

UNIVERTIZA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské (prezenční) studium

2011 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Robert Wachtl

Stáří a osobnost seniora

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: Prof. PhDr. Karel Kamiš, CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAQUE

Bachelor Full-Time Studies

2011-2012

BACHELOR THESIS

Robert Wachtl

Age and personality senior

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor: Prof. PhDr. Karel Kamiš,
CSc.**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 24 .3. 2012

Robert Wachtl

Poděkování

Chtěl bych poděkovat Prof. PhDr. Karlu Kamišovi CSc. za vedení a podmětné rady k mé bakalářské práci.

Anotace:

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřil na problematiku stáří, na změny v životě seniorů, dále na stárnutí populace a na poskytování péče a služeb pro seniory. Probírám některé pojmy jako stáří, stárnutí, osobnost seniora, aktivity seniorů a možnosti sociální péče, kterou seniorům společnost umožňuje a poskytuje. V závěru kazuistik pak srovnávám život několika seniorů a hodnotím význam dosaženého vzdělání a hmotné možnosti seniorů.

Klíčové pojmy:

Probírám některé pojmy jako stáří, stárnutí, osobnost seniora, aktivity seniorů a možnosti sociální péče, kterou seniorům společnost umožňuje a poskytuje.

Anotace:

In my thesis i focused on the issues of age, genders in the lives of seniors, as well the aging population and the provision of care and services for seniors. I'm discussing some concepts such as age, aging, personality, senior, senior activities, and possibilities of social care that allows seniors and provides company. At the end of life case studies to compare the number of seniors and educational attainment are important and material possibilities of seniors.

Key words

I'm discussing some concepts such as age, aging i'm personality, senior, senior activities and possibilities of social care that allows seniors and provides company.

OBSAH

ÚVOD	8
1. STÁRNUTÍ A DNEŠNÍ SPOLEČNOST.....	10
1.1 KDY VZNIKÁ STÁŘÍ.....	11
1.2 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ	12
1.3 STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA	12
1.4 DOSAVADNÍ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE A PERSPEKTIVY DO BUDOUCNA	13
2. OSOBNOST SENIORA - (ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORŮ) ...	15
2.1 AKTIVITA SENIORŮ	19
2.2 PÉČE O ZDRAVÍ.....	22
2.3 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY SENIORŮ	24
2.4 PROBLEMATIKA OŠETŘOVÁNÍ SENIORŮ	25
2.5 DŮLEŽITOST KVALIFIKOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	27
2.6 HISTORICKÝ POHLED NA PROBLEMATIKU	28
2.7 ÚSTAVNÍ PÉČE	31
2.8 TERÉNNÍ PÉČE	34
2.9 RODINNÁ PÉČE	36
3. PRÁVNÍ POSTAVENÍ SENIORŮ V ČESKÉ REPUBLICE	39
PRAKTICKÁ ČÁST:.....	41
KAZUISTIKA Č. 1.....	41
KAZUISTIKA Č. 2.....	43
KAZUISTIKA Č.3.....	44
KAZUISTIKA Č. 4.....	45
KAZUISTIKA Č. 5.....	46

KAZUISTIKA Č. 6.....	47
KAZUISTIKA Č. 7.....	49
KAZUISTIKA Č. 1.....	51
KAZUISTIKA Č. 2.....	52
KAZUISTIKA Č. 3.....	53
KAZUISTIKA Č. 4.....	54
ZÁVĚR:	56
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Stáří je nevyhnutelnou etapou lidského života, kterou velmi často doprovázejí hluboké biologické a sociální změny v osobnosti člověka. Každý ze současných seniorů prožil aktivní část života v různém životním prostředí, s různými problémy a úspěchy a proto seniorský věk zasahuje každého seniora jiným způsobem. Odlišný je také vliv současného prostředí. Dnešní prostředí je úplně jiné, než ve kterém, současný senior vyrůstal. Většina z nich prožila část, nebo dokonce celou dobu druhé světové války a žila v minulém socialistickém režimu. S dnešním rychlým vývojem moderní společnosti se většina seniorů těžko vyrovnává a často starý člověk myslí, že do této doby už vůbec nepatří. Jsou to naprosto odlišné podmínky pro život jiná mnohem složitější technika, hudba, názory, kultura a změny, které mu často nejsou příjemné. Připadají si nepotřební a zjišťují, že do dnešní společnosti vůbec nezapadají. Staří lidé už většinou nemají chuť ani náladu se učit novým technickým vymoženostem. Každý senior představuje osobnost, která prožila většinu života jako aktivní člen společnosti, spoluvytvářel hodnoty, na kterých staví dnešní současnost. Můžeme se od nich mnohé naučit nebo nám mohou mnohé sdělit, proto by zejména mladí lidé měli mít ke starší generaci úctu. Je velmi důležité, abychom co nejvíce umožnili seniorům, aby prožili svoje stáří důstojně, aby byla respektována jejich osobnost. Ideální situací by bylo, kdyby mohl senior zůstat ve své rodině a nemusel se stěhovat ze svého bytu, z prostředí kde žil celý život, kde byl zvyklý kde svoje zařízení a věci na které je zvyklý a které mu něco připomínají, nebo něco pro něho znamenají.

Senior, který žije v harmonické rodině má jiné životní podmínky než senior žijící o samotě, nebo ve společenství jiných seniorů v domovech. Do domovů pro seniory nastupující často lidé proti své vůli, protože se nemohou o sebe postarat a nikdo z rodiny o ně pečovat nemůže nebo nechce. Zde nastupuje velmi těžká a odpovědná práce sociálních pracovníků a ošetřovatelů, kteří by měli kvalifikovaně jednat se seniory, umět s nimi navázat komunikaci, brát v úvahu jejich věk, zrakové a sluchové nevýhody i ostatní handicapy, prostě uplatňování empatii a citlivosti. Následující práce se zabývá touto problematikou.

V teoretické části uvádím problematiku stárnutí, primární a sekundární znaky stárnutí, problematiku stárnutí všeho obyvatelstva jako přirozený vývoj. Dále se zabývám osobností seniora, problematikou životních změn, které jeho život provází, např. jako změnami v oblasti fyzické, psychické a také sociální. Aktivitami, kterými senioři můžou svůj život neustále obohacovat a tak zpomalovat proces stárnutí. V závěru teoretické části pak věnuji pozornost péči o seniory v České republice.

V praktické části pak příkládám kazuistiky několika seniorů jak z prostředí domova seniorů, tak z domácího prostředí.

1. STÁRNUTÍ A DNEŠNÍ SPOLEČNOST

Stárnutí je přirozený proces, který probíhá podle biologických zákonů. Jeho průběh ale není neměnný. Můžeme jej označit za úspěšný v případě, že je zachovaná přiměřená kvalita života, dobrý zdravotní stav a s ním spojená fyzická výkonnost.

Neúspěšným stárnutím pak označujeme stav, kdy senior v důsledku špatného zdravotního stavu a tím i nízkou fyzickou zdatností, může způsobit až osobní nesoběstačnost seniora. Jeden z možných pohledů na stárnutí jako souhrn pochodů, především biofyzilogických, které probíhají v čase.¹ Stárnutí lze tedy označit jako působení času na lidskou bytost. Stářím se označuje výsledný stav procesu stárnutí, které je včleněno do celkového děje člověka.

Teorii stárnutí je celá řada, například:

Teorie působení zevních vlivů – ekologická teorie říká, že zevní vlivy nebo negativně ovlivňují proces stárnutí. Patří jsem působení chemických látek na lidský organismus, skladba potravy, působení mikroorganismů, životní styl a působení stresových a dalších psychosociálních faktorů.

Teorie volných radikálů – volné radikály poškozují membrány buněk a další části buněk. Volné radikály jsou škodlivé sloučeniny, které vznikají v organismu. Jejich nadměrné množství poškozuje organismus.

Genetická teorie - délka života je předem geneticky naprogramovaná. Dožívají-li se rodiče vyššího věku, je pravděpodobné, že se dožijí vysokého věku i jejich děti.

Imunologické teorie – při dělení buněk nastávají chyby, které organismus není schopen s narůstajícím věkem rozpoznávat a odstraňovat. Důsledkem je autoimunitní proces, kdy dochází k ničení vlastních buněk.

¹Diensbier, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. 2009 Praha, Nakl. Grada, ISBN 978-80-86031-88-0

2Mlýnková, J. Péče o staré občany. 2011 Praha, Nakl. Grada, str. 13-14

1.1 KDY VZNIKÁ STÁŘÍ

Základním měřítkem stárnutí, je biologický věk (tedy kalendářní věk), který řadí člověka do určité věkové kategorie:

- 55 až 64 let vyšší věk
- 65 až 74 let vysoký věk
- 75 a dále velmi vysoký věk

²Pro klasifikaci stárnutí je dále používán termín sociální věk, který předpokládá chování seniora v určitém věku. Například společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku se budou chovat klidně usedle, proto také se za znak stáří považuje ukončení pracovního poměru na plný úvazek a odchod do důchodu. ³

S termínem sociální věk vzniká také ukazatel střední délka aktivního život, který se užívá pro odhad průměrného počtu let. Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO) je však pro rozlišení věkových kategorií přijato pomocné názvosloví:

- Střední věková kategorie 45 až 59 let.
- Stárnoucí osoby 60 až 74
- Stará generace jsou lidé 75 až 89
- Stařecká skupina začíná od 90 let

Bez ohledu na to, jakým způsobem hovoříme o stárnutí, tělesné a duševní známky stárnutí jsou vždy posuzovány měřítky biologického věku, které jsou podmíněny zdatností seniora, jeho vitalitou, zdravím. Biologický věk nemusí vždy odpovídat věku kalendářnímu.

² Matouš, M. Pohyb ve stáří je šancí, 2002 Praha, Grada

³ Diensbier, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. 2009 Praha, Grada str. 15, 19

1.2 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

Ve vyšším věku dochází v lidském organismu k mnoha změnám, které s sebou stáří přináší a kterým se nelze vyhnout. U lidí se však projevují značnými individuálními rozdíly. Také jejich nástup je časově různorodý v souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, zlozvyky a podobně. Všechny změny spolu vzájemně souvisí a ovlivňují se. Jsou to změny biologické, psychické a sociální.⁴

Základní rysy starého člověka, které lze sledovat pouhým zrakem je vrásčitá kůže, často stařecké skvrny a omezený pohyb. Je to i poznávací znak všech seniorů. Dalšími znaky, které nejsou přímo viditelné, můžou být různé nemoci stáří. Proto pro rozlišení je používán pro změny tělesné a viditelné termín primární znaky stárnutí a pro znaky, které jsou skryté a nejsou přímo viditelné, termín sekundární znaky stárnutí. Podrobněji jsou změny probírány v části 2.1

1.3 STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. Století ve vyšší či nižší míře všechny vyspělé země a stává se tak v současnosti jednou z nejzávažnějších otázek. Jedná se o proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl seniorů dětí mladších 15 let, tzn. Starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Hlavní příčinou demografického stárnutí je spolu s poklesem porodnosti trvalý pokles specifických měr úmrtnosti vedoucí k prodlužování naděje dožití a tím častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér ekonomického vývoje rodiny.⁴

Existuje odhad, podle něho se v prehistorických dobách stáří nedožíval nikdo a až do sedmnáctého století překročilo pětasedátý rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo

⁴ .Nešporová Olga a kolektiv. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i. 2008. ISBN 987-80-87007-96-9

přibližně na čtyři procenta a dnes staří lidé tvoří dvanáct procent populace. Očekává se, že tento poměr se bude dále zvyšovat.⁵

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stárnutí populace stává zdravotnickou prioritou. Dochází a i nadále bude docházet k přibývání starých lidí, které je:

- Relativní – nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí
- Absolutní- klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří
- Klesá úmrtnost ve stáří, staří lidé žijí déle a dožívají se vyššího stáří
- Po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky.

Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let. V této souvislosti lze uvést závěry projektového vývoje populace. V roce 2030 je možno očekávat, že v naší populaci bude 23 až 25% osob %starších 65 let, v roce 2050 by měly osoby nad 65 let věku představovat až 33% populace.⁶

1.4 DOSAVADNÍ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE A PERSPEKTIVY DO BUDOUCNA

Podíl tří hlavních věkových skupin obyvatelstva:

- 0 až 14 let
- 15 až 59 let
- 60 a více let populace v České republice v sledovaném období.

⁵ Hamilton, S. I. Psychologie stárnutí. Portál 1999. ISBN 8071782742

⁶ Pokorná Andrea. Komunikace se seniory, Grada 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

1991 až 2006 ukazuje tabulka č. 1. Je zřejmé, že jednotlivé zastoupení těchto skupin se od počátku 90. let mění. V průběhu celého sledovaného období je patrné neustálé snižování zastoupené dětské složky (tj. podílu osob mladších 15 let) v důsledku poklesu porodnosti a zároveň nárůst podílu seniorské populace způsobený zlepšováním úmrtnostních poměrů a to zejména osob ve vyšším věku. Zatímco na počátku 90. let podíl dětí do 15 let nad produktivní složkou převažoval, v roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze procentuálního zastoupení osob starších 60 let a tato převaha se od té doby neustále zvyšuje. Mezi lety 1991 až 2006 tak podíl osob ve věku 0-14 poklesl z 21,1 % na 14,5 % (tj. o 6,6 procentního bodu) a podíl osob ve věku 60 a více let naopak vzrostl ze 17,8% na současných 20,3% tedy o 2,5% procentního bodu. Z tabulky č. 1 je patrné, že ačkoliv bylo procentuální zastoupení produktivní složky z počátku sledovaného období stabilizované a nárůst započal jen velmi pozvolna. Po roce 1999 došlo k pravidelnému zvyšování podílu této věkové skupiny o 0,3 resp. 0,4 procentního bodu ročně. Zastoupení kategorie osob ve věku potenciální ekonomické aktivity se v průběhu 90. let vyvíjelo příznivým směrem, šlo však bohužel o dočasný stav. Tuto věkovou kategorii totiž začínají opouštět početně silnější populační ročníky narozených ve 40. letech a jak je zřejmé z tabulky č. 1, od roku 2003 podíl této skupiny postupně klesá, přičemž s postupnými úbytky obyvatelstva v produktivním věku je nutné počítat i do budoucna.

Tabulka č. 1 Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 1991 až 2006, vybrané roky (v %). Příloha č. 1

Při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití je více než pravděpodobné, že podíl seniorů v populaci ČR bude i nadále narůstat, což je zřetelně patrné například z výsledku projekce Českého statistického úřadu z roku 2003.

Graf č. 1 reálný a předpokládaný vývoj dětské a produktivní složky obyvatelstva ČR mezi lety 1991 až 2050 (v%). Příloha č. 2

Projekce předpokládá velmi rapidní nárůst podílu osob ve věku 60 a více let po celé sledované období. V horizontu prognózy tj. v roce 2050 by měly být již necelé pětiny všech obyvatel České republiky starší 59 let (viz graf č. 1), což

v absolutním vyjádření představuje více jak 3,6 milionů osob (oproti 2,1 milionů seniorů v roce 2006). Nárůst podílů této složky obyvatelstva přitom nebude již zejména na úkor složky dětské, ale půjde ruku v ruce rovněž s poklesem podílu produktivní složky obyvatelstva.⁷

V průběhu roku 2010 přibylo v populaci ČR dětí do 15 let, nejvýraznější však opět vzrostla početní velikost skupiny osob produktivního věku (65 a více let). Na konci roku 2010 bylo v obyvatelstvu ČR 15,5% seniorů tohoto věku, 14,4% dětí do 15 let a 70,1% osob v produktivním věku 15 až 64 let. Průměrný věk obyvatel vzrostl meziročně o dvě desetiny na 40,8 let, mírně se zvýšil také index stárí, když na konci roku 2010 připadlo na 100 dětí 108 osob starších 65 let.⁸

2. OSOBNOST SENIORA - (ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORŮ)

Každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, proto i některé životní změny přijímají senioři různě. Změny, které se odehrávají, v rovině tělesné se zpravidla dají jen těžko ovlivnit, ale změny psychické a sociální jsou individuální. Člověk, který byl ve svém aktivním věku čínorodý a aktivním věku čínorodý a aktivní lépe dokáže akceptovat životní změny.

Změn přichází v životě mnoho a lidé se liší hlavně podle schopnosti tyto změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Schopnosti a adaptace patří k osobnosti seniora je to jedna ze základních lidských vlastností a adaptace patří k osobnosti seniora je to jedna ze základních lidských vlastností a umožňuje lidem přežít. Změn ale nesmí být nad únosnou míru a ta je pro každého člověka jiná

⁷ Nešporová Olga a kolektiv. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i. 2008. ISBN 987-80-87007-96-9 str. 10-11

⁸ [www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/F7003184CO/\\$File/400711u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/F7003184CO/$File/400711u.pdf)

Změny v oblasti biologické:

Charakteristickým znakem procesu stárnutí a stáří je zvládnutí průběhu mnoho chorob a také to, že choroby, se vyskytují v každém věku, mají ve stáří specifické vlastnosti. Chronické choroby, které si člověk sebou přináší do období stáří, s ním stárnou a dochází ke změně lidského obrazu. V tomto období se často chronické choroby kumulují. Mezi nejčastější změny patří:

- Změny v kardiovaskulárním systému
- V respiračním systému
- Trávicím systému
- Nervovém systému
- V smyslovém vnímání, spánku

Další změny zasahují kožní ústrojí, kde dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu. Proto může být kůže suchá a může svědit. Na rukou, horních končetinách nebo v obličeji se mohou objevovat hnědé tzv. stařecké skvrny. Je to projev nahromadění melanocytů. Dochází ke snížení množství elastických vláken. Kůže může být méně elastická, tvoří se vrásky, snižuje se kožní turgor (napětí kůže). V podkoží může docházet ke ztrátě tukové tkáně. Kůže je pak tenká a může připomínat pergamenový papír. Přídavné orgány – vlasy, chlupy, a nehty též procházejí změnami (šedivění, řídnutí, u nehtů ztlustění a s výskytem podélných rýh.

Pro kvalitu života seniorů není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň funkčního postižení, které nemoci způsobují. Lidé i s přítomnými nemocemi mohou být zcela soběstační. Stupeň postižení funkci se však s věkem výrazně zvyšuje. Podíl částečně nebo plně závislých je v pokročilém stáří trojnásobně vyšší než v raném stáří.

- Pohybový systém

Může dojít ke změnám spojeným s výškou a váhou postavy. Ke snížení výšky postavy dochází, protože atrofují meziobratlové ploténky. Někteří senioři mohou chodit v mírném předklonu. Příčinou je ochabování kosterních svalů, které

již nejsou schopny udržet postavu zpříma. Kostí mohou řádnout a stát se křehčími, tím se může zvýšit riziko zlomenin a úrazů. Možný úbytek kloubní chrupavky doprovází zvýšená bolestivost kloubů a snížená schopnost pohybu.

➤ Kardiovaskulární systém

Klesá pracovní kapacita srdce. To se může projevit při zvýšené fyzické zátěži nebo při stresu. Srdeční chlopně ztrácejí pružnost a snižuje se činnost srdce jako pumpy. Srdce je pak schopno přečerpávat méně krve. Může dojít k poklesu průtoku krve všemi orgány, včetně ledvin, mozku, koronárních cév. Klesá elasticita cév a může se objevit hypertenze. Příčinou snížení elasticity cév je ukládání tukových látek a vápníku do stěny tepen (ateroskleróza).

➤ Trávicí systém

Tento systém bývá postižen méně než předchozí systémy. Ve stáří se může objevovat opotřebení a ztráta chrupu., Snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů. Oslabená peristaltika může být doprovázená zácpou. V pozdním věku může dojít k výskytu stařecké formy cukrovky (diabetes Mellitus).

➤ Pohlavní a vylučovací systém

Sexuální aktivita u seniorů je výrazně individuální. U mnohých osob přetrvává do vysokého věku. U žen jsou degenerativní změny výrazné a objevují se po menopauze. U žen je ukončena sekrece pohlavních hormonů. Vy vyšším věku, klesá schopnost ledvin vylučovat moč. Klesá kapacita močového měchýře, snižuje se síla obou svěračů uretry.

➤ Nervový systém

Snižuje se rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Proto někteří senioři potřebují více času na příjem informace a její zpracování. Hovoříme o sníženém psychomotorickém tempu.

➤ Smyslové vnímání, spánek

Snižuje se výkonnost smyslových orgánů. Výrazné může být postižení zraku a sluchu. K postižení zraku může zvolna docházet již ve středním věku. Ve stáří se snižuje zraková ostrost, schopnost oka adaptovat se na tmou a šero, snižuje

se akomodační schopnost na blízké a vzdálené předměty. Někdy můžeme pozorovat i zúžení zorného pole, což je velmi závažné zejména u řidičů. Stařecké změny oční čočky mohou být doprovázeny vznikem katarakty (šedým zákalem), což se projevuje sníženou zrakovou ostrostí. Vyjimečný není ani glaukom (zelený zákal). Zhoršený sluch je ve stáří poměrně častý. Sluch je postižen zejména u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí. Nedoslýchavost starších lidí představuje závažný a mnohdy přehlížený problém. Lidé mají problémy v komunikaci, což může vést k jejich sociální izolaci. Ve stáří dochází i k vjemovému poklesu chuti a čichu, proto je důležité zelené koření při přípravě stravy pro seniory.⁹

Změny v oblasti psychické:

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky, které se s rostoucím věkem mohou objevovat u každého člověka individuálně. Nezměnná zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek, intelekt. Některé psychické pochody, naopak zaznamenávají zlepšení, na příklad:

Vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku, rozvaha. Na kvalitě psychiky se podílí osobnost člověka – integrita osobnosti. Ta zůstává zachována, zpravidla se mění její dílčí schopnosti. Mohou se měnit některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince. U patologických typů jedinců může docházet ke zvýraznění některých vlastností nebo rysů. Dochází ke změnám v hierarchii potřeb. Do popředí se dostává zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí, touha se uplatnit i ve vyšším věku. Zhoršuje se přizpůsobení se životním změnám. Senioři mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku motivace k jiným, novým činnostem jej mohou neradi měnit. Ani oblast citového života nezůstává beze změn. Staří lidé mohou být více plačtiví. U patologických typů osobnosti se objevuje rychlé střídání nálad – emoční labilita. U některých jedinců je výrazná úzkost strach (o život, ze samoty atd.) může se objevit i depresivní nálada seniora.¹⁰

Změny v oblasti sociální:

⁹ Mlýnková Jana. Péče o staré občany, 2011 Praha, nakl. Grada. ISBN 978-247-3872-7 str. 21-23

¹⁰ Mlýnková Jana. Péče o staré občany, 2011 Praha Grada. ISBN 978-247-3872-7 str. 24

Odchod do penze a ztráta pevného zaměstnání, ztráta okruhu rovnocenných pracovníků. Zásadní změna životního stylu, t.j. od pravidelné pracovní disciplíny s jasně definovanými cíly k relativně poklidnému životu, případné stěhování z míst které senior dobře znal s okruhem známých lidí, případně ztráty blízkých lidí, osamělost a v neposlední řadě finanční potíže. Jedna z důležitých změn v životě seniora je nutnost hledat a najít nový způsob života ve stáří, nahradit dosud aktivní život novou a skoro vždy úplně jinou aktivitou. Dochází také k velkým změnám v úrovni péče o sebe a vznikají také zvýšené nároky na pomoc okolí. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. To je z hlediska seniorů nejvíce přijatelná varianta. Jiná situace vzniká pro seniory, kteří se stanou obyvateli různých zařízení. Presto že mají za sebou dlouhý život v řadě jiných rolí, kdy byli zvyklí fungovat určitým způsobem, nemají většinou zkušenosti s rolí (obyvatele domova pro seniory). Starší člověk se ještě v době, kdy je více aktivní a tedy schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, zabydlí, v nové lokalitě, seznámí se s pracovníky i dalšími klienty. Má, lepší šanci začlenit se do způsobu života, který, je mu ve stáří nabízen. Během mé praxe v domovech pro seniory jsem často setkal se seniory, kteří si našli smysl života v ústavu častou návštěvou velkého množství akcí, které jim byly nabízeny, jako cvičení, hry s pamětí, různé tematické přednášky, čtení z novin a knížek a další aktivity, ale také se seniory, kteří se svému stáří vzdali a o jakoukoliv aktivitu neměli zájem. Každý člověk je citlivě zasazen, když je omezována jeho autonomie. I když kdokoli z nás může očekávat omezení až ztrátu svých schopností ve stáří, vždy je takový člověk citlivě zasazen. Mnohdy právě vstup do zařízení nabízející péči os eforu začíná s podobnými problémy a osobnost seniora těžko přijímá tuto zásadní změnu v životě. Je pak velký 'kolen personálu, aby pomohl klientovi překonat obtíže se zvykáním si na nové prostředí a na nový život.¹¹

