případě paní D, která děti nemá také na širší rodinu – děti partnera a neteře.

Senioři se na děti hodlají obrátit bez ohledu na vzdálenost, která je dělí. Paní A ví, že syn si to nějak zařídí, přestože žije v cizině. *„Na syna, i když je většinou mimo republiku. Ale, jak jej znám, on by si to nějak zařídil. Má celkem pečovatelské sklony. Nebo na kamarádku, s kterou se známe hrozně let, a slíbili jsme si, že si budeme oporou. Zatím jsme.“*(A26)

Pan E byl příjemně překvapen péčí svých dcer při výměně kyčelních kloubů. Paní C by se obrátila: *„na své děti a na kamarádku a zároveň nejbližší sousedku. Vyměnily jsme si vzájemně i čísla mobilů našich dětí, mohou se hodit“*(C28)

Při sociální práci se seniory můžeme být často svědky, že fyzická vzdálenost s blízkými nemusí být překážkou blízkého vztahu a častého kontaktu prostřednictvím sociálních sítí. I fyzicky vzdálení příbuzní dokážou být seniorům oporou a praktickou pomocí. Fyzická přítomnost dětí umožňuje každodenní kontakt a péčování a seniorům přináší pocit jistoty. *„Chystají se na to děti, které by o mne pečovaly, kdybych zůstala sama, zatím pečuje manžel. Připravují si další bytovou jednotku v našem domě.“*(H27)

S určitou výhradou by se na syna obrátila také paní F *„Mám syna a jeho rodinu, kteří bydlí blízko, pár metrů. Když ale vidím a slyším, jak jsou pracovně vytíženi, bylo by asi jednodušší zaplatit si profesionální službu.“*(F25) Ani malá vzdálenost mezi seniory a jejich dětmi však není zárukou, že jim pomoc a péče ze strany dětí bude poskytnuta ať už z jakýchkoli důvodů. Domnívám se, že systém sociální pomoci by měl být partnerem, který dokáže nabídnout komplexní provázaný a dostupný systém především terénních ale i pobytových sociálních služeb, který umožňuje seniorům se rozhodovat a jejich rodinám se na péči o své blízké podílet. Neměl by však veškerou odpovědnost v péči o seniory přenášet na děti a jejich rodiny, stejně jako se rodina nemůže vzdát odpovědnosti za péči o své blízké.

Někdy jsme bohužel svědky, že senioři nejsou přijímáni ani systémem sociální pomoci ani rodinou a nemusí se to týkat pouze problémových skupin seniorů – bezdomovců nebo alkoholiků, ale například i nákladných dlouhodobě těžce nemocných seniorů na hraně zdravotně sociálního pomezí upoutaných na lůžko nebo seniorů se syndromem demence, např. s Alzheimerovou demencí v pokročilejších stádiích.

To si uvědomuje paní D, která nemá děti a nad touto otázkou se nejvíce zamýšlela: *„Snažila bych se to řešit především s rodinou, lékařem a příslušnou sociální pracovníci na městském úřadě. U mě je to partner, ale nikdo nevíme, kdo*

koho přežije, a širší rodina – děti partnera, moje neteře. Jsem si vědoma, že tato situace není pak vůbec jednoduchá a stává se, že i vlastní děti nemají čas, bohužel často ani zájem, jsou pracovně vytížené a většinou mají vlastní rodiny. Ale v nastalé situaci by si každý člověk musel hledat nějaký ten první „odrazový bod“ k řešení té situace, pokud ovšem bude ještě sám mentálně schopen. Tato situace se dost dobře prostě naplánovat nedá.“ (D26)

Respondenti byli dotázáni, zda by uvítali koordinátora péče pro seniory. To by přivítala paní B, pan E: „*Určitě, bych to přivítal.*“ (E29) a paní G: „*Velice bych uvítala koordinátora, který by měl celkový přehled o možnostech pomoci pro seniory.*“ (G30) Ostatní respondenti jsou spíše zdrženliví, odkazují na sociální obor městské části, praktického lékaře nebo jsou schopni si informace zajistit sami pomocí internetu. „*Ne, potřebné informace si vyhledám sama. Pokud bych nemohla, pomůže mi někdo z rodiny, přátel.*“ (A28) „*Zatím si takové informace dokážu zjistit sama, třeba na internetu, nebo z časopisu Pražský senior.*“ (F27) „*Nedovedu fundovaně odpovědět, je možné, že sociální oddělení úřadu městské části tyto služby vykonává, neznám situaci. Zkusím internet. Informace jsem si vždy nějak sehnala nebo mi pomohly děti.*“ (C30)

Systém integrovaných podpůrných služeb navrhuje koordinátora péče pro seniory, který vytipovává rizikové seniory a ve spolupráci s dalšími subjekty jim poskytuje pomoc a kontrolu, jak píše Kalvach (viz podkap. 3.5.) Věřím, že činnost koordinátora péče pro seniory při městských úřadech by byla seniorům prospěšná, senioři však dosud s touto službou zkušenosti nemají, možná také proto o ni ve většině případů nemají zájem a raději spoléhají na své vlastní zdroje informací.

