

Eva Malíková

Péče o seniory

v pobytových sociálních zařízeních



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Mgr. Eva Malíková

Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních

Recenzentka:

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.

© Grada Publishing, a.s., 2011

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4243. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Jitka Straková

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 328

1. vydání, Praha 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-3148-3 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7506-7 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

Přehled použitých zkratk	11
1 Stárnutí, stáří a sociální gerontologie	13
1.1 O stárnutí, stáří a seniorech	13
1.1.1 Členění věkových kategorií v dospělosti a ve stáří	14
1.1.2 Charakteristika stárnutí a stáří	14
1.1.3 Teorie stárnutí aneb proč stárneme	16
1.1.4 Životní změny ve stáří	18
1.1.5 Aspekty stárnutí	19
1.2 Gerontologie a další obory	23
1.3 Postoje, adaptace a reakce na stáří	24
1.4 Stárnutí populace, demografický vývoj	26
2 Péče o seniory v České republice – současná situace a možnosti	29
2.1 Malá retrospektiva	29
2.2 Současná situace v poskytování sociálních služeb	30
2.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb seniorům	32
2.4 Postoj společnosti ke stáří a ageismus	34
2.4.1 Ageismus, mýty a předsudky o stáří	35
2.5 Zákonné normy v sociální oblasti	41
2.5.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	41
2.5.2 Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách	48
2.5.3 Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách	48
2.5.4 Vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	49
2.5.5 Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ...	49
2.6 Ochrana práv seniorů a jiných skupin; etické normy významné při poskytování sociální služby seniorům	49
2.6.1 Charakteristika vybraných dokumentů	50
2.6.2 Právní normy	52
2.6.3 Povinnosti klientů a práva pracovníků	52
2.6.4 Etické principy a normy při poskytování sociálních služeb seniorům	54
2.6.5 Charakteristika etických kodexů	55
2.7 Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb	58
2.8 Financování sociálních služeb	59
2.9 Podmínky poskytování pobytových sociálních služeb	61
2.9.1 Registrace poskytovatele	62
2.9.2 Podmínky přijetí uživatele do pobytového sociálního zařízení	65

2.9.3	Možnosti přijetí a poskytování sociální služby v pobytovém sociálním zařízení pro seniory	65
2.9.4	Smlouva o poskytování sociálních služeb	66
2.9.5	Standardy kvality sociálních služeb	70
2.9.6	Vedení dokumentace o poskytování služby	75
2.10	Režim dne v pobytovém sociálním zařízení, domácí a návštěvní řád	79
2.10.1	Přijetí klienta do zařízení a průběh poskytování sociální služby	79
2.10.2	Domácí řád a návštěvní řád	81
2.10.3	Provozní řád v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem	83
2.11	Personální požadavky a náplň práce pracovníků v pobytových sociálních zařízeních	86
2.11.1	Sociální pracovník	86
2.11.2	Pracovník v sociálních službách	92
2.11.3	Zdravotničtí pracovníci	97
2.12	Služby poskytované v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem	114
2.12.1	Služby poskytované ze zákona	114
2.12.2	Další činnosti poskytované v pobytovém sociálním zařízení	122
3	Kvalita a hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory	133
3.1	Standardy kvality sociálních služeb	134
3.1.1	Inspekce kvality sociálních služeb a dodržování standardů	135
3.2	Supervize, intervize	139
3.3	Systémy kvality	141
3.4	Benchmarking	141
3.5	Stížnosti/management stížností	143
3.6	Další možnosti a způsoby hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb	145
3.6.1	Indikátory kvality	145
3.6.2	Audity	145
3.6.3	Řízení rizik z pohledu programu kontinuálního zvyšování kvality – management rizik	146
3.6.4	Zjišťování spokojenosti uživatelů služeb v pobytových sociálních zařízeních	147
4	Zjišťování potřeb uživatelů a individuální plánování průběhu sociální služby	157
4.1	Význam individuálního plánování sociální služby v pobytových sociálních zařízeních	157
4.2	Činnost pracovního týmu při individuálním plánování sociální služby	160

4.2.1	Koordinátor individuálního plánování	161
4.2.2	Klíčový pracovník	162
4.2.3	Důvěrník klienta	166
4.2.4	Moderátor	166
4.2.5	Příbuzní a jiné blízké osoby klienta	166
4.3	Potřeby a osobní cíle uživatelů	167
4.3.1	Potřeby klientů	167
4.3.2	Osobní cíle	171
4.3.3	Zjišťování individuálních potřeb klientů	173
4.4	Metody a způsoby zjišťování individuálních potřeb a osobních cílů u nekomunikujících klientů	175
4.4.1	Význam komunikace a zjišťování individuálních potřeb u nekomunikujících klientů	175
4.4.2	Kategorie nekomunikujících klientů	176
4.4.3	Techniky a způsoby zjišťování potřeb nekomunikujících klientů	178
4.4.4	Metody zjišťování individuálních potřeb a osobních cílů vhodné pro klienty komunikující i s poruchou komunikace ...	180
4.5	Individuální plánování jako proces	182
4.5.1	Činnost klíčového pracovníka a pracovního týmu podle čtyř částí procesu individuálního plánování	183
4.5.2	Překážky a problémy při individuálním plánování sociální služby	187
4.5.3	Nejčastější chyby při individuálním plánování sociální služby ...	187
4.5.4	Změny osobních cílů a činností v individuálním plánování – přehodnocení procesu poskytování sociální služby	188
4.6	Dokumentace pro individuální plán klienta	189
4.7	Význam individuálního plánování pro zařízení	190
4.8	Metody a způsoby podpory klienta	193
4.8.1	Koncept bazální stimulace	193
4.8.2	Kraniosakrální terapie	197
5	Ošetrovatelský proces u seniorů v pobytovém sociálním zařízení	201
5.1	Úvod do problematiky poskytování ošetrovatelské péče klientům v pobytových zařízeních	201
5.2	Význam ošetrovatelství, ošetrovatelského procesu a kvalitní ošetrovatelské praxe	202
5.3	Realizace ošetrovatelského procesu u seniorů v pobytových sociálních zařízeních a specifické odlišnosti	205
5.3.1	Odlišnosti při sběru informací a zhodnocení/posouzení klienta	205
5.3.2	Odlišnosti při stanovení ošetrovatelských diagnóz	207
5.3.3	Odlišnosti při tvorbě ošetrovatelského plánu	209
5.3.4	Odlišnosti při realizaci ošetrovatelské péče	210
5.3.5	Odlišnosti při hodnocení efektu poskytované ošetrovatelské péče	210