2.1 AKTIVITA SENIORŮ

¹¹ Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory, 2007 Praha Grada ISBN 978-80-247-2170-5 str. 12-15

Aktivní stárnutí zvyšuje naději na zdraví a spokojené stáří do nejvyššího věku. K hlavním zásadám patří zachování dostatečného pohybové aktivity a udržování dobré kondice oběhového systému a svalů, zachování správných stereotypů s cílem udržet dostatečnou sílu břišních svalů a průběžná fyzioterapie předchází vzniku poruch pohybového systému, včetně bolesti páteře a stařeckého vybočování. Velkou roli hraje udržování tělesné hmotnosti, především prevence obezity a snížení energetického příjmu, což je mimo jiné významné pro prevenci cukrovky. Optimalizaci krevních tuků se předchází ateroskleróze a jejich orgánovým projevům. Za úspěšné aktivní stárnutí dnes považujeme kromě péče o tělesnou kondici, také zachování a rozvíjení psychických, komunikačních a sociálních aktivit včetně celoživotního vzdělávání či rozvoje náhradních aktivit pro volný čas, kulturních aktivit, dobrovolnických činností, zapojení se do svépomocných skupin a klubů aktivního stáří po odchodu do důchodu.¹² V současné době je kladen velký důraz na počítačovou gramotnost seniorů, přibývá kurzů práce s počítačem speciálně pro seniory. Seniorské vzdělávání patří k nejvýznamnějším volnočasovým aktivitám. Je to jeden základních předpokladů toho, aby naše znalosti ve stáří nezastaraly, aby se nezhoršila orientace v dění. Aktivní způsob života seniorů podporují také seniorské organizace a také vytváření seniorských sítí pro výměnu zkušeností mezi nimi. V současné době existují nové projekty, které se zabývají aktivitami seniorů. V poslední době mě zaujal projekt (Adopce seniorů). Je to dobrovolnický program zabývající se sociálně aktivizační službou pro seniory. Je založený jak na ochotě lidí věnovat část svého volného času starým lidem, tak i na chuti starých lidí přijmout dobrovolníka. (citace) : Jedná se o velmi záslužnou činnost. Proč? Z několika důvodů:

➤ Pomoc osamělým, starým a nemocným lidem

Naše společnost téměř nemá vybudovanou občanskou kulturu a solidaritu běžného dne. Ano, vzedme se v nás vlna solidarity, když přijdou povodně. Tato solidarita

¹² Kenneth Cooper- Aerobický program pro aktivne zdravie:pohyb, výživa, duševná rovnováha, 1990 Bratislava nakl. Slovenské telovýchovne vydateľovo, str.210

nicméně odplyne, jakmile na danou situaci přestanou upozorňovat média. Ano, soucítíme s dětmi, které jsou naneštěstí nemocné, ohrožené, osamocené. A co staří lidé? Média o nich téměř nepíší, jsou mimo oblast zájmu, tedy pokud nenesou slavné jméno. Navíc nejsou roztomilí, jako děti. Bojíme se jich? Špatná odpověď. Bojíme se stárnutí, stáří, nemocí, umírání a smrti. Odsunuli jsme staré lidi slepou kolej, za zdi jejich domovů nebo zdi ústavů. Můžeme tento stav změnit. My se o změnu snažíme skrze dobrovolníky, lidi dobré vůle.

➤ Pozitivní změna v životech starých lidí.

Možná zde bude nejjobraznější popsat konkrétní případ. Věděli jste, že je poměrně velké množství starých lidí, kteří z důvodu špatného zdravotního stavu a strachu nevycházejí za práh svého bytu?

➤ Příklad pro ostatní

Dobré skutky, třebaže jsou dobré za své podstaty, nemohou žít samy o sobě. Musíme je uvádět k naší aktivitě. Nenechat se odradit krátkozrakou 'vahou, že zadarmo něco dělá jen blázen. Vždyť právě činnost bez hmatatelného zisku dává smysl dobrovolnické činnosti jinou, vyšší dimenzi – lidskost.¹³

Jiný přístup k seniorským aktivitám vytváří tzv. nadační fond Veselý senior, který byl založen 28. 8. 2006 na podporu nemocným i zdravým seniorům a zařízením pro ně určeným. Základní cíle nadačního fondu jsou:

- Změnit dosavadní stereotypní pohled na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti.
- Pomáhat seniorům, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí.
- Přesvědčit mladou generaci, aby přijala princip solidarity a uznala, že starší lidé přinášejí do života společnosti své nezastupitelné kvality.

- Zajišťovat pomoc při získávání finančních prostředků ke zlepšení kvality podmínek a služeb v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v seniorských zařízeních. Podporovat odbornou debatu na téma gerontologie.¹⁴¹⁴

2.2 PÉČE O ZDRAVÍ

Stárnutí i mnohé závažné choroby mohou být urychlovány a zhoršovány, či přímo podmiňovány tzv. rizikovými faktory, které ovlivňují celý život člověka v negativním smyslu. Většinou jsou to faktory, které přináší moderní doba, kdy je ve společnosti velmi málo tělesného pohybu, špatná životospráva, nadměrné užívání alkoholických nápojů, kuřáctví a podobně. Tyto rizikové faktory dělíme do dvou skupin. První skupinu tvoří faktory, které jsou bohužel každému jedinci předurčeny. K nim patří věk, pohlaví, některé somatické zvláštnosti, etnický původ, vrozená dispozice k některému druhu onemocnění a typ chování. Tyto faktory jsou prakticky neovlivnitelné. Správnou prevencí a léčbou můžeme pouze oddalovat jejich důsledky.

Do druhé skupiny řadíme faktory, které souvisejí s naším stylem života a které můžeme relativně snadno ovlivňovat. Jde o kuřáctví, pití nadměrného množství alkoholu, nesprávné návyky ve výživě včetně vyššího kalorického příjmu. Nepravidelná životospráva vede k rychlejšímu opotřebení organismu. Faktory, které výrazně ovlivňují životní styl lze shrnout do několika bodů:

- Psychická zátěž

Ovlivňují ji závažné konflikty, stresy a frustrace ze souvisejícího psychického napětí. Jeho dlouhodobé působení vede k poruchám psychického zdraví, jež ovlivňuje i fyzickou stránku člověka.

- Nezdravá výživa

¹⁴ hana.simkova@maltezenskapomoc.cz

Hlavním problémem bývá rozpor mezi kvantitou a kvalitou přijímané stravy. Přijímáme více energie, než ji v běžném životě spotřebujeme. Přejídání a špatná strava vedou k otylosti a k přetěžování organismu, zvláště ve starším věku.

➤ Kuřáctví

Kouření tabáku představuje zvýšení rizika především cévních onemocnění dvakrát až šestkrát. Podílí se na rozvoji zvýšení krevního tlaku i tepové frekvence a to aktivací sympatického nervového systému. Kouření vede k poruše cévní výstelky a zvyšuje shlukování krevních destiček. Zanechávání kouření je nejúčinnější opatření v rámci primární i sekundární prevence srdečně – cévní onemocnění.

➤ Nedostatečná pohybová aktivita

Nedostatek pohybu má výrazný podíl na vzniku emocí krevního oběhu, dýchacích orgánů, výměny látkové a jiných. Tento rizikový faktor se vyskytuje velmi často ve spojitosti s jinými faktory. Nedostatek pohybu, zvláště ve stáří, vede k menší schopnosti přizpůsobit se zevnímu prostředí, ke ztrátě soběstačnosti a jednoznačně snižuje kvalitu života. Ovlivnění těchto rizikových faktorů je v moci každého člověka. Člověk jako jediný má schopnost si své stáří a stárnutí uvědomovat, chápat je a do určité míry je i ovlivňovat.¹⁵

Výrazným prostředkem proti stárnutí mimo výše uvedených bodů je vlastní aktivita seniorů. Se zvyšujícím se věkem klesá fyzický potenciál. Psychické možnosti se snižují pomaleji, můžou dokonce i růst a starý člověk může dlouhou dobu získané zkušenosti a vědomosti využívat. Starý člověk by se měl z hlediska prevence osamělosti, izolace, ale i pro jeho vlastní uspokojení, pro pocit prospěšnosti, užitečnosti, zapojit do zájmové činnosti, případně i do veřejné aktivity. Měl by rozvíjet své zájmy, záliby, koníčky. Zatím je situace taková, že se staré ženy většinou starají o domácnost, pečují o vnoučata, eventuálně rodinám

¹⁵ Matouš M.. Pohyb ve stáří je šancí. 2002 Praha, Grada, 9 str.

svých dětí, věnují se ručním pracím. Staří muži se většinou věnují svým zálibám, koníčkům, jsou aktivní v různých zájmových svazech, organizacích a podobně.¹⁶

2.3 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY SENIORŮ

Častá onemocnění a projevy stáří:

- Snižování svalové síly
- Snižování celkového procenta tělesné vody.
- Mění se organická hmota kostí, což vede k řidnutí kostí (osteoporóza)
- Dochází k zákonitým involučním změnám. Dominantou je pokles funkčních rezerv, zhoršení adaptability, snížení schopnosti regulací.
- Snižuje se kardiovaskulární funkce. Příčinou jsou vlastní stárnutí, prodělané nemoci, životní režim.
- Snižuje se funkce nervového systému, snižuje se dráždivost nervové tkáně, klesá rychlost šíření vzruchu, zhoršuje se paměť.
- Klesá celková adaptabilita organismu a schopnost regulací.
- Dochází ke změnám hmotnosti. Zvyšuje se podíl tuku na celkové hmotnosti v důsledku poklesu energetického výdaje.¹⁷

Stárnou smyslové orgány:

- Zrak – zhoršuje se akomodační schopnost, zraková ostrost, zmenšuje se zorné pole, vzniká šedý zákal, případně zelený zákal.
- Sluch – s přibývajícím věkem slábne, zejména pro vyšší kmitočty, které ovlivňují srozumitelnost. Vzniká tak tzv. stařecká nedoslýchavost.
- Chut' – se oslabuje a zvětšuje se u hořké a slané.

¹⁶ Zavázalová H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 2001 Praha, Karolinum, str. 44-45

¹⁷ Matouš Milan a Kolektiv. Pohyb ve stáří je šancí. Grada 2002. str. 11-12

- Čich – je jediným smyslem, který se od mládí téměř nemění.
- Hmat – ztenčování a zvrásňování kůže starých lidí způsobuje menší citlivost¹⁸

2.4 PROBLEMATIKA OŠETŘOVÁNÍ SENIORŮ

Hlavním cílem v péči o dlouhověké jedince by se měla stát podpora schopnosti samostatně se o sebe postarat a zachovat si stálý zájem a aktivitu. Respektování autonomie seniora s ohledem na jeho aktuální stav je však možné pouze na základě předávání přiměřených a pochopitelných informací, které v konečném důsledku vedou ke zvýšení adherence a compliance klienta. Jestliže nahlížíme na stáří jako na významný fenomén doprovázející moderní společnost, pak dalším významným a klíčovým aspektem, který je výrazně akceptován v civilizované společnosti, je sociální interakce a komunikace.¹⁹ Ošetřování seniorů je bezesporu velmi náročné po fyzické stránce, psychické i sociální stránce. V mnoha ohledech se liší od péče o osoby ostatních věkových skupin. Péči o seniory jako profesi se nemůže věnovat každý pečovatel. Předpokladem je jakési vnitřní naladění ne pečování o staré osoby, velká dávka empatie, tolerance a pochopení problémů seniora. Péče o seniory je zaměřená na zhodnocení zdraví a funkčního potenciálu (schopností) seniora, na plánování a realizaci péče a služeb, na projevy empatie a pochopení starých lidí. Péče zahrnuje i péči o domácnost, zajišťování nákupů či asistenční služby. Cílem péče o seniory je poskytování všestranná komplexní péče jedinci, jeho rodině, nebo určité komunitě včetně péče o prostředí, kde klient bydlí.