5.4. Výzkumná otázka: Jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci?

Výzkumnou otázku se pokusíme odpovědět pomocí analýzy kategorií: příprava na stáří – v čem podle respondentů spočívá, jakou vlastní přípravu na stáří realizovali a kdy by podle jejich názoru bylo vhodné s touto přípravou začít.

5.4.1. Příprava na stáří – v čem spočívá

Kategorii charakterizují tyto kódy:

spoření, finanční zajištění, nevím jak, nebyl čas, fyzicky aktivní, záleží na zdraví, do menšího bytu, nižší podlaží, sprcha, madla, prahy, koničky, mnoho plánů, dobré vztahy s rodinou a přáteli, pohyb – odpočinek

Přípravu na stáří před odchodem do penze realizovala většina respondentů. Pouze paní B, která stále pracuje na plný pracovní úvazek, se na stáří nepřipravuje a doporučuje, pokud je mi dobře, o tom nepřemýšlet. *„Na stáří jsem se nepřipravovala a nepřipravuji, těším se na každý nový den. Jsem optimista.“*(B5) *„Pokud je mi dobře, nepřemýšlet o tom.“*(B6). Pan E také řekl, že neví, jak má příprava na stáří vypadat, ale upravil si koupelnu pro případ, že by nemohl vlézt do vany.

Na finanční zajištění na stáří mysleli všichni respondenti: paní A, paní C, paní D, paní F, paní G, paní H. K realizované finanční přípravě na stáří můžeme přiřadit také paní A, pana E a paní B, kteří jsou stále ekonomicky aktivní a mezi hlavní důvody této aktivity uvedli finanční situaci. Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. a kol. (2014, s. 69 – 73) upozorňují, že preferovaná ekonomická aktivita v rámci konceptu aktivního stárnutí, může být pro některé seniory nutností.

Velmi častou formou přípravy respondentů na stáří bylo promýšlení formy bydlení. *„... Připojištění jsme platili asi od 40 let, také jsme počítali s tím, že se přestěhujeme do menšího bytu. Myslím si, že celkově by měla příprava na stáří spočívat v tom, aby život v důchodu nevyžadoval velké investice a byl i fyzicky náročný úměrně věku a našim schopnostem.“*(F6) *„Člověk by si měl zajistit co nejlevnější bydlení, nejlépe své, měl by mít naspořeno na neočekávané výdaje, pračka, lednička, stěhování atd. a měl by se zbavovat nepotřebných věcí. Důležitá je podle mne i finanční gramotnost vlastně už od mládí. Znáám dost lidí mladších než já, kteří nemají vlastní účet, složenky platí na poště a důchod si nechávají nosit domů. Podle mne dost zbytečných starostí ve stáří.“*(H6)

Výměnu bytu za menší a v nižším podlaží uskutečnila paní C a paní G, které si nový byt zároveň přizpůsobily bezbariérově. Také paní F se přestěhovala do menšího bytu s bezbariérovým přístupem. Tento přístup k přípravě za stáří považuji za velmi odpovědný. Setkáváme se však v praxi i se seniory, kteří výměnu bytu neřeší, zůstávají uvězněni ve svých bytech často i ve vyšších patrech bez výtahu.

Bezbariérovou úpravu bytu dále realizovala paní H a nyní realizuje paní A: *„Snažím se, abych měla, co nejvíce bezbariérovou domácnost. Starší a později starý člověk, často klopýtne nebo uklouzne. Proto je důležité, aby například neměl prahy,*

v koupelně měl raději sprchový kout, a pokud možno všude madla. Právě nyní rekonstruuujeme koupelnu.“(A8)

„Máme sprchu místo vany, madla a nástavec na WC. Dobrá je bezbariérovost, pokud to jde. Koupila jsem si pomůcky na obouvání a auto s nastupováním vhodným pro člověka s problémy s nohama a s páteří.“(H8) Ne každý ví, jak upravit byt na stáří, jaké existují pomůcky, které seniorům usnadní život, i v tomto by měl koordinátor péče pro seniory umět konkrétně individuálně poradit.

Paní D také promýšlí svoji bytovou situaci ve vztahu ke stáří: *„Zatím ne, byt 3+1 máme plně a pohodlně vybaven, veškerá občanská vybavenost je velmi blízko obchody, pošta, lékárny, zdravotní zařízení a lesopark. Ostatní se bude vyvíjet až dle celkového zdravotního stavu.“(D8)*

Senioři by do další životní fáze měli přicházet připraveni nejen finančně a se zajištěným bydlením, ale měli by také budovat dobré vztahy s ostatními lidmi a promýšlet náplň většího množství volného času. Udržování dobrých vztahů s rodinou a přáteli zmiňuje více respondentů. Paní C přechod do nové životní etapy ztížila nemoc a úmrtí manžela: *„Měli jsme s manželem řadu koníčků, mnoho plánů a téměř žádný volný čas, tak jsme si říkali až v důchodu... Ale má dlouhodobá nemoc a úmrtí manžela všechno změnilo. To nám nevyšlo.“(C5)* Vyrovnat se s úmrtím manžela patří k těžkým úkolům stáří, více Haškovcová (viz podkap. 1.3.) S úmrtím manžela se musela vyrovnat také paní F: *„Často na to (konečnost) myslím.... Kdybych potřebovala nutně pomoc, snažím se mít na to peníze.“ (F27)*