5.3.6	Specifika ošetrovateľského procesu u klientů s omezenou komunikací	211
5.4	Problematika práce sestry v pobytových sociálních zařízeních	212
5.5	Přínos geriatrického ošetrovatelství pro seniory v pobytových sociálních zařízeních	213
5.6	Náročnost ošetrovateľské péče u seniorů	213
5.6.1	Zdravotní stav seniorů a jejich soběstačnost	213
5.6.2	Geriatrické syndromy	216
5.7	Přístup k seniorům při poskytování ošetrovateľské péče	217
5.8	Vedení ošetrovateľské dokumentace	218
5.8.1	Tvorba formulářů ošetrovateľské péče	219
5.8.2	Nakládání s ošetrovateľskou dokumentací po ukončení pobytu klienta	221
6	Komunikace se seniory	223
6.1	O komunikaci	223
6.1.1	Verbální a neverbální komunikace	223
6.1.2	Komunikace podle charakteru rozhovoru	228
6.2	Význam komunikace a specifické odlišnosti komunikace v gerontologii	228
6.2.1	Faktory ovlivňující komunikaci se seniory	229
6.2.2	Základy vedení rozhovorů se seniory	229
6.2.3	Rozhovory s klienty	230
6.2.4	Nejčastější chyby v komunikaci se seniory	231
6.2.5	Doporučení pro komunikaci sestry s klientem podle Maastrichtského anamnesticko-poradenského inventáře	233
6.2.6	Morální a etická stránka řeči – evalvace a devalvace	235
6.2.7	Pomoc druhým s emocí	236
6.3	Komunikace s problémovými skupinami klientů	237
6.4	Možnosti v komunikaci s nekomunikujícími klienty, klienty s poruchou řeči a vědomí, se specifickými potřebami a s demencí	238
6.4.1	Reminiscence	238
6.4.2	Validační terapie	239
6.4.3	Rezoluční terapie	245
6.4.4	Preterapie	246
6.5	Alternativní a augmentativní metody/komunikační techniky	250
6.5.1	Usnadňovaná komunikace	250
6.5.2	Různé systémy augmentativní a alternativní komunikace	251
7	Edukace v pobytových sociálních zařízeních	255
7.1	Obecně o edukaci	255
7.2	Charakteristika a význam edukace v pobytových sociálních zařízeních	257
7.3	Edukace klientů v pobytových sociálních zařízeních	257
7.4	Podmínky pro edukaci a zásady pro její realizaci	259
7.5	Postupy edukace pro jednotlivé skupiny	260

7.5.1	Edukace zájemců	260
7.5.2	Edukace klientů před přijetím do zařízení	261
7.5.3	Edukace klientů při přijetí a během pobytu v zařízení	262
7.5.4	Edukace příbuzných a jiných blízkých osob klientů	265
7.5.5	Edukace klienta při propuštění a ukončení poskytování služeb	266
7.5.6	Edukace pozůstalých po úmrtí klienta	266
7.6	Význam komunikace v edukaci	267
7.7	Vedení dokumentace o edukaci	268
8	Duchovní potřeby klientů v pobytových zařízeních	269
8.1	Definice spirituality	269
8.2	Spiritualita a senioři	269
8.3	Zjišťování, nabídka a saturace duchovních potřeb	269
8.4	Možnosti a způsoby naplnění duchovních potřeb klientů	270
8.5	Duchovní potřeby a církve	271
8.6	Duchovní potřeby a psychologická pomoc	272
8.7	Dokumentace o poskytovaných duchovních službách	273
8.8	Význam uspokojování duchovních potřeb	273
8.9	Uspokojení duchovních potřeb klientů a individuální/ošetrovatelský plán	274
9	Týrání seniorů a restriktivní opatření	277
9.1	Charakteristika, příčiny a ovlivňující faktory týrání seniorů	277
9.2	Způsoby týrání seniorů	277
9.3	Legislativa a právní normy vztahující se k týrání seniorů	280
9.4	Restrikce/opatření omezující pohyb osob	282
9.5	Problémové chování, jeho příčiny a projevy	286
10	Uplatnění emoční inteligence při péči o seniory	289
PŘÍLOHY	293	
Příloha 1:	Etický kodex inspektorů sociálních služeb	295
Příloha 2:	Etický kodex sociálních pracovníků České republiky	299
Příloha 3:	Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester	303
Příloha 4:	Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů	308
Příloha 5:	Povinnosti pečovatele	310
Literatura	313	
Rejstřík	319	

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Vlastě Wirthové za laskavou, vstřícnou a tvůrčí spolupráci, podporu a vedení při tvorbě publikace.

Dále děkuji paní MUDr. Bc. Libuši Čeledové, Ph.D., za cenné připomínky a doporučení v recenzi připravované publikace.

Přehled použitých zkratk

AAK	alternativní a augmentativní komunikační techniky
ADL	test activity daily living
CMP	cévní mozková příhoda
CSS	kraniosakrální systém
CST	kraniosakrální terapie
ČAS	Česká asociace sester
DMO	dětská mozková obrna
EQ	emoční inteligence
FG	focus groups
IADL	test instrumental activity daily living
ICN	Mezinárodní rada sester
IFSW	Mezinárodní federace sociálních pracovníků
IP	individuální plán
KPSS	komunitní plánování sociálních služeb
KZK	kontinuální zvyšování kvality
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	test mini-mental state-examination
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
UK	usnadňovaná komunikace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

1 Stárnutí, stáří a sociální gerontologie

Dobrý den, stáří

*Dobrý den, sestro stáří!
 Ach, viděla jsem Tě přicházet zdaleka
 a nepodala jsem Ti ruku.
 Dlouho jsem Tě nevlídně pozorovala.
 Zdála ses mi škaredá, nešťastná, jako kdybys stále nosila smutek
 a jako bys táhla za sebou pytel bídy,
 hořkých dnů, samoty, zchátralosti.
 Ne, nechtěla jsem, aby ses ke mně přiblížila!
 Ty však stojíš těsně vedle mne, dotýkáš se mne.
 Musím si asi zvyknout na Tvou společnost, protože mne už nikdy neopustíš.
 Sbohem mládí! A navždycky!
 Budeš zabírat stále více místa v mém životě,
 a proto s proměnou svého srdce
 volám teď na Tebe ve vsí upřímnosti: „Sestro moje“,
 teď, když tě vidím zblízka,
 objevuji Tvůj půvab,
 máš zkušenosti a všechno, jak má být,
 dáváš věcem opravdový význam a milost,
 osvobozuješ od strojenosti, zbytečnosti, pýchy
 a vnášíš mě do pravdy.
 Mé tělo chátrá, má duše je však lehčí, aby se mohla lépe vznést.
 Sestro stáří, přijímám Tě a mám Tě ráda,
 protože jsem díky Tobě volnější a pomalu se přibližuji k Bohu.*

Paní G., 85 let

(Pichaud, C., Thareaunová, I.: Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1999, s. 17)

1.1 0 stárnutí, stáří a seniorech

*Každý člověk si přeje dlouhý život,
 ale nikdo nechce být starý.
 Jonathan Swift*

Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. To platí i pro období stárnutí a stáří. To si ale vždy neuvědomujeme, a tak je stáří všeobecně chápáno spíše negativně, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu, omezení. Stáří ale takové být nemusí. Všeobecný pohled na seniory a stáří je hodně rozšířen pouze jednostranně. Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života,

závislou na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro něž je ideální umístění do ústavní péče.

Pro mnoho lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout. Proto se hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás.

Poskytování sociální služby seniorům utvrzuje mnoho osob a pracovníků v domněnku, že tento model nesoběstačnosti ve stáří se musí automaticky týkat všech. Platí sice neoddiskutovatelný fakt, že od okamžiku narození začínáme stárnout a pomalu se ke stáří každým dnem přibližujeme, ale hodně záleží na každém člověku, jak se na stáří připraví a jak u něj stárnutí a stáří bude probíhat.

Stáří je charakterizováno podle různých kritérií.