Činnost pečovatele můžeme rozdělit do dvou skupin:

Vlastní ošetřovatelská péče – představuje přímou (osobní) péči orientovanou na uspokojení bazálních potřeb seniora. Pečovatel poskytuje tuto péči v domácím prostředí klienta, nebo v institucích, např. v domovech pro seniory, v domovech s pečovatelskou službou apod.

¹⁸ Diensbier, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. Praha: Grada 2009.

¹⁹ Pokorná Andrea. Komunikace se seniory, 2010 Praha Grada . str. 10

Ostatní pečovatelské činnosti – do této skupiny zahrnujeme činnosti, týkající se provozu domácnosti, jako např. úklid bytové jednotky, nákup potravin, příprava pokrmu, péče o prádlo a oděvy, donáška obědů do domácnosti klientů, ale také doprovod seniora k lékaři, na úřady apod.

Specifika péče o seniory jsou ovlivněna:

- Zdravotním stavem seniora
- Zdravotním stavem seniora
- Schopnostmi sebe péče, úrovní soběstačnosti, bolestí
- Psychickou labilitou, plačtivost, častými změnami nálad
- Převažujícím pesimismem, nechutí žít
- Předchozím stylem života (senior býval dominantní osobností, vedl pracovní skupinu a nyní je v závislém postavení
- Úmrtím životního partnera, finanční situací
- Častým neuspokojováním základních a vyšších potřeb

V oblasti fyzické – jde o fyzickou křehkost seniorů, která s vyšším věkem úzce souvisí. Zranění a fraktury hrozí více než u osob střední generace. Existuje vyšší riziko pádů a zlomení při přemísťování osob.

V oblasti psychické – je třeba citlivě reagovat na psychický stav klienta, na úbytek kognitivních schopností, na duševní poruchy, kterými senior trpí, na ztrátu funkce smyslů, případně onemocnění.

V oblasti sociální – při ošetřování seniorů se často setkáváme s tím, že péče rodinných příslušníků z různých důvodů selhává, nebo senior žádné příbuzné nemá a žije doma sám. Negativní důsledky s sebou přináší i tíživá finanční situace, zatímco ve středním věku je špatná finanční situace přechodná, u seniora je to trvalý stav.²⁰

²⁰ Mlýnková Jana. Péče o staré občany, 2011 Grada. str. 74

Problematika ošetřování seniorů zabírá obrovskou oblast od ošetřování nemocného s častým onemocněním diabetes mellitus, nemocného s náhlou příhodou břišní, s infarktem myokardu nebo ošetřování nemocného na onkologickém oddělení a s mnoha dalšími problémy. Péče o seniory má odpovídat konceptu lidských práv a měla by se odehrávat v jistých standardech kvality. Především by péče o seniory měla být individuální, humánní, ale i ekonomicky efektivní a měla by odpovídat na konkrétní potřeby jednotlivců, kteří se liší co do zdravotního stavu i sociálních a psychických potřeb. Kvalitní péče by zároveň měla splňovat všeobecné schvalovaný požadavek, co nejdelšího setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí, který je pozitivním psychosociálním i ekonomických faktorem v péči. Uspokojení životních potřeb seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí lze v současné době zabezpečit několikerým způsobem. Konečná volba je podmíněna především mírou zachovaných schopností dotyčného seniora, ale např. i rozsahem a charakterem nabízených sociálních služeb, možnostmi a preferenci pečovatелů z řad rodinných příslušníků apod. V zásadě pak jde o rozhodnutí, zda využít služeb příslušné instituce, zabezpečit potřebnou péči rodinnou nebo zkombinovat jmenované možnosti.²¹

2.5 DŮLEŽITOST KVALIFIKOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

K základním nástrojům kvalitní ošetrovatelské péče musí bezpodmínečně patřit aktivně nabízená, vstřícná individuální péče. Zásadou je respektování osobnosti s ponecháním jejich kompetencí a nepodceňování jejich schopností. Geriatrický pacient, klient je více fixován na svou rodinu a neustále potřebuje potvrzovat potřebu lásky sounáležitosti, z psychologických potřeb se zvyšuje potřeba komunikace z důvodu osamocení. S přibývajícím věkem se upřednostňují fyziologické potřeby jako je příjem potravy, spánek, odpočinek a vyprazdňování. Tyto pacienti jsou zimomřiví, dožadují se tepla a pohodlí, ale neuvědomují si potřebu hydratace. Celkově se senioři, obzvláště ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních cítí osamoceni, ohroženi a zvyšuje se potřeba podpory a

²¹ Burešová, Řezáčová, Stehlíková: Sociálně zdravotní péče o seniory

bezpečí. Tuto potřebu v zařízení musí mimo rodiny saturovat kvalifikovaný ošetrující personál, pečovatelé.²² Důležitým prostředkem pro kvalifikovanou zdravotní péči je komunikace. Dobré komunikační dovednosti a s nimi spojená schopnost účinné sociální interakce vedoucí k motivování a posilování dalších jedinců k podpoře a péči o zdraví by měly být klíčovou kompetencí profesionálních i laických pečovatelů v multidisciplinárním kontextu ošetrovatelské péče. Efektivní komunikace se stává základním prvkem účinně poskytované péče. Efektivní komunikace se stává základním prvkem účinně poskytované péče vzhledem k nutnosti odpovídající identifikace potřeb u osob, jimž je péče poskytována.

2.6 HISTORICKÝ POHLED NA PROBLEMATIKU

Péče o staré osoby, postižené, duševně nemocné nebo sociálně odkázané prodělala v průběhu podstatné změny. Úroveň poskytované péče se odvíjela od kultury dané společnosti. V dobách míru byla péče o seniory rozdělena více, války pak přinesly projevy organizované lidské ušlechtilosti a obětavosti např. vznik rytířských řádů s cílem ošetrovat nemocné, raněné v době válčení. Tato obětavost se projevovala také ve vztahu k opuštěným starým lidem. Péče o staré a nemohoucí osoby připadala v minulosti především rodině, pomáhali také bohatí, vlivní a církve. Až do 19. století nemůžeme v dějinách lidstva vystopovat žádné zařízení, které by se specifikovalo pouze na péči o nemocné a nesoběstačné seniory. V raném středověku začínali vznikat tzv. infirmária, což byly nemocnice kláštera. Byly určené pro nemocné členy řádu, kteří v klášteře působili. Takto

²² Surá Z. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta Brno: Diplomová práce ([www: is.muni.cz/th/46415/th_m/](http://www.is.muni.cz/th/46415/th_m/))

bylo postaráno o staré a nemocné řeholníky. Postupně byly zakládány hospice, hospitály, jejichž účelem bylo poskytovat péči o chudé, nemocné, zestárlé a umírající, ale také sirotkům, pocestným a dalším potřebným. Péče nebyla nijak specializována. Význam hospitálu spíše spočíval v tom, že poskytovaly střechu nad hlavou, trochu potravy, možnost vyspání. Hospitály zřizovali biskupové, kláštery a faráři, města. Ve středověku se o nemocné a další potřebné staraly církevní řády, jejichž význam spočíval v zakládání špitálů a poskytování základní péče nemocným. Špitály jsou považovány za předchůdce pozdějších nemocnic. Mezi první církevní řády patří na příklad řád Maltézských rytířů, tzv. řád sv. Lazara, řád Křižovníků s červenou hvězdou. Špitály stejně jako hospice, měly charitativní poslání, zdaleka na léčebný význam. Je třeba připomenout, že kapacita lůžek středověkých špitálů byla značně omezená. V některých zařízeních bylo umístěno pouze 20 i méně osob. Postupem času se kapacita zařízení začala zvyšovat. Úroveň péče o potřebné a chudé nemohoucí osoby se zlepšila s příchodem řádu Milosrdných bratří v roce 1605 do Valtic, později do Prahy, Brna a dalších měst. Tento řád zakládal špitály, kde byla poskytována ošetrovatelská péče na vysoké úrovni. Milosrdní bratři pečovali výhradně o muže, výjimečně i o ženy. Mezníkem v péči o seniory bylo zakládání nemocnic v době vlády Josefa II. Již jeho matka Marie Terezie zavedla několik reforem, týkajících se zvýšení péče o zdraví obyvatel a její syn v započaté tendenci osvětlených reforem pokračoval. Josef II. Vydal v roce 1781 tzv. direktivní pravidla (zákon), na jejichž základech došlo k zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve velkých městech. Podle pravidel měly být zakládány všeobecné nemocnice, porodnice a nalezince, ústavy choromyslných a chudobince – ústavy pro dlouhodobé a nevyléčitelně nemocné. Direktivní pravidla představovala průlom v organizaci péče o populaci. Chorobince, kam byly přijímány nejen zestárlé osoby, ale i nevyléčitelně nemocní, byly otevřeny např. v Brně 1787, pro 120 osob, v Praze v roce 1789 na Karlově. Ovšem ani tyto ústavy nebyly určeny pouze pro osoby vyššího věku. Pravdou je, že zařízení měla více méně sociální a azylový charakter, o vysoké úrovni lékařské a ošetrovatelské péči nemůže být řeč. Postupně vznikaly další léčebné a ošetrovací ústavy. Na počátku 20. Století byly otevřeny velké pražské nemocnice (např. Fakultní nemocnice Královské

vinohrady nebo v době války fakultní nemocnice Motol) a modernizovaly se stávající.²³ Světové války přinesly mnoho změn v péči o nemocné. Postupně začaly vznikat domovy důchodců a jejich útočištěm se staly kláštery a jiné církevní budovy. Současně vznikaly léčebny pro dlouhodobě nemocné, jako oddělení nemocnic. Byly určeny seniorům, kteří nebyli, schopni z nějakých důvodů se o sebe postarat vyžadovali nějakou rehabilitační péči. Byly určeny seniorům, kteří nebyli schopni z nějakých důvodů se o sebe postarat a vyžadovali nějakou rehabilitační péči. Po skončení totalitního režimu v Československé republice začíná vznikat úplně nový typ péče o starší a staré jednotlivce tzv. hospicová péče. Mimo hospicové péče jsou péči o seniory určené gerontocentra a speciální odborné a rehabilitační ústavy, které disponují nejen lůžkovou částí ale také s denním stacionářem. Seniorům je také poskytována pozornost po stránce denní aktivizace, socioterapie, canisterapie, muzikoterapie a další.

V současné době je péče o seniory často spojována také s uváděním negativních důsledků pro společnost, jako jsou rostoucí náklady na zdravotní, sociální či důchodový systém. Ageismus a postoje části současné společnosti ke stáří a starým a starým lidem je z pohledu seniorů velmi nespravedlivý, protože všichni senioři ve svém aktivním životě pracovali a díky také jejich práci se společnost rozvíjela. Také je důležité si uvědomit, že dnešní senioři po celý aktivní věk odevzdávali část svého výdělků státu ve formě daní, sociálního a zdravotního pojištění a je tedy naprosto správné, aby za svojí celoživotní činnost jim stát zajišťoval, aspoň v základních věcech spokojené stáří.