Shodně s paní C si paní H a pan E postěžovali na nedostatek času na přípravu na stáří. Paní A vybízí k užívání života a nezatěžovat se stářím příliš podobně jako „optimistka“ paní B. *„Ano, domnívám se, že je důležité se přípravou zabývat, ale pouze do určité míry. Zbytečně se nezatěžovat, snažit se užívat života, když již odejdou děti z rodiny.“(A5)* Paní A také vzpomněla další úkol stáří, totiž vyrovnat se s odchodem dětí, tzv. syndromem prázdného hnízda (viz Haškovcová podkap. 1.3.), se kterým se musí vyrovnávat především ženy.

Přípravu na stáří v podobě péče o zdraví zdůrazňuje většina respondentů. *„Snažit se pečovat o optimální zdraví a soběstačnost, pokud možno. A mít stále ještě své aktivity a zajištěné finanční zázemí. Udržovat dobré vztahy s rodinou a mít své přátele.“(D6)*

Respondentů jsem se zeptala, zda se nějakým způsobem připravují na možnou klesající soběstačnost. Odpovědi respondentů na tuto otázku korelují s přípravou na stáří, kterou uvedli v předchozích odpovědích. Většina respondentů pečuje o své zdraví a udržuje tělesný pohyb, ať už na sportovní úrovni nebo se záměrem udržet rozsah pohybu a mobility. „Vyřadím některé sporty, ale teď ještě ne.“(B27) „Pohyb - odpočinek, pohyb - odpočinek pořád dokola, to je asi to jediné. Podávám přihlášku do domu s pečovatelskou službou.“(C27)

Také paní D uvažuje o podání žádosti do domu s pečovatelskou službou: „Domy s pečovatelskou službou, kde je ještě jistá svoboda, volné kapacity nemají, a pořadníky jsou zdlouhavé. A otázka je, kdy je ten správný čas si žádost podat?“(D27) O využití domova pro seniory by uvažovala paní B a paní G. Tyto seniorky tedy zvažují využití sociální služby, která sociální služba však pro ně bude vhodná v konkrétní situaci nyní nelze předjímat. Domy s pečovatelskou službou přijímají pouze do velké míry soběstačné klienty a nesoběstačné klienty předávají do dalších sociálních případně zdravotních služeb. Také domov pro seniory není vhodný pro každého, typicky senioři s demencí často vyžadují péči v domově se zvláštním režimem.

A tak senioři podávají s velkým předstihem žádosti do domu s pečovatelskou službou a domovů pro seniory s nadějí, že v potřebný okamžik budou přijati. Nejsou výjimečné čekací doby několik let. Tato situace může vést paradoxně k tomu, že senioři do zařízení nastupují předčasně z obavy, že přijdou o své místo v pořadníku čekatelů.

5.4.2. Příprava na stáří – kdy by měla začínat

Kategorie byla vytvořena z těchto kódů:

po celý život, zadní kolečka, generace, individuální, intuice, zdravotní problémy, finance, věk dožití

Kdy by měla příprava na stáří začínat, v tom se názory respondentů různí. Paní F se domnívá, že na stáří by se mělo myslet celý život: „Na stáří by se mělo myslet celý život. Mám na mysli třeba situaci, kdy si mladí lidé pořídí mezonetový byt se strmým schodištěm a za pár let zjistí, že jim potíže s chůzí nedovolí tyto schody několikrát denně zdolávat.“(F7)

Paní A rozdělila finanční přípravu, která by měla probíhat po celý aktivní život a přípravu před stářím: „*Cca 10 let před odchodem do důchodu, příprava financí by měla probíhat po celý aktivní život. Možná to zní směšně, ale myslet, jak se říká, na zadní kolečka je důležité. Naše generace byla takto vychovávána. Myslím ale, že dnešní generace to má zcela jinak.*“(A7) Společně s paní F jmenovala dlouhodobou a středně dobou přípravu na stáří.

Přesné hranice pro určení začátku střednědobé a krátkodobé přípravy na stáří neexistují, pro krátkodobou přípravu se doporučují asi tři roky před odchodem do penze (viz podkap. 1.5.), proto se také respondenti na přesné hranici neshodují. Určit začátek krátkodobé přípravy na stáří se snažila paní G: „*Nevím, Asi tak po dosažení věku šedesáti let.*“(G7) „*... příprava tak plus minus pět let před důchodem.*“(C7) A paní H by začínala s přípravou na stáří kolem věku padesáti let.

Paní B a pan E začátek přípravy na stáří odvíjí od zdravotního stavu: „*To je závislé na zdravotním stavu budoucího seniora.*“(B7) „*Asi když člověk začne mít zdravotní problémy.*“(E7) Paní D začátek přípravy ponechává na každém k individuálnímu posouzení a vlastní intuici: „*To je velmi individuální, záleží na financích, rodině, aktuálním zdraví. Prodlužuje se věk dožití a tím i hranice odchodu do důchodu. Je to určitá intuice.*“(D7)

Je zřejmé, že zdravotní stav je důležitý ukazatel nastupujícího stáří. Na stáří by se však měli připravovat i lidé v dobré fyzické kondici, aby je příchod stáří nezaskočil. Souhlasím s paní D, že je dobré řídit se vlastní intuicí a nejen v oblasti přípravy na stáří. Je otázka, zda se můžeme všichni na vlastní intuici spolehnout, proto je vhodné vnímat i obecná doporučení.