1.1.1 Členění věkových kategorií v dospělosti a ve stáří

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Jde o důležitý ukazatel. Samotný věkový údaj však nemá dostatečnou vypovídací hodnotu, a to zejména ve stáří. Věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

30–44 let	dospělost
45–59 let	střední věk (nebo též zralý věk)
60–74 let	senescence (počínající, časná stáří)
75–89 let	kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
90 let a více	patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlbachra (2004):

65–74 let	mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
75–84 let	staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
85 let a více	velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

1.1.2 Charakteristika stárnutí a stáří

Období stárnutí a stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsáním problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí.

Rozlišují se dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické.

- **Fyziologické stárnutí** – Probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik. (Vokurka, Hugo, 1998, s. 318)
- **Patologické stárnutí** – Může se projevat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalen-

dární věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností.

Přehled definic stárnutí:

- Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická. (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13)
- Pacovský (1990, s. 30) chápe stárnutí jako cestu do stáří a člení stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí popisuje jako normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze. Jako příklad patologického stárnutí uvádí stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční.
- Podle Tomeše (2005, s. 25) je populační stárnutí přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích probíhá déle než dvě století.
- Wievegh (1972, s. 13) definuje stárnutí jako souhrn pochodů, především biofyziologických, probíhajících v čase. Jde o biologickou zákonitost, jejíž podstatou jsou postupné biofyziologické změny v organismu. Nevratnost těchto změn způsobuje zánik organismu, smrt. Stárnutí rozlišuje na biologické, psychologické a sociální. Výsledným stavem stárnutí je vlastní stáří.
- Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.
- Podle Prchlíka (1969, s. 4, cit. u Jarošová, 2006, s. 8) je stárnutí plynulý a pozvolný přirozený zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka. Prchlík charakterizuje lidi jako různé, navzájem se lišící a s odlišným průběhem stárnutí.
- Weber a kol. (2000, s. 13) uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.

Přehled definic stáří:

- Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka. (Bartko, 1984, s. 372, cit. u Jarošová, 2006, s. 9)
- Haškovcová (1990, s. 58) charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.
- „Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.“ Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně. (Mühlpachr, 2004, s. 39)

- Podle Kalvacha (1997, s. 18, cit. u Jarošová, 2006, s. 8) je stáří důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Kalvach stáří člení podle tří hledisek: biologického, sociálního a kalendářního.
- Konečnou etapou procesu stárnutí nebo jinými slovy konečnou etapou genetiky vyměřeného trvání života je období, kterému říkáme stáří. S definicí stáří jsou obtíže a po staletí se jej snaží definovat umělci, filozofové a také přírodovědci. Dnes se ve většině zemí používá patnáctiletá periodizace lidského věku, tak jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace. (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 17)

Podle Jarošové (2006, s. 10) má stáří vysoce individuální charakter s velkými rozdíly. Autorka popisuje stáří jako tzv. biologické, psychologické a sociální. Pacovský (1981, s. 60–61, cit. u Jarošová, 2006, s. 10) seznamuje se společnými fenomény, které vytvářejí charakteristické znaky celého procesu stárnutí:

- Stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá souvislost. Změna struktury má za následek změnu funkce.
- Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.
- Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkční involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).
- Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

Střední délka života: Střední délka života (synonymum: pravděpodobná nebo očekávaná doba dožití, angl. life-span) je veličina, která nás informuje o tom, kolika roků se s vysokou pravděpodobností dožije právě narozené zdravé dítě. V České republice je střední délka života žen 78,1 roku a mužů 71,5 roku. (Haškovcová, 2006, s. 11)

1.1.3 Teorie stárnutí aneb proč stárneme

Člověk není stvořen k tomu, aby život chápal, ale aby jej žil.
George Santayana

Odpovědět na otázku „proč stárneme“ není jednoduché. Ani zde totiž není situace zcela jednoznačná; pro stárnutí organismu existuje celá řada teorií, které na určitém podkladu objasňují jeho důvody. Teorie o příčinách stárnutí jsou vysvětlovány a chápány z pohledu biologických změn, sociálních a psychologických vlivů.

Weber a kol. (2000, s. 13–15) uvádí, že teorie stárnutí je možné rozdělit do dvou hlavních skupin:

- **Stochastické teorie** – Jejich podstatou je předpoklad, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení.
- **Nestochastické teorie** – Vycházejí z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno.

Stochastické teorie

- **Teorie omylů a katastrof** – Ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů (bílkovin) při jejich transkripci a translaci.
- **Teorie překřížení** – Ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj.
- **Teorie opotřebení** – Vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, s posloupností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánu a nakonec organismu jako celku. Existuje souvislost s poškozením deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života.
- **Teorie volných radikálů** – Předpokládá, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxyribonukleovou kyselinu.

Nestochastické teorie

- **Pacemakerová teorie** – Je nazývána také „teorie genetických hodin“. Podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy (imunitní a neuroendokrinní systém, především hypothalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence: involuce tymu (zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B- a hlavně T-lymfocytů aj.
- **Genetická teorie** – Autoři teorie vycházejí z předpokladu, že délka života je pozoruhodně specifická pro každý živočišný druh. Pro potvrzení teorie uvádějí příklad jednovaječných dvojčat, u nichž je nápadně podobná střední délka života, zatímco u ostatních sourozenců se může i podstatně lišit.

V odborné literatuře je uváděna řada dalších teorií. Mezi ně patří:

- **Teorie o rychlosti života** – Již v roce 1928 ji formuloval a představil Pearl (1997, s. 71–72, cit. u Jarošová, 2006, s. 13). Podle ní závisí délka lidského života na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. Tuto teorii podporoval i Sohal, který měřeními fyzické aktivity populace potvrdil, že lidé, kteří se hodně pohybují, mají kratší délku života než méně aktivní jedinci.

Sociální teorie

Sociální teorie se vztahují ke stárnutí a stáří a jsou ovlivňovány strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou. Postoj k seniorům je ovlivněn jejich počtem. Ve společnosti, v níž je vysoké procento seniorů, je vyšší riziko jejich devalvace a naopak – ve společnosti s jejich nízkým zastoupením se senioři těší vyššímu sociálnímu statutu (Jarošová, 2006, s. 15).

- **Teorie aktivity** – Vychází z názoru, že pokračování člověka ve vykonávání aktivit je významným základem a předpokladem k získání a udržování uspokojení, sebe-pojetí a zdraví ve stáří.
- **Teorie neangažovanosti** – Kalish (1978, s. 139–140) ji doporučuje cíleně v předchozím období, protože míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.
- **Teorie kontinuity a diskontinuity** – Její podstatou je názor, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější situace se situací, jak žil ve středních letech svého života. Platí zde pravidlo: čím více změn, tím je diskontinuita větší.

Jarošová (2006, s. 15) uzavírá přehled teorií stárnutí shrnutím, že stárnutí je děj multifaktoriální, sestávající ze základu genetického a z procesů zevních a vnitřních vlivů. Jarošová dále připomíná, že všechny teorie jsou v praxi neprověřené a nezohledňují všechny ovlivňující faktory (determinanty). Každá teorie se zaměřuje pouze na dílčí oblast.

1.1.4 Životní změny ve stáří

V organismu probíhá ve stáří řada změn. Venglářová (2007, s. 12) je popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální (tab. 1).