Zvyšující se podíl lidí v seniorském věku je třeba chápat pozitivně. Prodlužování lidského života je totiž známkou úspěchu ve vývoji lidstva. Rozpor se objevuje ve chvíli, kdys na jedné straně existuje tlak na prodlužování lidského věku, na druhou stranu však stále není zcela vyřešen problém, jak se o velké množství lidí ve vyšším věku, často trpícími dlouhodobějšími chorobami, postarat. V České republice existuje široká oblast forem sociálně – zdravotní péče o seniory od rodinné péče až po institucionální. Mnoho z nich však z různých

²³ Mlýnková Jana. Péče o staré občany, Praha 2011 Grada. ISBN 978-247-3872-7

důvodů nefunguje tak, jak by ideálně mělo. Populační vývoj medií i mnohými odborníky označovaný za hrozbu, však svým způsobem nejen vytváří, ale i pomáhá téma péče o staré lidi prezentovat jako problém na veřejném poli.²⁴ Péči o seniory lze hrubě rozdělit na tři oblasti: ústavní péči, terénní péči a rodinnou péči.

2.7 ÚSTAVNÍ PÉČE

Přehled forem ústavní péče

➤ Lůžková oddělení nemocnic

Zde je poskytována péče, která je nad rámec nezbytně nutné péče (např. po operaci), je to péče následná. Negativem této péče je její nákladnost, proto se od ní ustupuje

➤ Geriatrická oddělení nemocnic

Vznikají v nemocnicích od roku 1990, slouží jako akutní oddělení pro nemocné nad 70 let se specifickým režimem, jsou zabezpečeny geriatricky vyškolenými pracovníky.

➤ Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péči zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajícími nemocemi. LDN jsou financovány ze všeobecného zdravotního pojištění a můžou to být zařízení: státní, nestátní, samostatná zařízení zřízená orgánem státní či místní správy, součást nemocnice, soukromé LDN.

Domovy pro seniory

Jsou určeny pro staré lidi, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a jejich zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčení v zdravotnickém zařízení, tedy nevyžadují speciální lékařskou pomoc, ale zároveň se o sebe již nedokážou postarat. Jde o zajištění ubytování a potřebných sociálních

²⁴ Burešová, Řezáčová, Stehlíková: Sociálně zdravotní péče o seniory str. 3

a zdravotních služeb, zvláště primární lékařská péče a rehabilitace (hrazená zdravotní péče zdravotní pojišťovnou), také o věcnou pomoc v případě potřeby, např. poskytnutí osobního vybavení (prádlo, šatstvo...). Zabezpečují i sociální a kulturní potřeby obyvatel. Bývají členy podle stupně závislosti pacientů, trvale ležící pacienti, kteří původně do domovů nepatří, ale převoz starých lidí do vhodnějšího typu zařízení není vhodný pro seniory (vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí) a nemusí být ani schůdný z důvodu kapacitních.

Problémy domovů pro seniory:

Obyvateli se stávají i soběstační senioři kvůli různým důvodům: tíživá sociální situace, bytová krize v rodině, očekávání zhoršení zdravotního stavu, tím berou místo těm, kteří by ho potřebovali více. Těžké je pro seniory změna (z patra na patro), kdy se většinou dostává do pokoje pro nesoběstačné, nemocničně vybaveno. Bývalé domy s pečovatelskou (DPS) dnes domy, byty zvláštního určení s pečovatelskou službou. Jde především o centralizaci služeb poskytovaných pečovatelskou službou, než přímo ústavní péče – jedná se hlavně o byty zvláštního určení, které jsou určeny pro těžce zdravotně postižené a staré občany. Touto centralizací služeb je dosahováno ekonomických úspor, rozsah a výši úhrad za jednotlivé výkony stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 182/91 Sb. Je zde poskytována sociální péče občanům ve starobním nebo plném invalidním důchodu – tj. co nejsou schopny sami si obstarat nutné práce v domácnosti anebo potřebují ošetření druhou osobou. V praxi zde žijí senioři, kteří samostatné bydlení z části zvládají, ale stěhují se většinou kvůli stávajícímu bytu, který nevyhovuje, případně došlo ke generačním problémům nebo se senior cítí izolovaně. Staří lidé jsou uživateli bytových jednotek v jednom objektu a k dispozici jsou některé služby sociální péče, ordinace lékaře i jiných specialistů a dalších služeb (kadeřník, smíšené zboží a další. Tato forma bydlení se během prvních 10 let velmi rozvíjela.

Zařízení komunitní péče

Tento typ se nejvíce rozvíjel ve vyspělých zemích, v ČR již také začíná (např. Gerontologické centrum v Praze 8). Tato zařízení se snaží umožnit starým lidem zůstat v prostředí, na něž jsou zvyklí a snaží se reagovat na měnící se

životní situace. Gerontologické centrum v Praze je tvořeno z části lůžkové pro krátkodobé umístění starých lidí, jejichž stav se zhoršil, dále zahrnuje služby pracovníků centra, kteří navštěvují minimálně 1x denně seniory v jejich bytech, existuje zde denní stacionář s kapacitou 20 míst pro staré lidi, o které se nemůže v průběhu dne postarat rodina.

Geriatrický stacionář

Může jej také nazývat jako denní centrum, neboli (domovinky), je formou poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, může být denní, ale i například týdenní. Zabezpečuje léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci. Financování této formy péče zatím nebylo vyřešeno.

Hospic

Speciální zařízení paliativní péče a péče o umírající – není tedy nějak omezeno věkem. Umožňuje prožít důstojný konec života pro nevléčitelně nemocné – léčba (snaha o odstranění) bolesti a úzkosti doprovázející umírání až do posledních okamžiků. Nezaměřuje se pouze na fyzickou stránku člověka, ale také na sociální, duchovní a spirituální. Nesoustředí se na pacienta, ale spolupracuje s celou rodinou, když probíhá i podpora rodin pro vyrovnání se s chorobou a zármutkem. Existuje několik forem hospiců: kamenný hospic, domácí hospicová (ambulantní) péče, denní stacionář, oddělení paliativní péče v LDN, dětský hospic. V ČR paliativní péče a hospicové hnutí pomalu nachází své místo, existence několika kamenných hospiců (ne ve všech krajích) a domácí ambulantní péče. Systémové problémy ústavní péče. V ústavní péči existuje mnoho problémů, které jsou i vzájemně propojeny. Jedním z nejpalčivějších problémů je zbytečná insitucionalizace, kdy seniorům hrozí vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí a z toho vyplývá postupně se zhoršující stav a strádání. Problémem je také chybějící provázanost nejrozličnějších forem péče.

2.8 TERÉNNÍ PÉČE

Terénní péče je jedním ze způsobů, jak usnadnit rodinám péči o svého nemohoucího člena. Terénní sociální služby jsou považovány za nutnou součást péče o lidi seniorského věku. Rozvoj této péče by mohl pomoci při řešení nedostatečných kapacit ústavní péče. Je to alternativa, která přináší úlevu oběma stranám. Někdy je pro samotného seniora snesitelnější, když jej ošetřuje cizí kompetentní osoba, nežli vlastní příbuzný. Pro příbuzného je to úleva, protože je aspoň v některých úkonech zastupitelný. Jedná se zejména o koupání a ošetření možných proleženin. Péče o nemohoucího člověka je jistě velmi náročná. Krmení, hygiena, úklid a další. Umístění seniora do ústavní péče bývá velmi problematické. Žádostí je mnoho a kapacita těchto domovů není dostatečná. Mnoho z nich čeká i několik měsíců na toto umístění a často se senior musí přesouvat z jednoho domova do druhého což, na něho působí depresivně. V některých případech nebývá umístění seniora do ústavního zařízení nejlepší volbou z hlediska jeho potřeb. Někteří senioři si mohou za služby platit a raději zůstávají doma. Jestliže se o seniora starají příbuzní, mohou požadovat příspěvky na péči, slevy na daních i přímé platby k úhradě soukromých pečovatelských služeb domácí péče. Sem patří také finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů a atd. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska považovali za ne zcela soběstačného. Tento druh a stupeň pomoci může rodina svým příbuzným zajišťovat zaplacení této terénní služby. Tato péče nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. Další uvažované stupně péče již v sobě zahrnují jako předpoklad poskytování alespoň některých aktivit podporné péče. Neosobní péče - je druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci. Sem bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá, nebo dokonce pravidelná, každodenní, je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost, nedá se odkládat a je pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. Jedná se však stále ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo

jiný než člen rodiny, například právě pečovatelská služba donášku oběda, sjednaná osoba úklid, praní, žehlení nebo podobné domácí práce.

Pomoc pečujícím rodinám:

Rodina pečující o svého starého člena většinou není odkázána jen na vlastní síly. Systémy sociální a zdravotní péče se však stát od státu liší. Skandinávské země mají již tradičně rozvinutý systém komunitní péče, v německých mluvících zemích se často setkáváme s charitativními službami církví a náboženských organizací, v mnoha evropských zemích, nabízejí nejrozličnější formy pomoci neziskové organizace, někdy s příspěvkem státu nebo obce, jindy přímo placené klientem. V USA, ale i dalších zemích, existuje relativně rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách (home care). S výjimkou opravdu nákladných služeb soukromých pečovatelských firem se však v naprosté většině modelů podpůrných služeb jedná o aktivity zajišťující vnější infrastrukturu a servis pečující rodině. Osobní péče a starého, nemohoucího člověka vyžadujícího celodenní ošetřování a ve velké většině případů zůstává údělem členů rodiny. V této situaci osamocené pečující rodiny je jako velmi vítaná pomoc pocíťována a v některých zemích dosti často i nabízená tzv. respitní péče. Občasná pomoc pečujícím osobám umožňující jim několik hodin vzít si volno od pečovatelských povinností.

Ve většině evropských zemích poskytují dobrovolníci organizovaní nejčastěji neziskovou nebo charitativní organizací. Důležitou, ale méně frekventovanou formou péče, je možnost zajištění krátkodobé institucionální péče o starého člověka, která umožní pečující osobě krátkodobou dovolenou na zotavenou z každodenních povinností.

V publikaci Rodinná péče o staré lidi se uvádí Barvíková (2005 str. 65), že velmi vhodným typem péče o občany, jejichž zdravotní stav limituje možnost samostatného pobytu doma (zejména postižené demencí) po dobu, kdy je rodina v práci, dosud však nepotřebují intenzivnější formu péče a rodina má zájem se o ně postarat mimo svou pracovní dobu a o víkendech, může být denní centrum. Avšak rozšíření využívání této formy pomoci pečující rodině limituje malý počet těchto zařízení, v některých případech nezajištění svozu seniorů a v poslední

řadě i finanční stránka věci (sociální situace některých seniorů a jejich pečovateli, nesolventnost malých obcí). Příklady problémů péče poskytované terénními službami. Mezi nejvíce postrádané úkony patří celodenní dohledy, noční služby a další úkony potřebné pro zabezpečení péče především o nejméně soběstačné seniory. Možnost jejich poskytování je však zcela odvislá od dostatku finančních prostředků a s tím např. i souvisejícího dostatečného počtu pracovníků. Ne ve všech obcích, především malých, je pečovatelská služba poskytována. V tomto směru se na dostupnosti sociálních služeb kromě jiného negativně projevilo i její odstátnění. Tím se díky nesolventnosti obcí dostalo poskytování pečovatelské služby do jakéhosi začarovaného kruhu. Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby v obcích mimo svoje hranice, a malé obce nejsou ochotny, ale spíše se z důvodu nedostatku finančních prostředků nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby.

2.9 RODINNÁ PÉČE

Rodina je většinou Čechů považována za ústředního aktéra v pomoci

seniorům. 46 % žen a 42 % mužů ji považuje za hlavního aktéra v pomoci seniorům v jejich domově, podle 38 % by se měla péče a pomoc seniorům dělit mezi rodinu a stát zhruba na polovinu. Zároveň se však vyskytuje i nemalý podíl těch, kteří za zásadnějšího aktéra v pomoci nesoběstačným seniorům v jejich domově považují stát. Téměř jedna pětina dospělé české populace je přesvědčena, že péče o starší lidi vyžadující pomoc v jejich domově je více úkolem společnosti než rodiny. Muži přitom tento postoj zastávají častěji než ženy (v reprezentativním šetření GGS ho v roce 2005 vyjádřilo 20 % mužů a 17 % žen) [Svobodová 2007].