6. Diskuze

Cílem výzkumného projektu je zodpovědět výzkumnou otázku: **Jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci?** Z hlavního cíle byly vyvozeny dílčí cíle, s jejichž pomocí se pokusíme výzkumnou otázku zodpovědět.

Na otázku jak respondenti prožívají své stáří, můžeme odpovědět především aktivním způsobem života. Respondenti jsou aktivní ekonomicky, pohybově, sociálně i spirituálně.

Ve svých aktivitách se ukázali být velmi různorodou skupinou. Někteří jsou stále aktivní ekonomicky, jiní mají omezenou pohyblivost a jsou příjemci příspěvku na péči a držiteli průkazu ZTP. Všichni se označili za aktivní seniory. Někteří využívají možností formálního vzdělávání ve stáří, jiní se vzdělávají neformálně a využívají informační technologie. Nejvýrazněji se účastní paní C, která zvládá neuvěřitelné množství aktivit, U3V, akademii kultury a umění, klub seniorů a dobrovolnickou činnost v nemocnici. Neformální dobrovolnictví, styk s přáteli, sport, ale také odpočinek to jsou činnosti, kterým se respondenti věnují. Naplňují tak koncept aktivního stárnutí ve třetím a na počátku čtvrtého věku, tedy i v období, které je charakteristické zdravotními omezeními a počínající závislostí.

Nejoblíbeněji trávený čas patří vnoučatům. Ne všichni mohou trávit čas, tak jak by si přáli, paní B se někdy cítí přetížena, z důvodu ekonomické aktivity, kterou z finančních důvodů potřebuje. Tomuto riziku konceptu aktivního stárnutí, který upřednostňuje a nabádá seniory k aktivnímu trávení volného času a maximálnímu zapojení do pracovních, vzdělávacích a dobrovolných aktivit, se více věnuje Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. (viz podkap. 2.4.)

Senioři, kteří nyní prožívají své období počínajícího stáří, se také shodli na předpokladech dobrého stárnutí, jsou jimi zejména zdraví, finanční zajištění a dobré vztahy s rodinou a přáteli. K umění stárnout ještě doplňují udržet si osobnost, koníčky, optimismus, dělat na co stačím a stáří si moc nepřipouštět. Jsou to hodnoty, které vyjadřují aktivitu ve všech oblastech života, ale také přijetí stáří.

Hodnoty, které respondenti považují za nejdůležitější, jsou zdraví a soběstačnost. Právě o ně mají největší obavy související s postupujícím stářím. V dnešní době zaměřené na výkon je opravdu těžké přijmout pomoc, přijmout vlastní nemohoucnost, přijmout ztrátu svých schopností, je to úkol stáří z nejtěžších. Pan E,

který svoji nemohoucnost, byť přechodnou, zažil při výměně kyčelních kloubů, ji zvládl dobře, byl mile překvapen péčí svých tří dcer. Od nejbližších se pomoc přijímá nejlépe.

Přípravu na potenciálně klesající soběstačnost představuje také orientace v současném systému sociální pomoci. Byla zjišťována znalost i osobní zkušenost se sociálními službami a dávkami pro seniory. Respondenti se v systému sociální pomoci orientují pouze částečně.

Většina respondentů ví o příspěvku na péči, který je základní dávkou k zajištění péče při snížené soběstačnosti. Někteří znají průkaz ZTP, jsou to ti, kteří o něj úspěšně či neúspěšně žádali. Nejméně respondentů zná příspěvek na mobilitu. Na systém sociální pomoci se dosud obrátilo pět seniorů. Dvě seniorky využívají příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a průkaz ZTP, dvěma seniorům, nebyl přiznán průkaz ZTP nebo pouze TP a dále má zkušenost paní F, která provázela manžela řízením o příspěvek na péči.

Všichni mají negativní zkušenost s posudkovou komisí a průběhem řízení, které považují za zdoluhavé a nepružné. V poslední době však doznalo určitých zlepšení zejména díky zahajování, nepřerušování a projednávání příspěvku na péči i v době hospitalizace žadatele. Dvě seniorky zmiňují příspěvek na zvláštní pomůcku – automobil a schodišťový výtah, o který by měly zájem, ale podmínky pro jeho přiznání jsou přísné. Senioři dále uváděli příspěvek na bydlení a dávky životního minima, které nejsou primárně určeny pro seniory, ale také jim náleží v případě, že se ocitnou v hmotné nouzi nebo jejich náklady na bydlení v součinu s příjmy domácnosti, přesahují normativní náklady na bydlení. Do takové situace se mohou dostat zejména seniorky v případě úmrtí partnera a ztráty jeho příjmu.

Na hlavní výzkumnou otázku: **Jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci?** Můžeme odpovědět, že respondenti se na stáří připravovali a připravují odpovědně a také odlišně. Výrazná je především finanční odpovědnost, péče o zdraví, úpravy bytu a udržování dobrých vztahů s rodinou a přáteli. Tento přístup respondentů můžeme označit za konstruktivní přijetí stáří. Otevřené mezilidské vztahy, přijímání života a potěšení z něho patří ke konstruktivnímu přijetí stáří, píše kupř. Haškovcová (viz podkap. 1.5.)

Přípravu na stáří před odchodem do penze realizovali všichni respondenti. Všichni respondenti realizovali a někteří stále realizují finanční přípravu na stáří.

Pouze paní B, stále plně ekonomicky aktivní, se na stáří nepřipravuje žádným jiným způsobem a nepřemýšlí o tom.

Některé seniorky směnily byt za menší v nižším podlaží nebo s bezbariérovým přístupem. Téměř všichni senioři z výzkumného souboru uskutečnili bezbariérové úpravy bytu, dále zdůrazňují přípravu na stáří v podobě péče o zdraví, udržování dobrých vztahů s rodinou a přáteli, užívání života a nezatěžování se příliš stářím. Senioři se tedy na své stáří připravují a jejich příprava je v souladu s obecnými doporučeními.

O své přípravě na stáří uvažují také v kontextu sociálních služeb. Senioři si nejčastěji vzpomněli na pečovatelskou službu, kterou by v budoucnosti využili pro dovozkou oběda nebo nákupů. Do domu s pečovatelskou službou si uvažují podat žádost dvě respondentky. Paní D zvažuje: „*Kdy je ten správný čas si žádost podat?*“ O využití domova pro seniory by uvažovali dvě seniorky. Převažuje tedy zájem o terénní sociální služby v místní komunitě, což odpovídá současným trendům a směřování sociálních služeb.

V korelaci s vlastní přípravou na stáří před odchodem do penze se i v současné době připravují možnou klesající soběstačností: úpravou bytu, pohybovou aktivitou a odpočinkem, zjednodušením domácnosti, bezpečnou prací a udržením financí. Považují tento přístup ke stáří, byť se u jednotlivých respondentů vzájemně odlišuje, za odpovědný a věřím, že seniorům tato příprava bude užitečná, že se vyplatí jim, jejich rodinám i celospolečensky.

K vlastnímu stáří patří také konečnost člověka. Důležitý úkol stáří, ke kterému přijetí konečnosti jistě patří, píše kupř. Rüegger (viz kap. 2.5) respondenti přijali: „*Zejména poté, co mi zemřel manžel. Jenom hloupý člověk na to někdy nemyslí.*“ (F16), „*Člověk má přemýšlet o všem, tedy i o tomto tématu. Ano, někdy o tom přemýšlím, jak bude žít můj syn, co bude dělat. ...přeji si, aby byl spokojený.*“ (A17).

Přípravu na konečnost praktikují pouze někteří respondenti, uspořádávají své poslední věci: např. navštívili notáře nebo paní H chce předat nemovitost dětem a sdělila jim přání ohledně pohřbu nebo uspořádávají a třídí své osobní věci. Více seniorů se nepřipravuje nijak, se svojí konečností však nebojují a nebrání jim v radosti ze života. Jediná dosud plně pracovně aktivní paní B na konečnost nemyslí ani se na ni nepřipravuje.

S přípravou na stáří souvisí, kdy by měla začínat. Někteří myslí po celý život, někteří po celý aktivní život, někteří pět let před odchodem do penze, někteří cca 10 let před odchodem do penze, od padesáti let nebo šedesáti let. Rozlišují střednědobou přípravu na stáří zejména finanční a bytovou – výměna bytu a bezbariérové úpravy bytu, a krátkodobou přípravu, kterou někteří doporučují začínat podle zdravotního stavu nebo individuální situace a vlastní intuice, podle obecných doporučení má začínat tři roky před odchodem do penze. Přesný vhodný začátek krátkodobé přípravy pro každého asi nelze obecně určit, obecná doporučení jsou určitým vodítkem.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda se senioři mají na koho obrátit s potenciálně klesající soběstačností, zvláště pokud se sami v systému sociální pomoci plně neorientují, jak ukázala zjištěná data. Mladí senioři by se nejčastěji obraceli na své nejbližší, na děti, na manžela, na partnera, také na kamarádku, na sousedku či širší rodinu a to bez ohledu na vzdálenost, která je dělí a která nemusí být zárukou dobrých vztahů mezi seniory a dětmi. Často se také obrazejí na internet a jsou schopni si informace zjistit sami. Největší nejistotu v této otázce pocítovala paní D, která děti nemá a bude se proto obracet na širší rodinu a také na sociální pracovníci úřadu městské části.

O koordinátora péče pro seniory, navrhovaného Systémem integrovaných podpůrných služeb, mezi většinou respondentů nebyl zájem. Uvítali by ho pouze tři respondenti. Někteří odkazují na sociální odbory městských částí, někteří si vyhledávají informace sami nebo poradí praktický lékař, děti a přátelé. Jedná se o novou službu, kterou senioři neznají a kterou sociální odbory městských úřadů vykonávají částečně. Pokud se podaří koordinátora péče pro seniory na městských úřadech zřídit, což považují za velmi prospěšné, bude si muset svoji pozici a prestiž u seniorů získat.

Závěr

Diplomová práce se věnovala seniorům. Cílem bylo uceleně představit problematiku stárnutí v současné české společnosti, aby na tomto podkladě mohl být vytvořen metodologický nástroj pro zkoumání osobní přípravy seniorů na stáří. Práce se zaměřuje na ty aspekty života mladých seniorů v kohortě 63–73 let, které souvisí s osobní přípravou seniorů na jejich potenciálně klesající soběstačnost ve stáří v kontextu systému sociální pomoci.

Na základě odborné literatury popisují stáří z pohledu vývojové fáze člověka, fyzické, psychické a sociální stárnutí, strategie zvládnání a přípravu na stáří. Věnuji se společenským dopadům demografické změny, vývoji gerontologického myšlení včetně konceptu aktivního stárnutí a umění stárnout podle Rüeeggera. Popisují současný systém sociální pomoci v České republice, nový model Systému integrovaných podpůrných služeb SIPS Zdeňka Kalvacha a představuji roli koordinátora péče pro seniory. Dále přistupuji k hodnocení dopadů stárnutí, osobní přípravy seniorů na jejich potenciálně klesající soběstačnost a současný systém sociální pomoci – služeb a dávek pro seniory a zdravotně postižené. Ve třetí fázi – jednat, se pokouším učinit závěry v kontextu sociální práce.

V rámci vlastního empirického výzkumu zkoumám názory a zkušenosti mladých seniorů na prožívané stáří. Hlavním cílem práce, jak už bylo uvedeno, bylo zjistit, jak se senioři připravovali a připravují na potenciálně klesající soběstačnost v kontextu současného systému sociální pomoci. Vytyčené dílčí cíle prozkoumávají názory a zkušenosti se současným systémem sociální pomoci a na to, zda se mladí senioři mají v případě potřeby na koho obrátit, včetně názoru na službu koordinátora péče o seniory.

Pro získání dat v souladu s výzkumnou otázkou byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Ke sběru dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Při hodnocení výzkumu jsem použila induktivní a komparativní metodu.

Před samotnou realizací rozhovorů bylo třeba mladým aktivním seniorům představit záměr výzkumu. Senioři na téma osobní přípravy na stáří reagovali různě a již v samém počátku příprav bylo zřejmé, že jsou velmi heterogenní skupinou, ačkoli zdaleka ne všechny charakteristiky jsou na první pohled zřejmé. Někteří senioři si pro téma výzkumu připadali příliš mladí, i když v průběhu rozhovoru se ukázalo, že se přípravou na stáří zabývají, někteří senioři, a nemuseli být na horní hranici dané

věkové kohorty, si pro téma přípravy na stáří připadali staří. Opět se ukázala variabilita stáří. Také proto bylo třeba se seniory velmi pečlivě probrat průběh rozhovoru a oblasti, kterých se rozhovor bude dotýkat. Bylo potřeba vytvořit bezpečné prostředí, aby mohly být položeny intimní citlivé otázky dotýkající se problémů stáří a konečnosti člověka. Před začátkem rozhovoru jsem je ubezpečila, že na otázky, které jim budou nepříjemné, nemusí odpovídat.

Myslím, že i tato péče přispěla k otevřeným výpovědím respondentů, včetně odpovědí na otázky týkající se vlastní konečnosti. Někteří o ní mluvili naprosto věcně bez problému, jiní trochu pohnutě nebo spíše stroze. Z rozhovorů převažoval pocit, že senioři byli rádi, že měli možnost hovořit o otázkách, o kterých příliš často nehovoří, přestože o nich přemýšlí.

Podle mého názoru se mi podařilo stanovené cíle naplnit. Těžiště práce bylo věnováno osobní přípravě seniorů na jejich potenciálně klesající soběstačnost ve stáří, zjistila jsem, že všichni respondenti osobní přípravu realizovali a někteří stále realizují v podobě finanční přípravy. Další uskutečňované formy přípravy se lišily. Je dobrou zprávou, že senioři, kteří tvořili můj výzkumný soubor, se na své stáří připravují a jejich příprava je v souladu s obecnými doporučeními. Na vlastní konečnost se většina těchto seniorů systematicky nepřipravuje, téměř všichni na ni však myslí, aniž by jim to bránilo v aktivním způsobu života a ubíralo potěšení z něho.

K osobní přípravě na stáří patří alespoň rámcová znalost systému sociální pomoci. Zjišťovala jsem zkušenosti a znalosti respondentů se systémem sociální pomoci, většina respondentů má zkušenost. Všichni negativně hodnotili práci posudkové komise a zdlouhavý průběh řízení. Více respondentů zná příspěvek na péči, jako jeden z hlavních zdrojů finanční podpory osobám se sníženou soběstačností, méně znají příspěvek na mobilitu. Průkaz ZTP znají pouze ti respondenti, kteří o něho požádali. V současném systému sociální pomoci se senioři orientují pouze částečně, nemají však problém se obrátit na své nejbližší, na děti, manžela, partnera, ale i přátele a širší rodinu. Případně jsou si schopni potřebné informace zajistit sami prostřednictvím internetu nebo svých nejbližších.

Respondenti promýšleli svoji přípravu na potenciálně klesající soběstačnost také v kontextu sociálních služeb. Nejčastěji by uvažovali o využití pečovatelské služby pro dovážku obědů a nákupů. V současné chvíli žádné sociální služby nevyužívají a nemají s nimi jinou osobní zkušenost. Další seniorky by uvažovali o

využití domova pro seniory. Do domu s pečovatelskou službou by se přestěhovaly dvě seniorky, zvažují, kdy je vhodné si žádost podat, aby si ji nepodali příliš brzy nebo naopak příliš pozdě. Nejaktivnější seniorka z mého výzkumného souboru paní C se rozhodla podat ji již nyní.

Prakticky může být využit poznatek ohledně koordinátora péče pro seniory. Senioři z výzkumného souboru o něho velký zájem nemají a raději spoléhají na vlastní zdroje informací, přesto se domnívám, že by jim tato nová služba mohla poskytnout pomoc a ochranu v pokročilém stáří. Při zřizování této služby bude třeba zvýšenou měrou věnovat pozornost informování veřejnosti, zejména seniorů o činnosti a praktických možnostech pomoci koordinátora péče pro seniory.

Literatura

Alternativa 50+, 2014 *Stárnutí populace jako výzva* [on line] [cit. 3.2.2019]

dostupné z:

[http://alternativaplus.cz/wp-content/uploads/2013/02/STARNUT%C3%8D-POPULACE-JAKO-VYZVA_-F-I-N-A-L.indd_04.pdf]

Čeledová L., Kalvach Z., Čevela R.. *Úvod do gerontologie*, Praha: Karolinum 2016, ISBN: 978-80- 246-3404-3

Čevela R., Čeledová L., Kalvach Z.. *Sociální gerontologie*, Praha: Grada 2014, ISBN: 978-80-247-4544-2

Červenková R., Kolář P.. *Labyrint pohybu*, Praha: Vyšehrad 2018, ISBN: 978-80-7429-975-9

ČSÚ, 2018.. *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018 – 2100* [on line][cit. 15.1. 2019] dostupné z:

<https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

Dvořáčková D.. *Kvalita života seniorů*, Praha: Grada 2012, ISBN: 978-80-247-4138-3

Evropská rozvojová agentura, 2012. *Manuál aktivního stárnutí* [on line] [cit. 20.2. 2019] dostupné z:

http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf

Haškovcová H.. *Fenomén stáří*, vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team, 2010, ISBN: 978-80-87109-19-9

Hendl, J.. *Kvalitativní výzkum*, Praha: Portál 2005, ISBN: 80-7367-040-2

Holmerová I., Jurašková B., Zikmundová K.. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 2. vyd., Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, ISBN: 80-86541-12-6

Horecký J, Průša L.,2019. „*Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019 -2050*“ [on line] [cit. 9.4. 2019] dostupné z:

http://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE.pdf

Janiš, K.. *Volný čas seniorů*, Praha: Grada, 2016, ISBN 978-80-247-5535-9

Kalvach, Z. a kol.. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*, Diakonie ČCE 2014, ISBN 978-80-87953-07-5

Kalvach, Z., *Základní pojmy, fenotyp stáří, principy přístupu ke stáří*, nedatováno [on line] [cit. 9.10. 2018] dostupné z:
[file:///C:/Users/admin/Downloads/I_kalvach%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/I_kalvach%20(3).pdf)

Křivohlavý J.. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN: 80-247-0179-0

Křivohlavý J.. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN: 978-80-247-3604-4

Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, Praha: Česko, 2008, ISBN: 978-80-86878-65-2

Matulazová, T., Jurníčková, P., Doležel, J. a kol.. *Motivace k dobrovolnictví*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2016, ISBN 978-80-244-5110-7

Milovský, M.. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISBN

MPSV: *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [on line] [cit. 17.2. 2019] dostupné z:
https://www.mpsv.cz/files/clanky/20848/NAP_2013-2017_070114.pdf

Müller, O.. *Speciálněpedagogická gerontagogika*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, ISBN: 978-80-244-3688-3

Nakonečný, M.. *Motivace lidského chování*, Praha: Academia, 2004, ISBN 80-200-0592-7.

Petřková, A., Čornaničová, R.. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, ISBN 80-244-0879-1

Průša L., „*Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*“ [on line] [cit. 21. 2. 2019] dostupné z:
<https://relik.vse.cz/static/2017/download/pdf/135-Prusa-Ladislav-paper.pdf>

Příbyl H.. *Lidské potřeby ve stáří*, Praha: Maxdorf, 2015, ISBN: 978-80-7345-437-1

Rabušicová, M., Rabušic, L.. *Učíme se po celý život?* Brno: Masarykova univerzita, 2008, ISBN 978-80-2104779-2

Robb, C.; Hongbin, C.; Haley, W. E. (2002). „*Ageism in mental health and health care: A critical review*“ (PDF). *Journal of Clinical Geropsychology*. 8 (1): 1–12 s.[on line] [cit. 20.3. 2019] dostupné z:
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1013013322947>

- Říčan P., *Cesta životem*, vyd. 2., Praha: Portál, 2004, ISBN: 80-7178-829-5
- Sýkorová D., *Autonomie ve stáří*, Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, ISBN: 978-80-86429-62-5
- Sak, P., Kolesárová, K.. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3850-5
- Štěpánková H., Höschl C., Vidovičová L. a kol.. *Gerontologie, současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*, Praha: Karolinum, ISBN: 978-80-246-2628-4
- Towards an Age – Friendly Europe [on line] [cit. 13.2. 2019] dostupné z:
https://www.agefriendlyeurope.org/sites/default/files/Covenant_brochure.pdf
- Vidovičová L., Galčanová L., Kafková M. P., Sýkorová D.. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*, Praha: Sociologické nakladatelství, 2013, ISBN: 978-80-7419-141-1
- Vidovičová L.. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*, Brno: Masarykova univerzita 2008, ISBN: 978-80-210-4627-6
- WHO, 2001. „*Indicators for the Minimum Data Set Project on Ageing: A Critical Review in sub-Saharan Africa*“ [on line][cit.9.10.2018] dostupné z:
https://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_mds_report_en_daressalaam.pdf
- WHO, 2002. „*Active Ageing A Policy Framework*“ [on line] [cit.18.3.2019] dostupné z: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- WHO, 2007. *Globální města přátelská seniorům* [on line] [cit. 15.2. 2019] dostupné z: https://www.who.int/ageing/WHO_age_friendly_cities_cz.pdf

Prameny

- Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách [on line] [cit. 1. 6. 2019] dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Zákon č. 329/2011 Sb., Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů [on line] [cit. 1. 6. 2019] dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>
- Zákon č. 187/2006 Sb., Zákon o nemocenském pojištění [on line] [cit. 1. 6. 2019] dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>
- Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [on line] [cit. 1. 6. 2019] dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Jiné zdroje

Konference „*Podpora a rozvoj neformální péče – jak na to*“, Senát ČR 5. 3. 2019

Konference „*Nejlepší praxe v podpoře pečujících a seniorů*“, Česká společnost pro gerontologii, 11. 12. 2018

Konference „*Stárnout doma, v místě, v obci*“ Diakonie Českobratrské církve evangelické, 28. 11. 2018

Příloha - Ukázka použitých otázek pro respondenty:

1. Otázky sondující:

Souhlas s nahráváním rozhovoru

Identifikační znaky respondenta

Kolik je Vám let?

Jaký je Váš stav?

Máte děti?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jste ekonomicky aktivní?

2. Otázky zjišťující jak senioři prožívají své stáří:

Řekl /a byste o sobě, že jste aktivní senior?

Jak trávíte volný čas?

Co si myslíte o vzdělávání ve stáří?

Navštěvujete nebo jste v minulosti navštěvoval /a kurz pro seniory, akademii třetího věku, univerzitu třetího věku, klub seniorů nebo jiné sdružení seniorů? Co Vám to přináší?

Vykonáváte nějakou dobrovolnou činnost (zahrnuje i sousedskou výpomoc nebo činnost dobrovolného sdružení)? Jakou?

Co myslíte, že je předpokladem dobrého stáří?

Máte z něčeho obavu v souvislosti se stářím?

Jak podle Vás vypadá umění stárnout?

3. Otázky zjišťující přípravu na stáří:

Připravoval /a jste se nějak na své stáří před odchodem do penze?

V čem by podle Vás měla příprava na stáří spočívat?

Kdy by podle Vás měla příprava na stáří začínat?

Přizpůsobil /a jste si nějakým způsobem domácnost na stáří? Jak?

Připravujete se nějakým způsobem na možnou klesající soběstačnost ve stáří?

Myslíte někdy na vlastní konečnost?

Připravujete se na ni nějakým způsobem, například uspořádáváte své věci apod.?

4. Otázky zjišťující, jak se senioři orientují v současném systému sociální pomoci:

Máte nějakou zkušenost se sociálními službami pro seniory? Jakou?

Vzpomenete si, jaké sociální služby pro seniory znáte?

Uvažoval /a byste o využití nějaké sociální služby v souvislosti s klesající soběstačností? Jaké?

Uveďte, jaké znáte sociální dávky pro seniory – příspěvky?

Znáte příspěvek na péči? Máte s ním nějakou osobní zkušenost?

Znáte příspěvek na mobilitu? Máte s ním nějakou osobní zkušenost?

Znáte průkaz ZTP? Máte s ním nějakou osobní zkušenost?

5. Otázky zjišťující, zda se mají senioři na koho obrátit:

Kdybyste potřebovala pomoc v souvislosti s klesající nesoběstačností, na koho byste se obrátil /a?

Máte nějakou blízkou osobu, na kterou se můžete obrátit, v případě, že potřebujete pomoc? V jakém je k Vám vztahu?

Přivítali byste, kdyby ve Vašem bydlišti působil koordinátor péče pro seniory, který by Vám zprostředkoval informace o možnostech sociální pomoci vhodné pro Vaši konkrétní situaci?

6. Otázky ukončující proces rozhovoru

Na závěr, je něco, co byste chtěl/ -a vzkázat, sdělit, doplnit?

Zhodnocení rozhovoru

Poděkování