Tab. 1 Přehled změn ve stáří (podle Venglářové, 2007, s. 12)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
– změny vzhledu – úbytek svalové hmoty – změny termoregulace – změny činnosti smyslů – degenerativní změny smyslů – kardiopulmonální změny – změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování) – změny vylučování moči – změny sexuální aktivity	– zhoršení paměti – obtížnější osvojování nového – nedůvěřivost – snížená sebedůvěra – sugestibilita – emoční labilita – změny vnímání – zhoršení úsudku	– odchod do penze – změna životního stylu – stěhování – ztráty blízkých lidí – osamělost – finanční obtíže

Reakce stárnoucího člověka na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Podle Venglářové (2007, s. 15) se člověk „učí způsobům chování v určité době a na určitém místě“. Od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří. Jeho postoj může mít konstruktivní přístup, někteří si vytvoří závislost na okolí, ale může se stát i to, že vůči všemu a všem zaujme postoj nepřátelský.

Stárnoucí osobu je možné v obecném pojetí charakterizovat následovně:

- Projevuje se celkový úbytek sil a jednotlivých schopností jedince.
- Snižuje se výkonnost a zvyšuje se potřeba větší přípravy, podpory a koncentrace na provádění jednotlivých činností (začíná se to projevovat nejprve při provádění neobvyklých a náročných činností a postupně se to může vyskytovat u stále méně náročných situací).
- Zvyšuje se potřeba odpočinku, poskytování podpory a pomoci.
- Mění se žebříček životních hodnot a potřeb (častými projevy jsou vyšší potřeba lásky, jistoty, bezpečí, touha po upevnění citových vazeb aj.).
- Dochází ke změnám v psychickém stavu a v emočních projevech jedince.

1.1.5 Aspekty stárnutí

Jak již bylo zmíněno, vlastní průběh stárnutí a stáří je ovlivněn celou řadou okolností (tělesné změny, psychické a sociální vlivy). To rozhoduje o tom, jak u konkrétního jedince stárnutí fyzicky probíhá a jak se s ním dotyčný člověk vyrovnává. Podle toho se rozlišují sociální, biologické a psychologické aspekty stárnutí. Často se také uvádí spojení sociálních a psychologických aspektů jako aspekty psychosociální, což je vzhledem k těsné blízkosti a provázanosti logické. Současně je třeba připomenout další těsné spojení, a to mezi aspekty biologickými a psychickými. Vliv tělesných změn na psychiku je nesporný. Potvrzuje se tak známé úsloví, že všechno souvisí se vším.

Biologické aspekty stárnutí

Biologické aspekty stárnutí představují průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří.

Typické projevy a rysy biologického stárnutí – Typickými obecnými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž.

Jarošová (2006, s. 22–24) uvádí přehled typických biologických změn:

- Objevuje se celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (např. atrofovaná mozková tkáň je nahrazena pojivovou tkání), dále dochází k atrofii kůže, svalů, jater atd.).
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání – projevuje se to především v cévním systému a plicích.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz – vzniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí.
- Mění se distribuce tělesných tekutin – celkové množství vody v těle se nemění, ale snižuje se obsah tekutiny v buňkách, tj. intracelulární tekutiny, a mění se složení vody v organismu.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle – vápník proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.

- Změna v minerálovém hospodářství vede k nižšímu množství vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a vyšší riziko lomivosti kostí, snižuje se kvalita zubů.
- Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži – kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svrstělá, je snížený kožní turgor, vznikají stařecké skvrny na kůži.
- V důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků padají a šedivěji vlasy.
- Zpomaluje se růst nehtů, v důsledku zpomalených metabolických procesů mají nehty vyšší lomivost.
- Snižuje se činnost nervového systému – ke změnám dochází na centrálním i periferním nervovém systému, ukládá se stařecký lipofuscin, odpadový produkt při odbourávání buněk, tvoří se senilní plaky, mění se množství neurotransmiterů, snižuje se funkce senzitivních nervů, vzniká senilní porucha motoriky – zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problém udržet rovnováhu aj.
- Objevují se poruchy spánku – insomnie (subjektivně nedostatečná kvalita spánku, obtížné usínání, časté noční buzení, mělký spánek a časně probouzení).
- Projevují se metabolické změny – zhoršuje se vstup glukózy do buňky s poruchou glukózové tolerance, snižuje se bazální metabolismus, klesá maximální spotřeba kyslíku, snižuje se adaptabilita na změnu tělesné teploty.
- Vznikají změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, především ledvinami, vzniká izolovaná systolická hypertenze, klesá výkonnost levé srdeční komory, zanikají buňky převodního srdečního systému, degenerují srdeční chlopně, do chlopní se ukládá vápník, klesá srdeční výkonnost při zátěži.
- Nastávají změny v respiračním systému – snižuje se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu, což vede k infektům dýchacího ústrojí, zvětšují se alveolární prostory – stařecký emfyzém.
- Ve vylučovacím systému zanikají ledvinné glomeruly a následně se snižuje glomerulární filtrace, výrazně se snižuje očišťovací a maximální koncentrační schopnost ledvin, klesá elasticita uretry, snižuje se kapacita močového měchýře, zvyšuje se postmiktické reziduum (obsah moči v močovém měchýři po vymočení), často se vyskytuje močová inkontinence).
- V trávicím systému klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, klesá motilita trávicí trubice, vyprazdňování žaludku se zpomaluje. Klesá schopnost vstřebávání vitaminů a minerálů, atrofují buňky Langerhansových ostrůvků v pankreatu – vzniká diabetes mellitus. Snížená peristaltika vede k zácpě.
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Úbytek orbitálního tuku vede k zapadnutí očí, snižuje se akomodační schopnost oka a zhoršuje se vidění do blízka, zhoršuje se stav čočky, zvyšuje se výskyt glaukomu a katarakty – zeleného a šedého zákalu, celkové atrofické změny oka vedou ke snížení zrakové ostrosti, zhoršení vidění v šeru aj. Atrofické změny sluchové dráhy vedou ke stařecké nedoslýchavosti (presbyakuzii). Na zhoršení funkce smyslových orgánů mají vliv i další okolnosti: dlouhodobé nadměrné působení hluku, ateroskleróza, civilizační choroby aj. Pokud jsou smyslové poruchy řešitelné (operace očí a uší, kompenzační pomůcky – brýle, kontaktní oční čočky, naslouchadla atd.), mohou výrazně zlepšit prožívání seniora, přispět k jeho spokojenosti a vést k usnadnění komunikace.

Psychické aspekty stárnutí

Stáří je dále ovlivněno psychickými aspekty. Kromě situací patologického stárnutí není důvod, aby psychické aspekty významně negativně ovlivňovaly kvalitu života stárnoucího a starého jedince. Spíše se často poukazuje na souvislost mezi změnami tělesnými (biologickými) a psychickými. To znamená, že gradující tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými. V některých případech mohou tělesné změny vést i ke změnám intelektovým.

Obecně se ale předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani přes pokračující věk docházet v zásadním změnám. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna.

Typické změny v psychické oblasti a intelektových schopnostech – Jarošová (2006, s. 24–28) uvádí tyto psychické změny:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům.
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Někdy naopak citová oploštělost ve stáří, ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních (např. dříve laskavý člověk je najednou neochotný, nevstřícný, reaguje tak, jak nikdy v průběhu svého života nereagoval, nebo naopak; jeho postoj je překvapením pro blízké osoby).
- Zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů, většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmu seniora – buď ve všech oblastech života, nebo jen v některých (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti a být aktivní apod.).
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí - souvisejí se změnou životních hodnot a orientují se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality.
- Změna zájmů a potřeby jejich uspokojení – často klesá, ale někdy se naopak probouzí zájem o nové oblasti a činnosti (souvisí to s více okolnostmi).
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace.

Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí a stáří je také ovlivněno sociálními aspekty. Těch je celá řada. Pokud budeme na stáří nahlížet očima teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, musíme akceptovat, že nejdůležitějším úkolem každého jedince ve věku nad 60 let je potřeba

dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Podle Eriksona každý člověk v tomto věku řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity jsou nezbytné základní podmínky: pravdivost, smíření a kontinuita. Správné zpracování tématu integrity vede k tomu, že senior přijme globálně celý svůj život a akceptuje jeho smysl. Přijímá své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Akceptuje sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se, odpouští si. To mu dává prostor svobodně a důstojně dožít. Jinak nemůže dosáhnout integrity.

Nezpracování nebo nezvládnutí tohoto tématu vede k postupně se rozvíjejícím psychickým změnám a změnám rysů osobnosti. V konfliktu podle Eriksona zvítězilo zoufalství. Realita se stává neúnosnou a tak změna psychických funkcí a projevů v chování pomáhá přežít období stáří, ale neumožňuje jeho důstojné prožití.

Sociální aspekty, ovlivňující stáří jsou všeobecně velmi známé a citované v literatuře i dalších informačních zdrojích.

Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty:

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakékoliv jiné než pracovní aktivity.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace výší penze atd.
- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.
- Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.
- Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.
- Vliv ageismu.
- Stěhování.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty – Podle Jarošové (2006, s. 31) jsou nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty tyto:

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasných výpomocí atd.) a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.

1.2 Gerontologie a další obory

Oblastí a problematikou seniorského věku se zabývají obory gerontologie, která se člení na gerontologii experimentální, sociální a klinickou, a geriatrie. Další obory vztažené k problematice seniorů jsou gerontopsychologie a gerontopedagogika.

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Weber (2000, s. 11) ji charakterizuje jako „novou gerontologii“, jejímž cílem není jen zabývat se degenerativními onemocněními ve stáří, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince. Weber dále poukazuje na fakt, že mezi procesy normálního stárnutí a chorobnými pochody jsou významné rozdíly. Jsou zjišťována rizika, která vznikají jako důsledek fyziologických pochodů ve stáří (např. krevní tlak, obezita, glykemie aj.). Řada studií kombinuje poznatky z mnoha oborů – fyziologie, epidemiologie, sociologie, porovnává je s behaviorálními aspekty a pátrá po možnostech, jak udržet a zlepšovat fyziologické a mentální funkce. Nová gerontologie usiluje o prodloužení doby aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život.

Haškovcová (2006, s. 9) popisuje jednotlivé obory:

Gerontologie experimentální se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.

Gerontologie sociální se zabývá problematikou sociálních dopadů stárnutí a stáří člověka. Zkoumá sociální a společenské vlivy, které ovlivňují proces stárnutí. Dále zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. Rozvíjí svou činnost zaměřenou na prevenci a podílí se na tvorbě programů zdravého stárnutí a udržování praktické soběstačnosti.

Gerontologie klinická se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí. Zakladatelem geriatrie byl Leo Ignaz Naser, žijící v letech 1864–1964. V České republice je geriatrie samostatným klinickým oborem od roku 1982.

Geriatric je samostatný klinický medicínský obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří (Weber, 2000, s. 12). Vzhledem ke stárnutí populace dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. To znamená, že senioři se vyskytují ve stále větším zastoupení téměř ve všech lékařských oborech. Tento jev vyžaduje od všech lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků dostatek znalostí, a tedy odpovídající vzdělání v oboru geriatrie. Weber zdůrazňuje, že geriatrie ve svém interdisciplinárním pojetí nenahrazuje činnost ostatních klinických lékařských oborů, ale doplňuje je uplatňováním specifického geriatrického režimu, jehož konečným cílem je posilování nezávislosti a zlepšení soběstačnosti starších nemocných.

Gerontopsychologie se zabývá psychickými změnami ve stáří.

Gerontopedagogika je disciplína zabezpečující podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb; v užším slova smyslu se zabývá výchovou ve stáří a ke stáří.

1.3 Postoje, adaptace a reakce na stáří

*Člověk má vědět, co bude dělat,
až nebude moci dělat to, co dělá dosud.*
Niall Ferguson

Období stárnutí a stáří může být velmi pozitivním a plnohodnotným úsekem života, kdy jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit uvolněný prostor k různým činnostem a projevuje dostatek flexibility (přizpůsobivosti). Nebrání se změně životního stylu, kterou si jeho věk, funkční schopnosti a zdravotní stav vyžadují, a akceptuje tuto novou situaci. Přijímá ji s klidem a vyrovnaností.

Ne každý z nás ale má v sobě schopnost a sílu přijmout a akceptovat přibývajících léta se všemi neduhy a omezeními, které nám stárnutí a stáří může přinášet. Postoj ke stáří a jeho prožívání je individuálně velmi odlišné; závisí na mnoha okolnostech, jak se s ním každý stárnoucí člověk vyrovná. Situaci výstižně vyjadřuje citát, který říká: „Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“ (Jonathan Swift)

V praxi tedy vidíme, že vztah jednotlivců a zaujímání jejich postojů ke svému stárnutí i stáří mohou být hodně rozmanité a pestré. Setkáváme se s mnoha odlišnými způsoby a projevy v chování, přístupu a životním stylu, které hodně vypovídají o tom, jak se konkrétní osoba vyrovnává či nevyrovnává se svým přibývajícím věkem. Nejedná se ale o novou oblast, na kterou je soustředěna pozornost. Jak uvádí Pokorná (2006, s. 75), problematikou hledání optimálního postoje ke stáří se zabývá lidstvo již dlouho. Římský řečník Marcus Tullius Cicero sepsal Obranu stáří a postavil ji na názoru, že stáří je stav, jemuž je nutné vzdorovat, a to aktivním bojem s ním. Uváděl čtyři důvody, proč se nám stáří zdá být nešťastným:

- odvádí nás od veřejné činnosti;
- poněkud oslabuje tělo;
- odnímá nám všechny tělesné radosti a rozkoše;
- stáří již není daleko od smrti.

Poměrně častým jevem je skutečnost, že jednotlivci zaujímají postoj ke stáří podle toho, jak se kdo uměl (a byl schopen) v průběhu svého života vyrovnávat s náročnými situacemi, kterými musel projít, zvládnout je a vypořádat se s nimi. Přesto je postoj každého jednotlivce ovlivněn celou řadou okolností, tedy determinant. Mezi determinanty patří například:

- prostředí, ve kterém jedinec žije, a obecný postoj komunity a společnosti ke stáří;
- typ osobnosti, její celoživotní prožitky a předchozí zkušenosti;
- pozice jedince v rodině, citové a sociální zázemí atd.;
- výchova, vzdělání, kulturní a společenské vlivy;
- zdravotní stav jedince;
- míra emoční inteligence jedince;
- celková situace jedince s ohledem na možnosti způsobu jeho života, ekonomické možnosti apod.;
- vrozené dispozice (Venglářová, 2007, s. 15) a schopnost jedince vyrovnávat se s náročnými situacemi (tj. flexibilita, odolnost vůči zátěžovým situacím aj.).