Je zřejmé, že rodina vzhledem ke kvalifikaci může jen těžko poskytovat služby zdravotní, její role je tedy především na poli sociálním. Ačkoliv se v praxi tyto služby často prolínají a většina klientů potřebuje zároveň obě, na organizační rovině jsou tyto služby oddělovány. Jedná se především o to, že zdravotní služby fungují pod správou Ministerstva zdravotnictví a sociální služby jsou v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí.

Většině lidí je nejlépe v domácím prostředí, v rodině. Je to místo, které každý dobře známe, zde prožíváme pocity jistoty a bezpečí, máme zde své rodinné zázemí. Slova domov, doma mají své opodstatněné kouzlo. Děti se vracejí domů za maminkou a tatínkem, domů se rádi vracíme, když jdeme unaveni z práce, své doma mají i senioři

Dnešní rodiny žijí zpravidla samostatně, v jiných bytových jednotkách než jejich rodiče. Je ale přirozené, že rodina zůstává základem poskytování péče seniorovi. Ve většině rodin je samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají. Někdy dochází k tomu, že se stárnoucí rodič přestěhuje dle bytu svých dětí. Tento krok má svá pozitiva a negativa. Střední generaci to usnadní péči, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji.²⁵

Možná negativa se mohou odrážet v napjatých vzájemných vztazích. Sám senior se nemusí v domácnosti dcery, nebo syna vždy cítit dobře. Vždyť ve skutečnosti není doma. Není ve svém bytě, nespí na svém lůžku. Může se cítit jakoby hostem nebo na obtíž. To se projeví zejména tehdy, jestliže má rodina malý byt a není možné všem zajistit soukromí. Je třeba vše zvážit a najít pro seniora optimální řešení ať už formou péče u něj doma, nebo u jeho rodiny.

Největší předností rodinné péče, je osobní vztah k seniorovi, protože pomáhá naplnit jeho psychosociální potřeby a to v místě, na něž je senior zvyklý. Rodinnou péči zajišťují seniorovi rodinní příslušníci, což ovšem pro svou časovou i jinou náročnost zatěžuje rodinu, která musí proto být sociálně soudržná.

Je možno shrnout překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky takto:

²⁵ 7.Nešporová O. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i. 2008.

25.Mlýnková J. Péče o staré občany, Praha Grada 2011.

Nevyhovující bydlení - malý byt, dochází ke ztrátě soukromí, jestliže se senior nastěhuje do rodiny dospělých dětí

Zaměstnanost střední generace - většina lidí produktivního věku si nemůže dovolit zůstat doma se svým rodičem a věnovat mu potřebnou celodenní péči

Povinnosti vůči vlastní rodině - střední generace se věnuje péči o děti, domácnost

Vzdálenost rodin - stárnoucí rodiče bydlí ve vlastním bytě, jejich děti také, bydliště obou rodin mohou být od sebe hodně vzdálená

Vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora - zpravidla není možné, aby člověk ve středním věku zajišťoval provoz rodiny, chodil do zaměstnání a současně pečoval o stárnoucího rodiče a jeho domácnost, zejména bydlí-li od sebe daleko.

Další nevýhodou rodinné péče je nedostatečná, zdravotnická způsobilost členů rodiny oproti profesionálním lékařům a sestrám, kteří vykonávají ústavní, popř. terénní péči.

3. PRÁVNÍ POSTAVENÍ SENIORŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Základním zákonem je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky a tedy nejvyšší normou, z které jsou všechny ostatní normy odvozeny. Podle tohoto základního zákona meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod upraveny pouze zákonem.

Práva seniorů jakožto plnoprávných občanů tohoto státu jsou chráněna stejnou měrou jako práva všech obyvatel. Listinou základních práv a svobod je zaručena svoboda a rovnost všech lidí, nedotknutelnost osoby seniora a jejího soukromí, osobní svoboda, právo na zachování osobní cti, dobré pověsti a jména osoby, stát je povinen chránit osobu seniora. Omezení osobní svobody je nepřípustné.

Podle zákona může být osobní svoboda omezena jen výjimečně a na základě zákona, pokud se osoba dopouští takového jednání, které škodí jí samé či jejímu okolí, a to pouze se souhlasem soudu. U seniorů je dvojnásob důležitá zákonná podmínka, že taková osoba musí mít v určitých případech ustanoveného opatrovníka.

Senior má právo na ochranu svého soukromého a rodinného života, do kterého nesmí být neoprávněně zasahováno. Pokud se týká politických práv podle Listiny, má senior právo petiční, tedy obracet se na státní orgány nebo orgány územní samosprávy s žádostmi, návrhy a stížnostmi, právo shromažďovací, právo sdružovat se ve spolcích, společnostech a jiných sdruženích, zakládat politické strany a hnutí.

Pokud se týká obsahu sociálních práv podle Listiny, která se dotýkají seniorů, senioři mají právo podnikat, provozovat hospodářskou činnost, získávat

prostředky pro své životní potřeby prací, a to bez jakékoli diskriminace dané věkem, senior má právo na stejné ohodnocení jako kdokoli jiný a též právo svobodně se sdružovat v odborových organizacích.

Každý občan, dojde-li k seniorskému věku, má právo podle Listiny na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří stejně tak má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.

Senior jako každý občan má podle Listiny právo na ochranu svého zdraví, bezplatnou zdravotní péči a na příslušné zdravotní pomůcky podle zákona. Senior má právo na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek stanovených zákonem.

PRAKTICKÁ ČÁST:

Kazustiky z domácího prostředí

Kazuistika č. 1

Pan H.

Osobní údaje.

Narodil se dne 10. 1. 1924 v Praze, kde žije dosud.

Škola

Pan H. absolvoval základní školu v Praze 6, potom vystudoval Stavební průmyslovku, dále studoval ČVUT, ale nedostudoval. Říká, že protože byl líný. Celý život pracoval u Montovaných staveb až do důchodového věku.

Rodina

Narodil se jako jediný syn dobře situovaných rodičů. Matka byla v domácnosti. Byla často nemocná, ale pan H. si nevzpomíná, co jí trápilo. Měli služebnou, která vše v domě zastávala. Otec podnikal ve stavebnictví, často býval mimo domov. Když bylo panu H, 16 let matka mu zemřela. Otec byl zdravý a zemřel v 85 letech na srdeční nedostatečnost, či stáří. Pan H. se v roce 1965 oženil, ale ani on ani jeho žena nechtěli mít děti. Manželé jsou tedy bezdětní. Po roce 1989 panu H. vrátili po otci majetek, takže je velmi dobře zabezpečen.

Povaha

Neznám pana H., ale chová se sebejistě, neustále žertuje a pokouší trpělivost své manželky, která je v kuchyni a odpovídá podrážděně.

Zájmy

Celý život sbíral známky, zajímal ho zeměpis a cestování. Jeho manželka pracovala jako průvodkyně a proto mohl často cestovat s ní. Teď říká, že už ho nic

moc nezajímá. Na zprávy se nechce dívat, protože už ví jak všechno dopadne. Seriály a hlouposti, které jeho žena sleduje ho nezajímají.

Denní režim

Pan H, žije spolu s manželkou ve tří pokojovém bytě v paneláku. Pan H. je malého vzrůstu, je drobný a špatně koordinuje pohyby. Zdá se mi zadýchaný. Jeho zevnějšek je neupravený, něco jako tepláky a košile, která už dlouho nebyla praná. Na nohou bačkory, také ušmudlané. Jeho žena je také menší postavy, ale zdá se mi energická a vůči němu nevrhá. Je upravenější. Zatím co pan H. semnou sedí u stolu, ona asi něco vaří v kuchyni, která navazuje na obývací pokoj a vykřikuje svoje názory na jeho vyprávění a koriguje ho.

Pan H. říká, že zdědil dům na Žižkově, velký rekreační domek, se zahradou a že má auto s garáží, do toho vykřikuje jeho žena, že řídí děsně a že se s ním bojí jezdit. Pan H. mávne rukou a vypráví, jak seká zahradu, že je to 200 metrů čtverečních a že je to dřina. Ptám se, proč práci nezádá někomu z místních, když jak je vidět je dobře zajištěn. Odpovídá jeho manželka: "Víte co by za to chtěli?" Ptám se pana H, proč si neudělají své bydlení pohodlnější, protože vidím, že se jedná o velmi zanedbaný pokoj. Ušmudlaný koberec, špinavé záclony a okna. Nevidím nic nového, žádné pohodlné křeslo nebo kanape, stará televize, jen nepohodlné židle a ulepený stůl.

Kazuistika č. 2

Osobní údaje

Paní A. se narodila 20. 3. 1938 v Praze a celý život bydlí ve stejném domě.

Škola

Do základní školy chodila v Praze 4, potom studovala Gymnázium v Praze 6. Začala pracovat v laboratoři a tam pracovala ještě pět let po důchodovém věku.

Rodina.

Její otec byl stavební inženýr a maminka pracovala jako účetní ve státním podniku v Praze. Měla ještě bratra, který se po roce 1968 vystěhoval a nic o něm neví. Její rodiče byli zdraví, říká, že rodina se dožívá vysokého věku. Tatínek 86 let, maminka 87 let. Paní A. je vdaná a má dva syny a dceru a pět vnoučat. Žije se svým manželem v třípokojovém bytě. Její manžel pracoval jako technik u počítačů až do 75 let. Zdědili chalupu po rodičích a jsou dobře situovaní. Nemusí pomáhat dětem, protože ty jsou zaměstnání a mají se dobře.

Povaha:

Paní A. působí velmi mile, je usměvavá a vstřícná.

Zájmy

Říká, že její největší zájmy jsou rodina, manžel, děti a vnoučata. Od jara do podzimu bývají na chalupě, která je pohodlně zařízená a tam tráví část dovolené i děti a vnuci. Má také moc ráda zahrádku a pěstuje vše co se dá, protože má dost času. Také velmi ráda vaří a říká, že je to na ní vidět. V zimě když jsou v Praze chodí do divadel a na koncerty a rádi sledují televizní programy. Paní A. a její manžel jsou velmi upravení, zařízení jejich bytu je moderní a čisté.

Paní A. a její manžel prodělali různé nemoci a neradi o nich mluví, ale v současné době se cítí dobře. Chodí pravidelně na kontroly. Manžel paní A. bere denně na žaludek Helicid a paní A. věří spíše bylinkám a volně prodejným vitamínům. Jejich děti a vnoučata jí navštěvují a když je potřeba, tak jim pomáhají. Oba se považují za zdravé a spokojené seniory. Na to, že by někdy šli do Domova seniorů

nepomysleli, předpokládají že, se o ně děti a vnoučata postarají, jako se oni postarali o svoje rodiče.

Kazuistika č.3

Osobní údaje:

Pan B. se narodil v Praze dne 16. 5. 1941. V roce 1994 si koupil domek na Dobříši u Prahy a skoro celý rok tam tráví se svojí manželkou a se psem. Když jsou velké mrazy přestěhují se do Prahy, kde ještě vlastní byt v Podolí.

Škola:

Pan B. chodil do základní školy v Praze na Malé straně, kde žili jeho rodiče. Později se vyučil elektrikářem a již v pokročilém věku při práci vystudoval Střední průmyslovou školu elektrotechnickou s maturitou.

Rodina:

Pan B. pochází z rodiny, kde matka odešla od rodiny, když mu byli dva roky a otec se znovu oženil a pan B. má tedy ještě sestru a bratra. Pan B. se jen velmi nerad zmiňoval o své rodině, po smrti rodičů se již nestýkají a nemůže se smířit s tím, že svoji matku nikdy nepoznal.

Po vojně se oženil má dceru a jednoho vnuka.

Povaha:

Pan B. i když se snažil mi odpovídat na všechny mé dotazy nepůsobí příjemně. Je sebevědomý a hlučný, neustále se směje svým žertům. Pokouší a hladí svého psa a neustále ho něčím krmí. Jeho manželka se zdá zakřiknutá. V jeho přítomnosti mi nebylo příjemně i když oceňuji jeho ochotu mně přijmout.

Zájmy:

Pan B. dosud pracuje jako revizor a má rád svoji práci. Za svojí prací cestuje autem, což ho baví. Má velmi rád Country hudbu a vůbec všechnu hudbu. Jezdí na koncerty se svým vnukem a má obrovskou sbírku CD. Rád jezdí za svojí dcerou a vnukem do Prahy a říká, že na stáří nepomýšlí.

Zdravotní stav:

Pan B. se cítí dobře. Má trochu potíže s prostatou a vysokým tlakem. Je obézní a říká, že mu doktorka doporučila zhubnout 10 kilo. Je dýchavičný jako každý silný člověk.

Denní režim:

Pan B. vstává velmi brzy, protože chodí se psem na procházku. Podle potřeby snídá a odjíždí do práce. Psa si na kratší vzdálenosti a pokud je to možné bere sebou. Někdy zůstává i na noc mimo domov, anebo v Praze, jeli zakázka náročnější a cesta vzdálená. Chodí se svojí manželkou na nákupy a pomáhá tam, co je potřeba.

Kazuistika č. 4

Osobní údaje:

Paní K. se narodila 1. 2. 1942 v Praze. Od dětství vyrůstala v malém domku v Šárce se sestrou a bratrem.

Škola:

Paní K. absolvovala základní školu v Praze 6, vyučila se laborantkou a pracuje ještě do dnešního dne na stejném místě v Laboratoři organické chemie a biochemie.

Rodina:

Otec paní K. byl podnikatel, později pracoval v továrně v Praze. Maminka byla v domácnosti. Paní K. se v roce 1963 provdala, její manžel se přistěhoval k její rodině do domečku v Šárce. Paní K. má syna a dceru a čtyři vnoučata. V roce 1967 se přestěhovala se svým mužem do nového bytu v panelovém domě a dosud zde žijí.

Povaha:

Paní K. je velmi vysoká žena, je upravená, působí mile a energicky.

Zájmy:

Paní K. má velmi ráda svojí práci a zahrádku o kterou se stará v Šárce. Ráda cestuje. Každý rok jezdí se svým manželem aspoň dvakrát ročně do ciziny. Mají celou sbírku fotografií a filmů z pobytů v zahraničí. Na stěně mají mapu s označením všech míst kde byli.

Zdravotní stav:

Paní K. si na nic nestěžuje, myslí si, že je zdravá. Neužívá pravidelně žádné léky, jen občas něco na spaní.

Denní režim.

Paní K. vstává v 6 hodin a v půl sedmé jede do práce metrem. Odpoledne po cestě zpátky nakoupí a doma navaří. Když je pěkné počasí jezdí rovnou do Šárky, kde se věnuje zahrádce.

Kazuistika č. 5

Pan R.

Pan R. se narodil 29. 9. 1940 v Londýně. V roce 1948 se jeho rodiče přestěhovali do Prahy, kde žije dosud.

Škola:

Pan R. Chodil do základní školy v Praze 6. Po té vystudoval Obchodní školu v Resslově ulici. Při práci vystudoval Práva.

Rodina:

Otec pana R. pracoval v Národním podniku Filmexport. Maminka byla překladatelka. Rodiče zemřeli velmi mladí. Pan R. má dvě sestry a jednoho bratra. V roce 1963 se oženil a přestěhoval do vily v Břevnově ke své ženě. Má jednu dceru, jednoho syna a čtyři vnoučata.

Povaha:

Pan R. je velmi příjemný a usměvavý, měl sem z něho pocit, že nepřekážím a neruším. Zdál se veselý a spokojený.

Zájmy:

Pan R. dosud pracuje jako právník a jeho hlavním zájmem jsou knihy. Má obrovskou knihovnu a říkal mi, že se musel už mnoha knížek zbavit, protože by se mu nevešly do bytu. Jinak je nejraději na chatě, kterou má blízko Prahy a tak tam tráví všechny dny volna. Také se rád věnuje vnoučatům.

Zdravotní stav:

Pan R. o sobě říká, že je hypochondr a že má často pocit, že je mu všechno, ale lékaři mu stále říkají, že je zdravý. Má potíže s trávením, protože nepořádně a hodně jí a špatně spí. Pan R. je velký kuřák, ale nepřipouští si problémy s kouřením, říká, že jeho děd kouřil od 12 let a dožil se 95 let.

Denní režim:

Pan R. vstává podle potřeby a podle zadané práce. Někdy brzy ráno, jindy si pospí, protože se cítí unavený. Posnídá a odjede autem do kanceláře. Na oběd chodí do restaurace, anebo jede domů, když nemá na odpoledne další klienty. Odpoledne a večer tráví se svojí manželkou. Často mají doma, některé z malých vnoučat. Rád si čte, poslouchá zprávy a kouká na televizi. Někdy chodí do divadel, nebo na koncerty, ale říká, že čím dál méně, že má pocit, že všechno už viděl.

Kazuistika č. 6

Osobní údaje:

Pan M. se narodil, jak mi řekl, někde na Moravě. Říká, že je mu skoro 90 let. Datum narození mi neprozradil, asi ho nevěděl. Určitě měl rodiče, ale nepamatuje si ani jak se jmenovali. Měl mnoho bratrů a sester. Žije v bytě se svou mladší sestrou a ta mi říká, že je dementní.

Chci odejít, ale sestra pana M. mi říká, ať zůstanu, že mi odpoví na dotazy, jak jsme se dohodli.

Škola:

Pan M. moc do školy nechodil, se údajně vyučil kuchařem v Německu. Pracoval v Praze v podniku Restaurace a jídelny, až do svého důchodového věku. Po revoluci jim vrátili majetek po rodičích a tak žijí v domě, který jim byl navrácen spolu, protože nemají žádné jiné příbuzné.

Povaha:

Sestra pana M. mi říkala, že její bratr byl velmi veselý a pohodový člověk, že se nikdy neoženil, protože byl nezodpovědný. Pan M. se usmívá, nic neříká...

Zájmy:

Největší zájem byly ženské, odpovídá sestra pana M. Také měl, rád hudbu, hrál na klavír po hospodách a po různých podnicích. Spoustu let, pokud byl zdravý trávil, na horách kde vařil, moc rád lyžoval a zima mu nevadila. Teď už ho nezajímá nic. Většinu dne prospí.

Zdravotní stav:

Sestra pana M. si myslí, že je nemocný, protože mu přestalo chutnat jídlo. Doktoři mu nic nenašli. Ve skutečnosti mu je už 92 let a možná má cukrovku, kterou mu nedávno našli. Také má bolesti kloubů, ale to má s těch hor a té zimy.

Denní režim:

Pan M. má díky své sestře následující režim. Každý den v 9 hodin přijde ošetřovatelka, pomůže mu vstát a udělat základní hygienu, pak jej posadí ke stolu, kde snídá kávu s mlékem a rohlík. Většinou nic moc nesní, proto je tak hubený. Potom jej přesunou spolu do křesla, kde dál spí. Asi kolem 13 hodiny přiveze ošetřovatelka oběd a pokouší se, aby pan M. něco snědl. Po obědě jej uloží do postele a pan M. zase spí až do večera, si do 19 hod., kdy zase přijde ošetřovatelka a pomůže mu dát večeři a uložit ho do postele na noc. Sestra pana M. říká, že za všechny služby platí soukromé ošetřovatelce a že si to může dovolit, protože zdědili peníze a majetek.

Kazuistika č. 7

Osobní údaje.

Paní J. se narodila 26. 12. 1945 v Praze na Harfě a po sňatku se přestěhovala do panelového domu v Ládví.

Škola.

Paní J. chodila do místní základní školy a vyučila se aranžérkou a až do důchodového věku pracovala jako aranžérka výloh a výstav.

Rodina

Paní J. pochází z chudé rodiny. Její otec trpěl tělesnou vadou a maminka byla po Španělské chřipce částečně ochrnutá. Paní J. má sestru. Matka byla v domácnosti a otec pracoval v Družstvu invalidů. Paní J. je vdaná má dva syny a s jedním z nich a s jeho rodinou bydlí v třípokojovém panelovém bytě v Ládví. Druhý syn se odstěhoval do Brna. Je také ženatý a má dvě děti.

Povaha

Paní J. velmi trpělivá a má tendenci opatrovat a řídit celou rodinu. Sama říká, že je někdy náladová, ale velmi pracovitá.

Zájmy.

Jejím zájmem jsou hlavně její synové a vnoučata o která se velmi často stará. Protože je šikovná, provádí různé úpravy v bytě a zdobí dětem jejich pokojíček. Sama se přestěhovala se svým manželem do místnosti kde byla původně kuchyň. Obývací pokoj mají společný a oba malé pokojíky obývají syn se snachou a vnoučaty. Celý byt je zrekonstruovaný a působí čistě. Manžel paní J. má velkou nadváhu a těžko se pohybuje, proto skoro stále polehává. Paní J. si velmi ráda vyjde do kavárny s kamarádkami a se sestrou a snaží se být aspoň několik hodin mimo domov.

Zdravotní stav.

Paní J. má vysoký tlak a vysoký cholesterol, po svém otci zdělila skoliózu a tak mívá bolesti v kostech.

Denní režim.

Paní J. vstává v 7. hodin a vede vnuka do školy, protože syn a snacha již jsou v zaměstnání. Vnučku odvádí do školky snacha. Po té se paní J. vrací domů a snídá s manželem, nakupuje a vaří, tak jak je potřeba. Říká, že by nechtěla žít sama se svým manželem, že je takhle spokojená. Ví, že pro celou rodinu je prostor stísněný a uvědomuje si, že až budou děti velké, bude situace ještě horší. Výhodou je, že si všichni vzájemně pomáhají, že jí syn se snachou přidává na nájem, který by těžko platili ze svých důchodů. Paní J. je velmi spokojená. Je si jistá, že se o ni synové postarají až bude potřebovat.

Kazuistiky z prostředí domova pro seniory

Kazuistika č. 1

Osobní údaje:

Pan B, se narodil 14. 1. 1928 v Praze a bydlel celý život na Žižkově. Má 2 vlastní a 2 nevlastní děti, celkem měl za život 4 přítelkyně.

Škola:

Vystudoval školu se zaměřením elektromechanik, 4letý obor s maturitou.

Zaměstnání:

Pracoval v různých profesích, například – Uhelny doly, na stavbě, elektromontážní dělník, tiskař bankovek v ČSNB, svářeč, kovář.

Rodina:

Pan B, maminka se vyučila kuchařkou, pracovala v restauraci. Otec se vyučil malířem pokojů, poté se stal policistou. Maminka nevlastní syn, levoboček, příbuzný s císařem Josefem II. Má bratra, který před 5 lety zemřel. Rodina klienta za jeho 10 letý pobyt navštívila pouze jedenkrát. Postavení vilky vlastníma rukama, kvůli nemoci ho rodina surovým způsobem vyhodila z baráku a dala do Domova seniorů.

Zájmy:

Různorodé zaměření zájmů: hudba, čtení, zpívání, karty atd. Činnosti v domově, pravidelné cvičení, hrátky s pamětí, koncerty – harmonikář, chodí velmi rád na divadelní představení.

Povaha:

Mírně vznětlivý, milý, kutil dokáže všechno spravit. V domově nemá, žádný známý.

Zdravotní stav:

Velmi špatný. Astma velmi silné problémy s dýcháním, zvýšený tlak.

Denní režim:

Pobyt v domově 10 let. Nejdříve stará budova nyní nová budova. Celkem se mu v domově líbí.

10-11 cvičení hrátky s pamětí, různé hry každý všední den, pokud nenastanou zdravotní komplikace

11-12 Oběd

12-14 polední klid

Odpoledne chození ven na procházky, na zahradu, pěstování zeleniny, poslech hudby, čtení, karty, křížovky

Pan B, bydlí na pokoji společně se svou přítelkyní, se kterou se seznámil v domově před dvěma lety.

Kazuistika č. 2

Osobní údaje:

Paní Š. narozena 12. 5. 1925 v Brotíně u Tábora. Od 14let bydlela na Žižkově až do doby, kdy nastoupila do Domova seniorů

Škola:

Maminka i tatínek zemědělský dělníci. Celý život. Po rodičích velký vztah k zahradě a ke všemu co patří k zemědělství. Sestra zemřela 8 let zpět. 16 let vdova našla si nového partnera v domově asi 2 roky zpět.

Povaha:

Milá, přátelská, pohodová, rázná umí vše vyřídit.

Zájmy:

Zahrádka- aktivní do dnes i v domově seniorů. Velký zájem. Hudba, cvičení, křížovky, čtení, koncerty – harmonikář

Aktivity v domově seniorů:

Cvičení každý den, koncerty, hrátky s pamětí, promítání

Ve staré budově, měla kamarády v nové nemá žádné. V domově seniorů 3 roky.

Zdravotní stav- Léky na srdce, vysoký tlak, cévy

Denní režim:

Celkem se pobyt v domově líbí

10-11 Cvičení, hrátky s pamětí, různé hry každý všední den, pokud nenastanou zdravotní komplikace.

11-12 oběd

12-14 polední klid

Odpoledne chození ven na procházky, na zahradu, pěstování zeleniny, poslech hudby, čtení, karty, křížovky, koncerty.

Paní Š. bydlí na pokoji společně se svým přítelem, se kterým se seznámila v domově před dvěma léty.

Kazuistika č. 3

Osobní údaje:

Paní B, se narodila v Praze dne 1.8.1934, v Mělníku. Po válce se její rodina odstěhovala do Liberce a později do Prahy.

Rodina:

Paní B, pochází z rodiny, kde měla ještě dvě sestry a bratra. Matka pracovala v cukrovaru a později konzervárně. Otec pracoval většinou jako správce cukrovaru, fabriky a potom byl v invalidním důchodu. Paní B, se vdala v roce 1955

Škola:

Chodila do základní školy a vyučila se švadlenou. Později pracovala jako šička až do důchodu.

Povaha: Paní B, působí velmi zakřiknutě, je uzavřená. Říká, že po smrti manžela bydlela v panelovém domě na Pankráci, že si se sousedkami nerozuměla a že si

myslela, že v Domově najde nové přátele. Že jí především dcera chtěla umístit do domova a že si ani tady nenašla žádné přátele.

Zájmy:

Ráda čte časopisy, Chodí na trénink paměti a do pěveckého sboru. Říká, že ráda chodí na společné snídaně a obědy a večere. Přesto, že se s nikým moc nesblížila, necítí se tak sama, jako když bydlela v bytě 3 plus jedna. Dcera i syn jí navštěvují málo. údajně mají spousty starostí a málo času.

Zdravotní stav:

Zdravotní stav paní B, odpovídá jejímu věku. Nemá žádné velké potíže, či bolesti. Není uvedena žádná závažná choroba.

Denní režim:

Ráno stává s ostatními. Odmítá tělesná cvičení. Hygienu zvládá sama. Po té jde na snídani a potom se účastní tréninku paměti, nebo si čte. Nemá moc ráda televizi. Má malé rádio a poslouchá oblíbené pořady. Ráda chodí na procházky a odpoledne se účastní pěveckého kroužku, nebo jiné činnosti, která v domově probíhá.

Kazuistika č. 4

Osobní údaje:

Paní A.P. se narodila v Praze dne 4. 9. 1936. Celý svůj život prožila ve Střešovicích, kde její rodina měla malou vilku. Z vilky se po smrti manžela odstěhovala do domova, kde dnes žije.

Rodina:

Paní A.P. pochází z dobře situované rodiny. Matka byla v domácnosti a otec byl inženýr. Neměla sourozence a matka byla v domácnosti, takže se jí velmi věnovala. Od dětství hrála na klavír, učila se francouzštinu a chodila na balet. Po smrti rodičů jako jediná dcera vilku zdědila. Později jí obývala se svým manželem a třemi dcerami.

Škola:

Do školy chodila ke Kostelíčku a později studovala na gymnáziu a vystudovala Uměleckou školu zaměřenou na hudbu.

Povaha:

Paní A.P. je sebevědomá, čínorodá a veselá. Říká, že už chtěla mít klid, proto si přála být umístěna v domově pro seniory. Její tři dcery, mají také jak říká, spoustu dětí a tak už neměla sílu zůstat s nimi a všechno to nové s nimi absolvovat. Říká, že své děti a vnuky má moc ráda, ale chce slyšet už jen příjemné zprávy a tady našla klid.

Zájmy:

Paní A.P. má spoustu zájmů. Ráda chodí na všechny akce, které se v domově konají. Má ráda televizi, sleduje zprávy, televizní seriály, ráda čte. Někdy chodí na koncerty a do divadla s dcerami, nebo s kamarádkou. Velmi ráda cvičí a také trénuje paměť. Chodí na procházku a vypadá moc spokojeně.

Zdravotní stav:

Zdravotní stav paní A.P. je dobrý. Paní A. P. říká, že její rodina trpí dlouhověkostí a že má ještě mnoho dní před sebou. Občas mívá bolesti kloubů, ale údajně netrpí žádnou vážnou chronickou chorobou.

Denní režim.

Ráno vstává brzy, spí celkem klidně, ale probouzí se několikrát za noc. Hygienu zvládá sama a ráno se těší na cvičení. Po cvičení chodí na snídani do jídelny, kde jak říká, si ráda popovídá s ostatními seniory. Podívá se ráno na zprávy a potom, když není moc zima chodí na procházky. Někdy sama, ale většinou se někdo přidá. Účastní se ranního cvičení paměti, čtení z novin. Po obědě odpočívá a odpoledne se účastní kulturních programů v domově. Nejraději zpívá a čte si knížky a časopisy. Říká, že je ráda, že nemusí nic a může všechno.

Závěr:

Vzpomínám na knížku o životě kancléře Bismarka, který se přes svou katastrofickou životosprávu dožil osmdesáti tří let, nebo anglického ministerského předsedu z dob druhé světové války Winstona Churchilla s jeho všude přítomným doutníkem a denním upíjením, cherry a whisky, který se dožil v plné síle devadesáti jedna let. Jsou to samozřejmě výjimky, které život přináší. Mladý člověk si od nepaměti nechce připustit myšlenku, že i on bude za pár, možná desítek let starý člověk se všemi neduhy a problémy které, stáří přináší. Bohužel stáří se nedá utéci a čeká každého, nebo lépe řečeno, většinu z nás.

Na závěr své bakalářské práce ve které, jsem zmínil celou řadu problému seniorů, jsem si položil otázku: Jak současná společnost řeší a bude řešit stále se prohlubující problematiku zvětšujícího se množství seniorů, jak bude ekonomicky zajišťovat jejich životní potřeby. Vždyť všichni současní senioři i ti budoucí po celý svůj produktivní věk věnovali své síly společnosti, jejímu rozvoji, podíleli se významně na růstu nejen ekonomickém, ale také v oblastech technických, medicínských a humanitních. Odpověď na tuto otázku není jednoduchá a současná společnost ji neumí vyřešit. Připomínám, že péče o staré lidi je poměrně novodobá záležitost, protože až do devatenáctého století existovala jen okrajově a byla to věc církve. Velmi důležitá byla funkce rodiny, která se o své příslušníky starala. Je obecně známa funkce tzv. vejminku, kdy za celoživotní práci se mladá a aktivní část rodiny postarala o své prarodiče. V naší zemi tato situace v podstatě existovala až do konce první světové války. Ekonomický růst společnosti, pak způsobil, že vznikaly různé finanční instituty, kdy si pracující člověk po velkou část života sám spořil a vytvářel tím vlastní zabezpečení pro stáří. Velké změny pak vznikly během druhé světové války a po jejím skončení. Je třeba připomenout, že obnovená Československá republika měla jen 8 milionů obyvatel a v důsledku všeobecné pracovní povinnosti nastal obrovský ekonomický růst. Byly vybudovány nové výrobní podniky, zničené poválečné hospodářství vyžadovalo spoustu pracovních sil ve stavebnictví a v průmyslu. Nastal také velký rozvoj zemědělství. Pro seniory začaly vznikat různé instituce, jako domovy důchodců apod. Systém vlastního zabezpečování pro stáří byl zcela zrušen.

Hospodářské a politické změny pak způsobily, že se začala měnit forma rodiny, kdy se její příslušníci osamostatňují a tento stav trvá stále. Tím dochází k zásadní změně ve funkci rodiny, která už nezabezpečuje prarodiče a tuto funkci musí přebírat stát.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

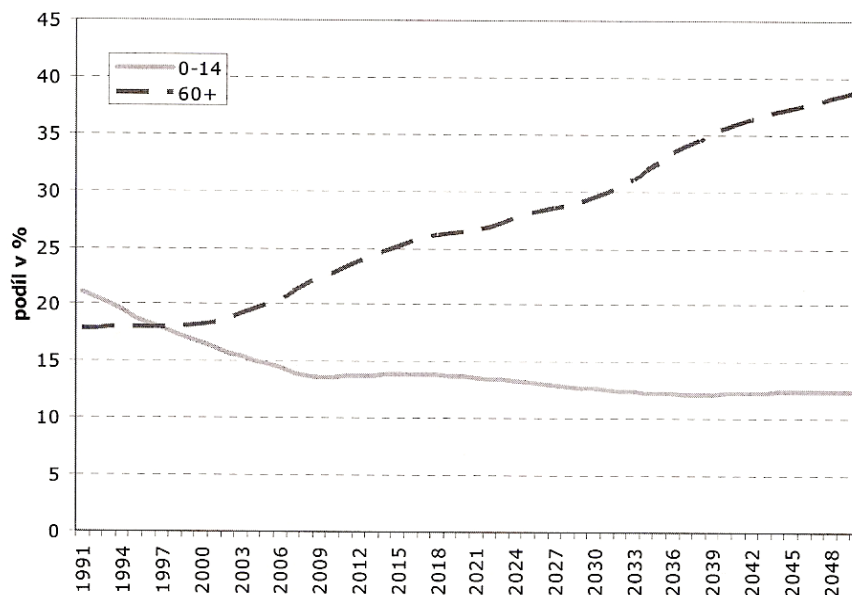
1. Diensbier, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. Praha Grada Praha 2009. ISBN 978-80-86031-88-0
2. Hamilton, S. I. Psychologie stárnutí. Portál 1999. ISBN 8071782742
3. Zavázalová H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha, Karolinum 2001, ISBN 80-246-0326-08
4. Venglářová M. Problematické situace v péči o seniory, Grada 2007 ISBN 978-80-247-2170-5
5. Matouš M. Pohyb ve stáří je šancí. Grada 2002. ISBN 80-247-0331-9
6. Burešová, Řezáčová, Stehlíková: Sociálně zdravotní péče o seniory
7. Nešporová O. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i. 2008. ISBN 987-80-87007-96-9
8. Zdeňka S. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta Brno: Diplomová práce
Internetový zdroj: [www: is.muni.cz/th/46415/th_m/](http://www.is.muni.cz/th/46415/th_m/)
9. Mlýnková J. Péče o staré občany, Grada 2011. ISBN 978-247-3872-7
10. Pokorná A. Komunikace se seniory, Grada 2010. ISBN 978-80-247-3271-8
11. Kenneth C. Aerobický program pro aktivne zdravie: pohyb, výživa, duševná rovnováha, Bratislava 1990 Slovenské telovýchovne vydavateľstvo

SEZNAM PŘÍLOH

TABULKY.....	I
--------------	---

Příloha č. 1

obyvatelstva ČR mezi lety 1991 až 2050 (v %)



Příloha č. 2

Tabulka č. 1 Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 1991 až 2006, vybrané roky (v %)

věk	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-14	21,1	20,0	18,8	17,9	17,0	16,2	15,7	15,4	15,1	14,8	14,5
15-59	61,1	62,0	63,2	64,1	64,9	65,4	65,5	65,5	65,4	65,3	65,1
60+	17,8	18,0	18,0	18,0	18,1	18,4	18,8	19,1	19,5	19,9	20,3

Zdroj: Populační vývoj České republiky 1990-2002, ČSÚ

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Robert Wachtl

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Denní

Název práce: Stáří a osobnost seniora

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů:11

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:1

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Karel Kamiš.CSc