Je nutné si uvědomit, že nelze předem zcela spolehlivě odhadnout, jaký postoj bude konkrétní osoba zaujímat a jak se bude adaptovat na problémy a celkovou situaci vyplývající ze stáří.

Kromě toho, že je postoj jedince ke stáří ovlivněn uvedenými a jinými možnými faktory, také velmi úzce souvisí se schopností adaptace dotyčné osoby.

Reakce na stáří

Podle společných znaků byly reakce na stáří typologicky rozděleny do následujících pěti oblastí (Haškovcová, 1990, s. 114–116):

- **Konstruktivní přístup** – Jde o ideální postoj, kdy je jedinec soběstačný, akceptuje své stárnutí a všechny jeho projevy. Soustředí se na udržování své tělesné kondice a podporování soběstačnosti. Disponuje vlastnostmi jako optimismus, vstřícnost, smysl pro humor, radost ze života, přizpůsobivost, tolerance aj. Udržuje také dobré vztahy s okolím (s rodinou, přáteli aj.) a ovládá způsoby jak si udržovat svoji duševní rovnováhu.
- **Strategie závislosti** – Tento postoj znamená vždy vynucování pomoci a péče na okolí. Je hodně rozšířený. Jedinec využívá své zdravotní a jiné obtíže k manipulaci se svým okolím, nejčastěji s příbuznými. Většinou se nejedná o cílevědomé ambiciózní osoby, které by se nemohly vyrovnat s odchodem do penze. Lidé s postojem strategie závislosti preferují spíše pohodlný způsob života a spoléhají na materiální zabezpečení, poskytnutí pomoci a citového zázemí, nejlépe rodinou nebo formou institucionální péče. Aby dosáhli svých cílů a byly splněny jejich představy o péči a pomoci okolí, neváhají používat manipulační praktiky a formy citového vydírání.
- **Obranná strategie** – Obrannou strategii používají osoby, které popírají své přibližující se stáří a nechtějí akceptovat svůj věk se vším všudy. Brání se tím, že oddalují svůj odchod do penze a snaží se za každou cenu udržet svou soběstačnost a pracovní i společenské postavení. Do této kategorie patří lidé, kteří v průběhu svého života hodně pracovali, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Často pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Jde o specifický způsob, jinou formu popírání reality, oddalování řešení nové situace, která z této životní etapy vyplývá.
- **Strategie nepřátelství** – Tato forma strategie je velmi náročná a zatěžující pro obě zúčastněné strany – seniora samotného a osoby v jeho okolí (příbuzné, sousedy, pečující). Strategie nepřátelství jednoznačně vyjadřuje nepřijetí nepříznivé situace seniora. Volí ji lidé, kteří přes veškerou svou snahu a vydané úsilí neměli příliš úspěšný život. Jsou plní pocitů křivdy, zloby, nenávisti, vzteku, zklamání a dalších negativních emocí. V takovém emočním rozpoložení je nad rámec jejich sil a ochoty přijmout stáří se všemi změnami, problémy a omezeními, které jim věk přináší. Nespokojenost nejen se svým věkem, ale i se svou celoživotní situací chtějí prožívat spíše v ústraní – o samotě. Pod maskou jejich nepřátelství, obviňování a pocitů křivdy je zraněná duše, velká lítost a silná emoční bolest.
- **Strategie sebenenávisti** – Jedná se o velmi závažný postoj svědčící o silně negativním vztahu seniora k sobě samému, vyhroceném až do pocitu sebenenávisti. Jedinec se zlobí sám na sebe, protože nebyl v život příliš úspěšný a není schopen si to odpustit.

Chování seniora nemusí zcela stoprocentně odpovídat jedinému typu strategie v reakcích na stáří, ale může podle okolností projevovat i jiné postoje. Závísí to na typu osobnosti každého člověka. Haškovcová (1990, s. 116) zdůrazňuje, že o volbě strategie nerozhoduje jen předchozí životní zkušenost, ale také samotná povaha člověka. Proto o stáří, jeho přijetí a kvalitě života rozhoduje z velké míry především člověk sám. Podle toho pak na prahu stáří stojí buď zralá osobnost, nebo „třtina větrem se klátící“. Předchozí etapy života byly prostorem, možností, šancí se onou zralou osobností stát.

1.4 Stárnutí populace, demografický vývoj

Žijeme ve společnosti, která stárne. V tom nemá Česká republika výjimečné postavení; jde o celosvětový trend. O Evropě se hovoří jako o šedivějícím kontinentu.

Mezi státy a oblastmi s největším počtem seniorů do roku 2020 patří (Weber, 2006, předn. Gerontologie):

- Japonsko – 31 %;
- Řecko a Švýcarsko – přes 28 %;
- severní Amerika – 23 %;
- východní Asie – 17 %;
- Latinská Amerika – 12 %;
- jižní Asie – 10 %.

Tato nová situace má několik obecně známých příčin:

- klesající porodnost;
- snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče;
- pokles kojenecké úmrtnosti;
- prodlužování střední délky života;
- snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv;
- pokrok v medicíně a větší záchrana lidských životů.

Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Tato situace, byť je pozitivní pro osoby, které prožívají delší život než předchozí generace, s sebou nese pro společnost potřebu se touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento starých osob se brzy ještě podstatně zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období. Současně je nutno počítat s dalším faktorem, tj. s pozvolným prodlužováním střední délky života. Poměr pracujících a penzistů se oproti dřívější době výrazně změní.

Podle projekce demografického vývoje zpracovaného Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3 %, to jsou asi tři miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6 % obyvatel České republiky. Největší nárůst seniorů bude v kategorii těch nejstarších (dlouhověkových). Demografické prognózy zpracované pro Česko odhadují, že v roce

2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Pro srovnání – v roce 2007 žilo v Česku v této věkové kategorii 124 937 osob.

Po 90. letech porodnost v ČR poklesla, ale v posledních letech pomalu stoupá a dokonce se předpokládá ještě její nárůst, ale i tak je porodnost v Česku nyní zařazena mezi nejnižší na světě. Za nezbytnou úroveň porodnosti k přirozené obnově populace je považována porodnost 2,1. V České republice činila v roce 2007 úhrnně 1,44. (Příprava, 2008, s. 1)

Topinková (2005, s. 4) poukazuje na prodlužování střední délky života – v České republice činila při narození v roce 2002 u žen 78,7 roku a u mužů 72,1 roku (tab. 2).

Tab. 2 Střední délka života v České republice

Střední délka života (v letech)	při narození	v 65 letech	v 80 letech
ženy	78,7	17,1	7,5
muži	72,1	13,7	6,0

Demografické stárnutí populace z historického pohledu a současně i prognózu představuje Topinková v tabulce 3.

Tab. 3 Demografické stárnutí populace v České republice v historickém vývoji a prognóze (Topinková, 2005, s. 4)

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
index stáří	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

Poznámka: Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0–14 let.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytváří politiku přípravy na stárnutí a vychází také ze zlepšujícího se zdraví populace jako potenciálu pro sociální a ekonomický rozvoj. V současné době je realizován Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012, schválený vládou dne 9. 1. 2008, který navazuje na předchozí Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007. Dále byly vydány dokumenty a doporučení OSN a mezinárodních organizací – např. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid, 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991). Podrobněji v následující kapitole.

V březnu 2006 zřídila vláda ČR Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která vykonává funkci poradního a iniciativního orgánu. Prioritami instituce Rady vlády jsou: podpora podnikání všech osob, podpora tvorby strategií zaměstnavatelů vůči starším zaměstnancům a zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích (proti násilí a zneužívání), zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří (vytvoření vhodných informačních a komunikačních nástrojů k tomuto účelu) a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskový-

mi organizacemi a sociálními partnery. Rada vlády pro seniory a stárnutí populace se zaměřuje také na zabránění ageistickým stereotypům ve společnosti. Klade si za úkol poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti, dále je rozvíjet a podporovat. (Příprava, 2008, s. 2)

2 Péče o seniory v České republice – současná situace a možnosti

Již od mládí je třeba mít před očima stáří.

Gaius Lucilius

2.1 Malá retrospektiva

Při letmém poohlédnutí v časové linii zpět vidíme, že se situace v oblasti poskytování sociálních služeb v posledních letech výrazně změnila k lepšímu, což je velmi pozitivní fakt. Ještě v nedávné minulosti bylo vše jinak. Předchozí model poskytování sociální služby a pomoci stál na zcela odlišných základech. Lidé s postižením v jakémkoliv věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech – převážně sociálních, ale i zdravotnických, a existence skupiny těchto osob se tabuizovala. Společnost před nimi zavírala oči a snažila se udržet zdání, že mezi námi žijí jen zdraví, silní, výkonní a schopní jedinci. Tvářila se, že když jsou staří a nemocní izolováni, tak je vše v pořádku. Vždyť je přece o ně dobře postaráno! To ale znamenalo direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity, cítí a vnímá, jak je o ni postaráno.

Předchozí umísťování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, bylo obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často se tak řešil i problém deficitu v bydlení, a tak do domovů důchodců odcházeli i lidé soběstační a schopní dalšího bezproblémového samostatného života. Poskytovanou péčí (bez ohledu na kvalitu) financoval stát. Nebyla možnost výběru a volby. Pokud se o skutečně nesoběstačného seniora nemohla postarat rodina, zbývala jediná možnost – ústavní péče. Do doby, než bylo možné seniora umístit, se často situace řešila opakovanými dlouhodobými pobyty v nemocnici na oddělení LDN. Nesoběstační senioři pobývali zbytečně, neindikovaně ve zdravotnickém zařízení mezi mnoha obdobnými případy svých vrstevníků. Příbuzní je sporadicky navštěvovali, odnášeli si důchod svého člena rodiny a stát platil veškeré náklady na zdravotní péči. Zdravotní sestry v léčebnách dlouhodobě nemocných trpěly profesionální deformací a syndromem vyhoření. Senior většinou neměl možnost vyjádřit se k poskytované zdravotní nebo sociální péči a fungovalo rozhodování o něm bez něj. Příbuzní umístili seniora bez jeho souhlasu do ústavní péče, kde se musel podřítit zavedenému režimu a chodu zařízení. Řada pracovníků zde jistě o seniory svědomitě pečovala, ale lidský přístup byl otázkou individuálního postoje každého pracovníka.

Poslední léta svého života tito senioři trávili většinou ve vícelůžkových pokojích, aby jich v zařízení mohlo být umístěno co nejvíce. Vzdálené společné sociální zařízení na patře, bez sociálního zázemí na pokoji neumožňovalo většině imobilních je navštěvovat, a tak se při vyprazdňování na lůžku stávali zbytečně brzy inkontinentními.

Provoz sociálních ústavů opět dotoval stát, a tak si příbuzní i nadále přicházeli pro důchod svých blízkých. Vysoký počet návštěv brzy po dnu výplaty důchodu byl zcela obvyklý. Klient byl pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor

k tomu, aby mohl pokračovat ve svém předchozím navykklém způsobu života. Jeho návyky většinou nebyly zohledněny, nikdo se o ně nezajímal a musel se plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení. Pasivita, ponížení, zklamání, pocity křivdy a lítosti doprovázely mnoho seniorů v domovech důchodců po zbývajících dnech jejich života. Seniorům s demencí a nekomunikujícím jedincům nikdo nerozuměl. Nikdo ani netušil, že existují možnosti a způsoby, jak jim porozumět a přiblížit se jim. Běžně se používala restriktivní opatření, aniž by o tom byly vedeny záznamy a byl takový úkon povolen kompetentní osobou. Záleželo na rozhodnutí pracovníka v přímé péči, zda restrikci použije, jaký způsob zvolí a jak dlouho ponechá klienta s použitým omezením.

O seniory pečovaly zdravotní sestry (tehdejší název) a sanitářky. Poskytovaná ošetrovatelská péče dlouho nebyla realizována podle zásad ošetrovatelského procesu. Odlišnění v poskytované péči bylo v sociálních ústavech stejně jako ve zdravotnictví na denním pořádku. Práva seniorů byla často porušována.

Výběr ústavu, do něhož měl být senior umístěn, nepřicházel v úvahu. Dodržovala se spádová příslušnost v rámci regionu, a tak senior musel chtít nechtít nastoupit i tam, kde ústav neměl dobrou pověst.

Je jasné, že tento nefunkční model, stojící na vratkých základech, nemohl trvat věčně, a tak díky změnám, které nastaly po roce 1989, pronikl tolik potřebný pokrok a vývoj i do oblasti sociálních služeb. Pro seniory a všechny osoby s jakýmkoliv postižením skončila jedna náročná životní etapa a otevřela se před nimi šance na změnu k lepšímu prožívání jejich pobytu v zařízení.

2.2 Současná situace v poskytování sociálních služeb

Situace v České republice se částečně změnila po roce 1989, ale výraznější proměny doznala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách). Současným trendem je převzetí ověřeného funkčního modelu ze zahraničí, zejména z dalších členských zemí Evropské unie. Nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, protože nastolil nová pravidla a vytýčil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob s různým postižením. Druhým důležitým aspektem sociálního zákona je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti.

Celkově lze situaci charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se MPSV připravovalo již před vstupem sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů (např. dokument „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ či dokument „Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012“, konzultační dokument „Bílá kniha v sociálních službách“ aj.).

Transformace se týká celé sociální oblasti. Odpovědnost za sociální služby přešla z téměř výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Každý z uvedených účastníků má své povinnosti a svůj díl odpovědnosti.

Podle Bílé knihy v sociálních službách (2003, s. 17–18) jsou pro všechny uvedené kategorie definovány úkoly:

- **Jednotlivci** – Starají se o sebe, své příbuzné a mají za sebe a svou rodinu odpovědnost. Udrží dobré sousedské vztahy a angažují se v oblasti práce ve svépomocných skupinách, pracují jako dobrovolníci, mohou dostávat příspěvky na náklady některých služeb.
- **Obce/komunity** – Posuzují potřeby jednotlivců a komunity a podle analýzy vytvářejí komunitní plány tak, aby uspokojovaly potřeby komunity i jednotlivců. Organizují poskytování služeb a podporují rozvoj nových typů služeb, podílejí se na zlepšení občanské vybavenosti ve svém regionu, podporují dialog, spolupráci a výměnu informací v rámci komunity.
- **Kraje** – Posuzují potřeby svého regionu a podle zhodnocení a získaných závěrů připravují plány rozvoje a komunitní plány. Podporují rozvoj nových služeb a občanskou vybavenost v kraji, spolupracují s obcemi a s příslušnými ministerstvy.
- **Občanská společnost** – Občanská společnost je tvořena nestátními neziskovými organizacemi a dobrovolníky. Poskytuje služby a rozvíjí nové typy služeb, podporuje dobrovolnickou činnost a práci svépomocných skupin, hájí zájmy uživatelů služeb a vytváří jednotlivcům příležitost k přispění společnosti.
- **Stát** – Spolupracuje se samosprávou a nestátními neziskovými organizacemi. Podle zjištěných poznatků prosazuje státní politiku a priority. Určuje národní standardy pro poskytování sociálních služeb, vytváří systém inspekce ke kontrole kvality poskytovaných služeb, podporuje vývoj a inovaci v poskytovaných službách, vytváří právní rámec pro poskytování služeb, shromažďuje výroční zprávy z krajů a obcí a jejich výsledky využívá pro další rozvoj společnosti a prosazování priorit. Rozhoduje o nakládání se zdroji na rozvoj a poskytování sociálních služeb.

Poslání sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabyt své místo v komunitě, největšinové společnosti, ve svém přirozeném společenství. Z tohoto pohledu se sociální služby týkají každého. Ke splnění jejich poslání je formulováno sedm vůdčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb (Bílá, 2003, s. 6):

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost;
- začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení;
- respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem;
- partnerství – pracovat společně, ne odděleně;
- kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem;
- rovnost bez diskriminace;
- standardy národní, rozhodování v místě.

Významnou změnou je již zmíněné komunitní plánování sociálních služeb (dále jen KPSS). Rozšiřuje se ve většině obcí a krajů. Podle Horeckého (2008, s. 26) spočívá v tom, že každá obec/kraj má zmapovanou situaci v oblasti sociálních potřeb – potřeby uživatelů a jejich hodnocení poskytovaných služeb, zná celkovou charakteristiku svého regionu a na jejím základě vytváří plán. Podstatou plánování je komunikace mezi zadavateli, poskytovateli a uživateli sociálních služeb – tím je vytvořena tak zvaná

triáda. Komunitní plánování sociálních služeb umožňuje zpracovávat různé materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce i kraje a zřetelně posiluje demokratické principy. Pro tuto metodu je charakteristické kladení důrazu na:

- zapojování všech, kterých se zpracovávaná oblast týká;
- dialog a vyjednávání;
- dosažení výsledku, který je přijat a podporován většinou účastníků.

Další zásadní odlišností je změna ve financování poskytovaných sociálních služeb. Základ tvoří příspěvek na péči, který je nesoběstačným osobám přiznán v rozsahu čtyř stupňů závislosti a slouží k pokrytí nákladů spojených s poskytovanou sociální službou. Rozšířilo se také spektrum poskytovatelů sociálních služeb. Zejména v terénních a ambulantních službách významně participují nestátní neziskové organizace.

Každá osoba v tísní má právo na bezplatné základní sociální poradenství, při němž je jí doporučena vhodná kombinace několika druhů sociálních služeb nebo jenom jeden nejvhodnější či dvě služby ambulantní a terénní. Možnost využívání kombinace služeb dává velký prostor k dalšímu setrvání ve vlastním sociálním prostředí. Tím je naplněn záměr a prakticky uskutečněna deinstitucionalizace.

2.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb seniorům

Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je důležitá zmíněná deinstitucionalizace. V tomto pojetí znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. (Koncepce, s. 3–4) K dosažení tohoto cíle je na základě sociálního zákona rozvinuta široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. Jde o poměrně zásadní změnu, která se menším či větším dílem dotkla řady osob v nepříznivé sociální situaci. Na pomoc osobám s jednotlivými druhy problémů jsou zmíněným zákonem definovány konkrétní druhy sociálních služeb. Seniori mají možnost využít příspěvek na péči k využití kombinace několika druhů sociálních služeb a setrvat i nadále ve svém přirozeném prostředí a současně udržovat nebo zlepšovat svoji soběstačnost.

Provedený empirický výzkum potvrdil, že většina občanů se chce o své rodiče ve stáří a případné nesoběstačnosti postarat, a v případě nemožnosti zajistit péči sami očekávají pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení. Varianty využití ambulantních a terénních služeb zatím respondenti příliš nepředpokládají. (Vidovičová, Rabušic, 2003, s. 24) Otázkou také zůstává, jaké bude mít rodina konkrétní možnosti poskytovat pomoc seniorovi v jeho případné nesoběstačnosti s ohledem na vlastní situaci (zaměstnání, finanční okolnosti, dostupnost vzhledem k odlišnému bydlišti atd.). Malý zájem o využití ambulantních a terénních služeb může souviset s tím, že tyto druhy sociální služby ještě nepatří k zažitým způsobům řešení problémů, ale je patrné, že jejich využití bude narůstat.

Více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi; zřizovatelem již není stát. Pobytové služby také poskytují nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, církve). Poskytované sociální služby

v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu.

Personální zajištění v českých pobytových sociálních zařízeních vychází přibližně v poměru 1 : 1,6 v počtu pracovníků na uživatele, přičemž do personálního obsazení jsou započítáni všichni pracovníci v zařízení včetně těch, kteří se na poskytování přímé péče klientům nepodílejí (administrativní pracovníci, pracovníci údržby, autodopravy, úklidu aj.). (Koncepce, s. 9) Jeden pracovník v přímé péči pečuje přibližně o 3 až 15 klientů. Tento počet je velmi vysoký a neodpovídá srovnání s jinými zeměmi. V žádném případě neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede především k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci.

Všechny sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Registraci je možné získat jenom při dodržení stanovených zákonných podmínek; jde o způsob garance kvality poskytovaných služeb. Kvalita poskytovaných sociálních služeb je dále zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb, které svými kritérii přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům.

Sociálním zákonem jsou přesně definovány pracovní pozice pracovníků, kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese a povinnost celoživotního vzdělávání účastí na akreditovaných vzdělávacích akcích. V pobytových zařízeních pracuje omezený počet všeobecných sester, které kromě své odborné ošetrovatelské péče, poskytované klientům podle ošetrovatelského procesu, vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci. V rámci celoživotního vzdělávání se pracovníci seznamují s dalšími metodami a způsoby práce s klienty s demencí a jinými poruchami kognitivních funkcí. Učí se pracovat s intuitivními technikami, aby dokázali porozumět potřebám a pocitům nekomunikujících klientů a seznamují se se specifickými komunikačními metodami.

Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient se stává aktivním spoluvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků. Již není jen pasivním příjemcem prováděných činností. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře nebo udržování jeho soběstačnosti. Cílem poskytovaných služeb již není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Podporována je vlastní aktivita klienta. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny.

Rozdělení pobytových zařízení pro dospělé osoby a pro seniory umožňuje poskytovat sociální službu osobám s různými druhy závislostí, syndromem demence apod. ve specifických podmínkách domova se zvláštním režimem. Tento typ pobytového zařízení má pro své klienty upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené systematické aktivizace.

Péče o seniory a přístup ke stárnutí a stáří musí směřovat k dodržení vytčeného programu přípravy na stárnutí, zpracovaného MPSV. Dokument Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012 stanovuje přístup ke starším osobám a stárnutí populace z následujících principů: