

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

JITKA TRČKOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



PODPORA KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ

Jitka Trčková

Vedoucí práce:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

rok 2016

Prague college of psychosocial studies



SUPPORT FOR QUALITY OF SENIOR'S LIFE

Jitka Trčková

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2016

Anotace

Hlavním tématem práce je seznámit s problematikou stárnutí a stáří, která je v současnosti velmi aktuální. Je třeba věnovat pozornost potřebám seniorů, jejich efektivnímu naplnění a tím významně podpořit kvalitu jejich života. Je nezbytné se zaměřit na obtíže zdravotního - fyzického a psychického charakteru u populace vyššího věku a všimnout si sociálních potíží a komplikací s tím spojených. Situace vyžaduje efektivně zvážit možnosti pomoci, podpory, péče a léčby. K tomu účelu se zakládají multidisciplinární týmy složené z erudovaných odborníků řady profesí. Práce na případových studiích ukazuje přístup seniorů k životu, jejich vlastní angažovanost při tvorbě smysluplného žití, případně schopnost čerpat podporu nabízenou státem a společností. Vždy je žádoucí zohlednit reálné možnosti využití zachovalých tělesných a duševních dovedností a podporovat u seniorů soběstačnost a samostatnost. Práce zvažuje co nejúčinnější podporu kvality života seniorů.

Klíčová slova

senior, podpora, autonomie, kvalita, stárnutí-stáří, smysl života

Abstract

The main topic of this paper is to get familiar with the problem of aging and old age, which is currently topical. It is necessary to pay attention to the needs of seniors, their effective fulfillment and thereby greatly enhance the quality of their lives. It is essential to focus on the problems of health - physical and psychological nature of the population in advanced age and advert to social difficulties and complications associated with it. The situation requires effective considering the options for assistance, support, care, and treatment. For this purpose, multidisciplinary teams comprised of knowledgeable experts, a number of professions are being established. This paper shows on case studies, how older people access their life, their own involvement in creating a meaningful life, or the ability to draw on the support offered by the state and society. It is always desirable to heed real possibilities of surviving physical and mental skills and promote seniors' self-sufficiency and independence. This study contemplates the most effective support of lives of elderly.

Keywords

Senior, support, autonomy, quality, age-aging, the meaning of life

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce: „*PODORA KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ*” je původní a vypracovala jsem ji samostatně na základě zkušeností, uvedené literatury a pod vedením své vedoucí diplomové práce. Současně souhlasím s využitím práce nebo její části v publikacích školy a jejich akademických pracovníků nebo ve výzkumu školy s odkazem na zdroj informace v souladu s aktuálním zněním zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským.

.....

Jitka Trčková

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat paní MUDr. Olze Dostálové, CSc., za odborné vedení, věcné rady a připomínky při zpracování diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	11
1 Vymezení pojmů	13
1.1 Stárnutí-stáří, senior, geriatric, gerontologie, kvalita života, smysl života	13
1.2 Zdraví, nemoc, smrt, polymorbidita, degenerativní proces, nemoci interní, nemoci omezující pohyb	14
1.3 Potřeba, sociální práce, sociální prostředí, bezpečí, sociální izolace, komunikace	16
2 Charakteristika seniorského věku	17
3 Zdravotní omezení ve stáří	20
3.1 Fyzické obtíže a jejich léčba	20
3.1.1 Kardiovaskulární nemoci	21
3.1.2 Cévní mozková příhoda	21
3.1.3 Diabetes mellitus	22
3.1.4 Respirační choroby	23
3.1.5 Onkologická onemocnění	23
3.1.6 Poškození kloubů, kostí a pojivové tkáně	24
3.1.7 Smyslová onemocnění	25
3.1.8 Výživa seniorů	26
3.2 Psychické obtíže a jejich léčba	26
3.2.1 Demence	27
3.2.2 Deprese	28
3.2.3 Delirium	29
3.2.4 Úzkostné poruchy	29
4 Sociální komplikace	30
4.1 Zákonné nároky na sociální pomoc a podporu	30

4.2 Sociální služby pro seniory	31
4.2.1 Terénní sociální služby.....	32
4.2.2 Ambulantní sociální služby	33
4.2.3 Pobytové sociální služby	33
4.2.4 Ochrana práv seniorů.....	35
4.3 Základní nástroje sociální pomoci.....	36
4.3.1 Poradenství	37
4.3.2 Sociální prevence.....	37
4.3.3 Sociálně-právní ochrana	37
4.3.4 Sociální služby.....	37
4.3.5 Dávky sociální pomoci	38
4.4 Změna a ztráta rolí.....	38
5 Potřeby seniorů.....	40
5.1 Potřeby seniorů starších 80 let.....	40
5.1.1 Bezpečí fyzické	40
5.1.2 Bezpečí sociální.....	41
5.1.3 Bezpečí psychické	41
5.2 Zásady správné komunikace se seniory	44
6 Praktická část, případové studie	47
6.1 První případová studie.....	47
6.1.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání	47
6.1.2 Mládí, dospělost	47
6.1.3 Odchod do důchodu.....	48
6.1.4 Komplikace zdravotního stavu	48
6.1.5 Sociální služby v sociálním zařízení	49
6.1.6 Současný zdravotní stav	51

6.2 Druhá případová studie.....	51
6.2.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání	51
6.2.2 Mládí, dospělost	52
6.2.3 Odchod do důchodu.....	52
6.2.4 Komplikace zdravotního stavu	53
6.2.5 Sociální služby v sociálním zařízení	53
6.2.6 Současný zdravotní stav	55
6.3 Třetí případová studie.....	56
6.3.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání	56
6.3.2 Mládí, dospělost	56
6.3.3 Odchod do důchodu.....	57
6.3.4 Zdravotní komplikace.....	57
6.3.5 Sociální služby v sociálním zařízení	58
6.3.6 Současný zdravotní stav	59
6.4 Čtvrtá případová studie.....	60
6.4.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání	60
6.4.2 Mládí, dospělost	61
6.4.3 Odchod do důchodu.....	61
6.4.4 Zdravotní komplikace.....	62
6.4.5 Současný zdravotní stav	63
7 Podpora kvality života seniorů.....	64
7.1 Aktivní přístup seniorů	64
7.2 Podpora rodiny	66
7.3 Podpora zdravotní péče	67
7.4 Sociální podpora.....	68
7.5 Autonomie	71

7.5.1 Autonomie očima seniorů.....	71
7.5.2 Autonomie seniorů pohledem jiné osoby	72
7.6 Etika v přístupu ke člověku	73
ZÁVĚR.....	75
Seznam použité literatury a další zdroje	77
Seznam příloh.....	80

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma podpora kvality života seniorů, neboť mě tato oblast zajímá a měla jsem příležitost získat i osobní pracovní zkušenost. Téma jsem se rozhodla zpracovat z pohledu problematiky zdravotní, sociální, rodinné a celospolečenské. V jednotlivých oddílech teoretické části uvedu nejfrekventovanější terminologii, vymezím a popíšu, o jakou životní etapu se jedná, čím je charakteristická. Zmíním mnohá zdravotní omezení typická pro toto období. Jedná se o obtíže fyzického rázu, především nemoci interní, ortopedicko-traumatické, neurologické a různé polymorbidity. Uvedu v přehledu možnosti léčby. Dalšími typickými potížemi jsou nemoci psychické, mentální a kognitivní změny.

Velkou a závažnou kapitolou jsou komplikace sociální, které celou problematiku mohou značně prohlubovat. V další části popíšu možnosti využití státní sociální podpory, její jednotlivé složky, které jsou zaměřené na řešení široké škály potřeb osob v této životní etapě. Následovat bude přehled některých aktivit, které jsou dostupné jak pro seniory žijící v domácím prostředí, tak pro osoby využívající pobytové služby v některé z forem sociálních zařízení. Již podle výše uvedeného je naprosto zřejmé, že se jedná o situace, do kterých vstupuje celá řada erudovaných odborníků různých profesí se svými teoretickými znalostmi, nejnovějšími poznatky, praktickými dovednostmi a zkušenostmi. Dobrá a kvalitní péče o osoby seniorského věku vyžaduje těsnou spolupráci multidisciplinárních týmů vytvořených z profesionálů v oborech sociální práce, psychologie, zdravotnictví a pedagogiky.

V praktické části chci na případových studiích demonstrovat, že lze i tuto fázi života prožít smysluplně, navzdory mnoha omezením a složitostem, které vysoký věk může přinášet. Je možné využívat celou řadu podpůrných programů, které se zaměřují na prevenci izolace, udržování stálých a navazování nových sociálních kontaktů, sousedských a přátelských vztahů. Těžit z funkčních interakcí v rodinném systému, propojovat jednotlivé generace, vzájemně se obohacovat společně stráveným časem s mnoha zážitky osobními i společenskými, využívat nabídky kulturního vyžití. Je vhodné hledat možnosti, jak co nejefektivněji realizovat přiměřeně bohatý program. Zároveň však plně respektovat potřeby a přání všech zúčastněných. V diskuzi o podpoře kvality života seniorů zmíním přínosné faktory i zápory a nedostatky, vztahující se k vybrané cílové skupině, senioři ve věku 80+, z jejich pohledu a zkušeností, které oni sami získali. Kdo a/či co jim pomohlo, aby jejich závěrečná etapa života mohla probíhat důstojně, v dobré kvalitě, v dobré péči, při vědomí má

o mne stále někdo zájem, jsem i v tomto věku pro mnohé potřebná/ý, důležitá/ý. Jak jsou společnosti přijímáni, akceptováni.

Jaké služby využívají, které jim pomáhají překonat či zmírňovat jejich časté obtíže. Které služby by rádi získali, ale jsou pro ně nedostupné a z jakého hlediska. Co je třeba zajistit, podporu a pomoc koho potřebují. Jak vnímají postoj státu a společnosti obecně. Zda je státní politika dostatečná, funkční, flexibilní, v čem ano, případně v čem ne.

1 Vymezení pojmů

Obecné pojmy vztahující se k tématu diplomové práce jsou stárnutí – stáří, senior, geriatric, gerontologie, kvalita života, smysl života.

Pojmy vztahující se k problematice zdravotní jsou zdraví, nemoc, smrt, polymorbidita, degenerativní proces, nemoci interní, nemoci omezující pohyb, změny psychiky ve stáří.

Pojmy týkající se sociální oblasti jsou potřeba, sociální práce, sociální prostředí, bezpečí, sociální izolace, komunikace.

1.1 Stárnutí-stáří, senior, geriatric, gerontologie, kvalita života, smysl života

Stárnutí – „proces stárnutí se odehrává na několika úrovních: na buněčné úrovni, orgánové úrovni, na úrovni organismu, většinou se stárnutí chápe jako nepříznivé příznaky, spojené s ubíhajícím časem, ačkoliv někdy se může považovat za pozitivní proces zrání a získávání žádoucích kvalit“ (HRDLIČKA a HRDLIČKOVÁ, 1999, s. 9).

„Senescence, je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout ... komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí“ (PŘIBYL, 2015, s. 9).

„Stárnutí není chorobnou změnou, ale normálním biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje. Stárnutí je třeba chápat v rámci rekonstrukce životní dráhy jedinců“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 136).

Sénium se dělí na počínající, což je 60 – 74 let, vlastní, což je 75 – 89 let a dlouhověkost od 90 let výše. V té době se může objevit „emocionální labilita, snížená adaptabilita, zesílená egocentričnost, hypochondrické stesky, snížená soudnost“ (HARTL, 1993, s. 187).

Všechny úseky života jsou navzájem spojeny. Kontinuita života nám ukazuje, že stáří je nejen závěrečnou etapou života, ale i je v něm přítomno vše od jeho počátku, o kvalitě svého stáří vlastně rozhodujeme celý život (HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 19).

Senior je člověk, který vstoupil do stáří. Termín je emočně neutrální a používaný v různých vědeckých disciplínách (medicína, psychologie, sociologie, aj.), a označuje člověka v průběhu senia, ať je soběstačný nebo není (PŘIBYL, 2015, s. 13).

Geriatricie se zabývá léčbou a prevencí nemocí starých lidí (HARTL, 1993, s. 58), je to dnes již samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku“ (HOLMEROVÁ a kol., 2014, s. 18).

Gerontologie – „věda zabývající se všestranným studiem jevů stárnutí nastávajících v buňkách, tkáních, orgánech či organismech, příp. skupinách jedinců v průběhu času od dospělosti až do smrti organismu“ (HARTL, 1993, s. 58).

Gerontologie se dělí na tři základní problémové oblasti. Gerontologie teoretická neboli experimentální, zabývá se příčinami a mechanismy procesu stárnutí. Gerontologie klinická je vlastně geriatricí. Gerontologie sociální představuje společenský zájem o stáří a vytváří modely komplexní péče o staré lidi v různých úrovních např. ekonomické nebo sociální (HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 169).

Kvalita – „*jakost, hodnota, u Demokrita a později J. Locke a dělena na prvotní: velikost, objem, rozprostraněnost a druhotnou: barva, vůně, chuť*“ (HARTL, 1993, s. 95).

Kvalita života – Kvalitu života a hodnocení s ní spojená lze považovat spíše za subjektivní chápání životní historie, která se skládá ze životních událostí řazených v sekvencích za sebou (VÁVROVÁ, 2012, s. 30).

Smysl života – „*Tam, kde hovoříme o smysluplnosti života, tam nám jde o to poznat, jaký je život člověka, případně i o to, jaký by měl život člověka být a jak by tohoto cíle mělo být dosaženo*“ (KŘIVOHLVÝ, 2006, s. 49).

1.2 Zdraví, nemoc, smrt, polymorbidita, degenerativní proces, nemoci interní, nemoci omezující pohyb

Zdraví – podle definice WHO: „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby*“ (VOKURKA, 1995, s. 406).

„*...Zdraví není STAV. Nejde o žádný statický faktor. Je to proměnlivý PROCES, který svým vyváženým průběhem pouze směřuje k ideálnímu stavu absolutního zdraví – aniž by jej ovšem dosáhl*“ (KLÍMOVÁ, FIALOVÁ, 2015, s. 31).

Zdraví je velmi pozoruhodný fenomén. Fenomén zdraví je stále temným pojmem, neprojasněným, nejednoznačným (HOGENOVÁ, 2008, s. 219).

Nemoc – „*stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury*

orgánů, které vedou ke vzniku příznaků n. a dalším důsledkům...“ (VOKURKA, 1995, s. 257).

Nemoc, onemocnění je projevem poruchy homeostázy, smrt je jejím zhroucením (DYLEVSKÝ, 2000, s. 57).

Smrt – „klinická, zástava činnosti srdeční a dechu, mozek až po několika minutách nedostatku kyslíku, vždy spojená s otázkami filos. a etickými, viz též thanatologie“ (HARTL, 1993, s. 192).

Smrt je právě ten okamžik, ta chvíle, kdy se naše vědomí, respektive duše oddělí od těla (KLÍMOVÁ, FIALOVÁ, 2015, s. 208).

Smrt je naprosto jistá, nikdo se jí nevyhne, připravíme-li se na tuto poslední eventualitu, nebude to takový otřes, až udeří, ani nebude a ani nebude tak těžké se s ní vypořádat (DALAJLAMA, 1997, s. 93).

„Smrti se nikdo z nás nevyhne, je třeba ji přijmout a naučit se snášet její děs skrývání a nicotnosti, ...přijmout její neodvratnost.“ (HOGENOVÁ, 2010, s. 43).

Každý člověk si je jistý, že zemře, a protože si současně dost dobře nemůže představit, že nebude, žije tak, jako by měl žít věčně. Takové pojetí je logické a fyziologické (HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 352).

Polymorbidita – *„...je charakteristický rys onemocnění ve stáří. Podle epidemiologických studií lze u devadesáti procent jedinců nad 75 let najít jedno či více chronických onemocnění“ (HOLMEROVÁ A KOL., 2014, s. 50).*

Mortalita – *„ četnost úmrtí v určité lokalitě v daném čase“ (HARTL, 1993, s. 110).*

Degenerativní proces – lze chápat jako úpadek schopnosti, zeslabení či ztrátu jedné nebo více životně důležitých funkcí, vývojový ústup, zhoršení nebo ztráta některých vlastností, oslabení zdravotního stavu.

Nemoci interní – můžeme vyjádřit jako postižení a onemocnění vnitřních orgánů, také však nežádoucí procesy v lidském těle.

Nemoci omezující pohyb – jsou takové, které se týkají všech soustav v těle člověka, nejčastěji však nemoci pohybového aparátu, dále nemoci interní, neurologické.

Změny psychiky ve stáří – v tomto věku dochází k postupnému zhoršování všech funkcí, například myšlení, paměti, pozornosti, soustředění, výkonnosti a ke změnám emočním.

1.3 Potřeba, sociální práce, sociální prostředí, bezpečí, sociální izolace, komunikace

Potřeba – „ *Obecně lze potřebu charakterizovat jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.* “ (Příbyl, 2015, s. 31).

Sociální práce – „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů... se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu... je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci...* “ (MATOUŠEK, 2003, s. 213).

Sociální prostředí – socius, druh, společenské prostředí vzniká ve chvíli probíhajícího vzájemného vztahu dvou lidí, chování jednoho člověka ovlivňuje chování i toho druhého (DYLEVSKÝ, 2000, s. 58).

Bezpečí – synonyma jistota, bezpečnost, opora, důvěra, být v bezpečí je být v pořádku tělesně i duševně.

Sociální izolací – rozumíme stažení se do sebe, do osamocení, buď jako reakce na frustraci nebo se jedná o krajní introverzi, případně autismus, či jinou duševní nemoc (HARTL, 1993, s. 83).

Komunikace – „*communication Obecně sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech jiného druhu. V případě sdělování informací mezi lidmi zahrnuje termín k. všechny existující prostředky (slovní i mimoslovní). K. mezi lidmi má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou. Při každém komunikačním aktu člověk definuje sám sebe a očekává, že tato definice bude opětována.* “ (MATOUŠEK, 2003, s. 92).

„*I dorozumívání, sdělování, přičemž obecně k. není specificky lidským jevem, existuje i u živočichů, na rozdíl od jazyka 2 v psychol. především přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé...* “ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 265).

2 Charakteristika seniorského věku

Seniorský věk chápeme jako poslední vývojovou etapu lidského života končící smrtí. Je to celý souhrn involučních změn, funkčních i morfologických, determinovaných geneticky, ale i dalšími faktory, jako například životními podmínkami, životním stylem, nemocemi. Stáří dělíme na kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní věk je dán datem narození. Někdy je též označován jako chronologický a nese v sobě význam pro statistické a demografické účely. Nemá však žádnou vypovídající hodnotu o interindividuálních rozdílech, jde o dosažení určitého věku, je považován za sociální konstrukt. Podle WHO je stále aktuální a obecně přijímaná periodizace lidského věku po patnácti letech, od šedesáti let věku na rané stáří, od sedmdesáti pěti let na vlastní stáří a od devadesáti let věku na dlouhověkost. V současné době se přikláníme na členění: mladí senioři od 65ti let věku, staří senioři od 75ti let a velmi staří senioři od 90ti let věku výše, a to především z pohledu na prodlužující se věk díky stále dokonalejší zdravotní péči a funkčnímu stavu stárnoucí populace.

Biologické stáří je na rozdíl od kalendářního vysoce individuální. Je to míra involučních fyziologických změn, které začínají velmi pomalu probíhat již od věku 25 – 30 let života. Jedná se o postupný pokles výkonnosti psychických a fyzických funkcí. Rozlišujeme tři základní typy změn – zpomalení většiny funkcí, postupný a setrvalý pokles buněčných rezerv a ubývání funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové. Na osobě pozorujeme celou řadu změn od vizuálních, například tvorba vrásek, šedivění vlasů, ochabování svaloviny, zhoršující se vzpřímené držení těla, větší a rychlejší unavitelnost, pomalejší obnova fyzických i psychických sil, celkové snížení psychomotorického tempa. „Přesné vymezení biologického stáří neexistuje, pro objektivní zhodnocení stavu seniora se v praxi často přistupuje k funkčnímu geriatrickému vyšetření-FGV“ (PŘIBYL, 2015, s. 11). Toto vyšetření zahrnuje celou škálu posouzení zdravotního stavu seniora, zaměřuje se na okruhy soběstačnosti, samostatnosti, fyzické výkonnosti. Je doplněno posouzením duševního zdraví, sociálního statutu, socioekonomickými faktory a možnými riziky.

Sociální stáří je především spojeno se sociálními událostmi, se změnou životního stylu, s proměnou potřeb a sociálních rolí. Zásadní změnou je dovršení penzijního věku, které může přinést řadu problémů, například maladaptace na odchod do důchodu, snížení ekonomické úrovně, zúžení či ztráta sociálních kontaktů, obavy různého charakteru (strach z osamění, z nesoběstačnosti, ze ztráty partnerů a vrstevníků, z pocitu nepotřebnosti a zátěže

pro rodinu, atd.). Při posuzování sociálního stáří je využívána tzv. sociální periodizace lidského života, která pracuje s produktivitou a sociálními rolemi. Lidský život je rozdělen do čtyř období, věků. Prvním je věk předproduktivní, zahrnující období dětství, mladosti, růstu, vzdělávání a přípravy na profesní dráhu. Druhým věkem se rozumí fáze dospělosti, biologické, pracovní a sociální produktivity a jejího vrcholu. Třetí věk je označován jako postproduktivní, pokles výkonnosti a příprava na odchod do důchodu. Čtvrtá, poslední perioda je označována za fázi závislosti. To může vést k představě, že jde nutně o období, kdy senior je závislý na pomoci druhé osoby. Ale tak tomu nemusí vždy být, zvláště dnes, kdy nám jde o koncept zdravého stárnutí.

Seniorskou populaci dnes také můžeme členit z hlediska funkční zdatnosti.

Skupina elitních seniorů žije tak, jako by se jich přibývajících léta přímo nedotýkala, jako ve věku produktivním, pracují, provozují své koníčky a zájmy. Jsou v dobré fyzické kondici, nadále podávají vysoké výkony.

Zdatní senioři jsou v dobré tělesné a duševní kondici, nepotřebují geriatrickou péči, stačí pravidelné preventivní prohlídky a vhodná edukace.

U nezávislých seniorů dochází k přechodným výkyvům zhoršení zdravotního stavu, jako následek zátěže v podobě infekce, operace či závažnějšího onemocnění. Za normálních okolností nepotřebují dispenzarizaci ani jinou ošetrovatelskou péči, jsou soběstační.

Pro skupinu seniorů křehkých je typická chronicita různého charakteru, například kardiovaskulární onemocnění, arytmie, rizika pádů, zhoršené kognitivní funkce (mírný – střední stupeň demence), psychická labilita (deprese). V těchto případech je nutná dispenzarizace. Tito jedinci zpravidla využívají kromě zdravotnických služeb též určitou formu péče sociální. Mají výrazný funkční deficit a nízký potenciál zdraví.

Zcela závislí senioři jsou většinou plně imobilní, zcela nesoběstační, vyžadující trvalou ošetrovatelskou péči a pomoc rodiny nebo příslušné instituce poskytující ošetrovatelské a pečovatelské služby. Vlivem opakovaných dekompenzací celkového stavu dochází k hospitalizacím ve zdravotnických zařízeních.

Polymorbidita je typickým rysem onemocnění ve stáří. Dle statistik lze u devadesáti procent jedinců nad 75 let diagnostikovat jedno a více chronických onemocnění. Klinický obraz vykazuje řadu zvláštností, některé příznaky nejsou přítomny, jiné naopak nejsou typické pro dané onemocnění. Vzhledem ke snížení regulačních pochodů a nízkým funkčním

rezervám může být nemocný jedinec vystaven dalším komplikacím, které ho mohou ohrožovat na životě. *„Každý lidský věk má svá specifika. Každý lidský věk má své charakteristické zdravotní problémy a pro každý lidský věk jsou typické určité duševní krize, které musí překonat, aby mohl postoupit do dalšího vývojového stádia“* (HOLMEROVÁ a kol., 2014, s. 13).

Pro osoby v seniorském věku je nejdůležitější uchování si co nejvyšší míry autonomie, soběstačnosti, sebeobslužnosti. Možnost rozhodovat sám o sobě a za tato rozhodnutí nést odpovědnost. Mít možnost žít v přirozeném prostředí svého domova co nejdéle. Pokud je nutné využít institucionální péči, činit tak s maximálním ohledem a respektem k osobě jako takové, k jejím potřebám, vytvořit podmínky k budování důvěry a pocitů bezpečí a jistoty.

3 Zdravotní omezení ve stáří

Jak již bylo výše zmíněno, k seniorskému věku se vztahuje řada omezení v celkovém pohledu na zdraví a funkčnost organismu. Nefunkčnost jednoho orgánu nebo systému podmiňuje změnu činnosti orgánů a systémů dalších a tím dochází k jiné kvalitě celkově. „*Tělo je nutno pochopit jako tělo časové. Většinou je chápeme prostorově, popisujeme pozice jednotlivých orgánů, jednotlivých funkcí, atd. Ale v těle se děje mnoho funkcí současně, nejde o sukcesivitu, tj. o řazení za sebou v časové linii ... To vše se děje současně, simultánně*“ (HOGENOVÁ, 2010, s. 158). Komplexní pohled na nemocného je základem pro úspěšnost relevantní léčby s následnou eliminací potíží a zvýšeným pocitem spokojenosti. V této kapitole bude uveden přehled nejčastěji se vyskytujících zdravotních obtíží, fyzických i psychických. Jejich léčba a tomu odpovídající ošetrovatelská péče.

3.1 Fyzické obtíže a jejich léčba

Nemocnost seniorů v naší republice je poměrně vysoká. Téměř devadesát procent osob trpí jednou či více chronickými nemocemi. Do celé škály fyzických nemocí jedinců seniorského věku jsou zahrnuty nemoci interní, neurologické, ortopedické a traumatologické. Každá tato nemoc má svá specifika, která zásadně vstupují do kvality života nemocného.

Mezi nejčastější onemocnění patří kardiovaskulární, srdečně-cévní choroby, tj. ischemická choroba srdeční, angína pectoris, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, hypertenze - vysoký tlak krevní, postižení tepen a žil dolních končetin. K dalším lze přiřadit úbytek svalových buněk v myokardu a náhrada nefunkčním vazivem, degenerativní změny v převodním systému a degenerativní změny cév, především ztráta elasticity a následně snížená funkčnost. Všechny tyto nemoci též označujeme jako chronické neinfekční choroby, známé také jako civilizační nemoci. „*Tyto nemoci působí na organismus závažným způsobem. Jakékoliv onemocnění v srdečně cévním systému může způsobit narušení fungování nejen srdce, ale i dalších částí těla, které pro své optimální fungování vyžadují pravidelný přísun krve*“ (GAJDOŠOVÁ, 2012, s. 24).

Mezi další onemocnění v tomto období života přistupují zažívací obtíže, cukrovka - diabetes mellitus, většinou 2. typu, respirační choroby, závažná poškození kloubů, kostí a pojiva. Častým výskytem jsou onemocnění onkologická.

3.1.1 Kardiovaskulární nemoci

Nemoci srdce a cév jsou příčinou více jak poloviny úmrtí ve vyspělém západním světě a přibližně poloviny úmrtí v Evropě. Neovlivnitelnými faktory těchto chorob jsou dědičné predispozice, v rodinné anamnéze častý výskyt ischemické choroby srdeční. Dalšími faktory jsou pohlaví, věk – muži nad 45 let věku, ale i nižší, ženy v postmenopauzálním období. K tradičním ovlivnitelným faktorům řadíme nadváhu, vysoký krevní tlak, nízkou pohybovou aktivitu, diabetes mellitus a zvýšený tzv. zlý cholesterol. Ateroskleróza je hlavní příčinou ischemické choroby srdeční, ischemie dolních končetin a tepenných výdutí. Jde o ukládání lipidů a vápníku ve stěnách výstelky cév, zúžení průsvitu cév a snížení jejich funkčnosti. Může vyústit uzávěrem, obliterací a znemožnit přítok krve k orgánům, které trpí nedostatkem kyslíku a živin.

U ischemické choroby srdeční dochází k nedokrvení srdečního svalu. Nejznámějším projevem ICHS je angína pectoris, je to syndrom, projevující se bolestí na prsou při nadměrném úsilí, při rozčilení, v chladu. Koronární cévy nedostatečně zásobují srdce kyslíkem, dochází k ischemii. Angína pectoris bývá předstupněm infarktu myokardu, lokální nekrózy, odumrtí příslušné koronární cévy postižené uzávěrem aterosklerotickým plátem a částí srdce vyživované touto cévou. „*infarkt, infarcire - naplnit krvinkami, v běžném slova smyslu odumření tkáně, při uzávěru tepny přivádějící krev do některého orgánu*“ (DYLEVSKÝ, 2000, s. 183). Příloha č. 4.

3.1.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je náhle se rozvíjející porucha prokrvení určité oblasti mozku na podkladě nedokrvení - ischemie nebo krvácení - hemoragie. Jedná se o akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc. (SOMEJN, 1988) Ischemická cévní mozková příhoda je ve výskytu častější, způsobuje poruchu hybnosti. Příčinou je ateroskleróza mozkových tepen, trombózy, nebo embolie - zanesení trombu řečištěm z jiné tepenné oblasti. Hemoragická mozková příhoda vzniká prasknutím - rupturou mozkové cévy v dané oblasti vlivem vysokého tlaku. Následky bývají závažnějšího charakteru, stupeň postižení větší. Roste nitrolební tlak jako následek krvácení, poškození mozkové tkáně je tím větší, čím je krvácení silnější. Při velkém krvácení může dojít k úmrtí. „*Ve většině jazyků pro hemoragickou CMP se ujal termín přibližující náhlost jejího vzniku a přeložitelný jako rána. V angličtině je to stroke, v němčině Schlag, v ruštině poražení a v latině ictus. Pouze*

čeština vytvořila nepěkný termín, který se raději neužívá, tj. mrtvice. Termín iktus se pak přenesl na všechny akutní CMP“ (KÁŠ, 1997, s. 199).

Mezi rizikové faktory CMP se řadí především arteriální hypertenze, kardiovaskulární poruchy, mozková ateroskleróza, hypercholesterolemie, renální choroby, diabetes mellitus, obezita, alkohol, kouření, užívání některých drog a rodinné predispozice. Léčba zahrnuje specifickou péči lékařskou v součinnosti celkových opatření, jako je například úprava kardiálních komplikací, přísun kyslíku, dostatečný přísun tekutin, kalorií a iontů, péče o vyprazdňování, sledování plicních funkcí, rehabilitace, uklidnění nemocného pacienta i celé rodiny. Příloha č. 3.

3.1.3 Diabetes mellitus

Úplavice cukrová, DM, je onemocnění vznikající absolutním, u diabetu 1. typu, nebo relativním, u diabetu 2. typu, nedostatkem inzulínu. Tím dochází k narušení metabolismu nejen cukrů, ale i bílkovin a tuků. Důsledkem těchto změn je rozvrat energetického metabolismu celého organismu. Tato nemoc je dosud nevyléčitelná. Bohužel každoročně pozorujeme nárůst tohoto onemocnění přibližně deset tisíc nově nemocných. U seniorů převažuje cukrovka druhého typu. Rostoucí počet nemocných je připisován na vrub nezdravému životnímu stylu, zvyšujícímu se dlouhotrvajícímu stresu, nevhodným stravovacím návykům a nedostatku pohybových aktivit s nárůstem hmotnosti a vzniku obezity.

„Diabetes patří k onemocněním, která se většinou v počátečním stádiu nijak výrazně neprojeví, má nenápadné příznaky. Jedině včasná diagnóza a léčba diabetu může předejít závažným komplikacím“ (ELIÁŠOVÁ a ANDRÁŠKOVÁ, 2012, s. 11). Toto onemocnění svému nositeli komplikuje život v mnoha oblastech, jde především o diabetickou nefropatii, retinopatii, neuropatii a infekce močových cest. Časté jsou mykotické obtíže způsobované zvýšenou hladinou cukru ve tkáních a ta je živnou půdou pro mikroorganismy. Cílem komplexní péče o nemocné s diabetem mellitus je pomoc při zajištění plnohodnotného aktivního života v součinnosti spolupráce s pacientem. Pokud je nasazen inzulín, tak jeho pravidelná aplikace je základem. K tomu přistupuje dodržování dietního režimu s dostatkem pohybu a celkovou změnou způsobu života včetně celkové úpravy životosprávy.

3.1.4 Respirační choroby

V převážné většině případů jde o chronická respirační onemocnění – chronické obstrukční plicní nemoci nebo závažné pneumonie. Takto nemocný jedinec subjektivně pociťuje nedostatek dechu, říkáme, že je dušný. Příčinou dušnosti může být astma, pneumonie, chronická obstrukční plicní nemoc, karcinom plic, plicní embolie, selhávání srdce, aj. Podle vzniku dušnost dělíme na akutně vzniklou, v rádech vteřin, minut, a chronickou v hodinách a dnech. U akutně vzniklé dušnosti jde ve většině případů o vdechnutí cizího tělesa, u seniorů o vdechnutí potravy. Sousto způsobí obstrukci dýchacích cest, dušnost může vyústit až v respirační zástavu. Pokud je pacient při vědomí, podporujeme ho v kašlání, u těžších případů provedeme údery do zad a stlačením nadbříšku Heimlichovým hmatem do doby vypuzení cizího tělesa. Pokud je osoba v bezvědomí, zprůchodníme dýchací cesty polohou vleže na zádech a záklonem hlavy a začneme s resuscitací do příjezdu rychlé záchranné pomoci.

Chronická obstrukční plicní nemoc je definována omezením průchodu vzduchu v průduškách, pacient kašle s postupně se zvyšující četností a závažností, dušnost se prohlubuje a může vyústit v kardiorespirační selhání. Základem léčby je dlouhodobé podávání bronchodilatancií. U zánětlivých onemocnění plic dochází ke stagnaci hlenu v dýchacích cestách, množení infekce. Ke vzniku tohoto onemocnění negativně přispívají i další faktory jako kouření, alkoholismus, nedostatečná zubní a ústní hygiena.

3.1.5 Onkologická onemocnění

Nádorová onemocnění, někdy též označovaná jako rakovina, jsou zařazena mezi civilizační nemoci. Pro tato onemocnění je prvořadá včasná diagnostika, která dává velkou naději na vyléčení. U nás je dobře rozvinuta screeningová péče a je v zájmu obyvatel, aby se této možnosti využívalo. V České republice jsou nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí. U mužů je nejvyšší výskyt karcinomu prostaty, rekta a plic, u žen karcinom prsu a ženských orgánů. Maligní, zhoubné nádory jsou charakteristické svým nekontrolovaným růstem a pronikáním do okolních tkání. Krevním nebo lymfatickým řečištěm mohou být roznášeny do vzdálených míst a zakládat dceřiné nádory - metastázy. Často se vyskytujícími nádory jsou kožní rakovinné nádory, karcinom plic, rakovina prsu, kolorektální karcinom, gynekologické nádory, rakovina prostaty, méně často karcinom žaludku, pankreatu, jater a varlat. Vzniku mnohých nádorů je možné zabránit. Je k tomu však

třeba zvolit aktivní přístup ke změně způsobu života, například úpravou životosprávy, přiměřenou ochranou před nadměrným sluněním, omezením kouření, zdravější stravování, redukce váhy, dbát na prevenci. Pokud se objeví nějaké příznaky signalizující změnu, je třeba bez prodlení navštívit lékaře.

Evropský kodex proti rakovině uvádí desatero pro život: nekuřte, utlumte konzumaci alkoholu, nesluňte se nadměrně, dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny při manipulaci s nebezpečnými látkami, jezte čerstvé ovoce a zeleninu a obiloviny, udržujte přiměřenou tělesnou hmotnost, navštivte lékaře včas, hned po zaznamenání změny, nepodceňujte potíže s kašlem, chrapotem, nepravidelnou stolicí a s výrazným hubnutím, ženy chodte na preventivní gynekologické prohlídky se stěry děložního hrdla, kontrolujte si pravidelně prsy a vyšetření mamografem.

3.1.6 Poškození kloubů, kostí a pojivové tkáně

Úrazy a traumata u seniorů jsou častým jevem, jsou provázena různými komplikacemi a delší dobou hojení. *„Příčinou úrazů je většinou pád důsledkem nejrůznějších systémových změn organismu staršího nemocného.* (HASARA, 2012, s. 22). Následkem úrazu dochází často ke zlomeninám kostí, které vlivem osteoporózy ztratily svou pružnost a pevnost. K nejfrekventovanějším frakturám patří zlomeniny krčku stehenní kosti, zlomeniny obratle, fraktura hlavice nebo kosti pažní a zápěstí. (MANNINGER, 2007) Charakteristický je nízký mechanický tlak, úder či násilí. Terapie je individuální, počáteční znehybnění, vedle léčby konzervativní sádrovým obvazem je často nutný chirurgický zákrok s následnou pooperační fixací. Po zhojení přichází na řadu cílená rehabilitace k obnově funkce. Při podezření na frakturu obratle manipulujeme s nemocným co nejšetrněji, aby nedošlo k porušení páteřního kanálu a poranění míchy a dalším komplikacím. Nejlepší terapií je efektivní prevence. Příloha č. 1. Základními, přímo bazálními opatřeními jsou vhodná obuv, kompenzační pomůcky, hole, berle, dostatečné osvětlení prostoru, madla v koupelnách, zábradlí na chodbách a schodištích, odstranění bariér - prahy, kabely, atp. U této problematiky je velmi vhodné a přínosné využívat péče fyzioterapeutů k navrácení pohybových dovedností a zvýšení celkové fyzické kondice.

Do této kapitoly je možné zařadit i jiná poranění vznikající v souvislosti s pády a úrazy. Jedná se o četná poranění kůže, tržné rány na hlavě, rukou, předloktí a bérkách. Kůže ve stáří je jemná, tenká, křehká, náchylná na poranění. Hovoříme o pergamenové kůži. Rány

se ošetřují především hydrofobními materiály, mastným tylem a další vrstvou je hydrofilní krycí obvaz. Primární krycí vrstva naléhá na ránu a předchází tak slepení kůže s ošetřujícím materiálem a následnému znovu stržení. Velká pozornost je kladena prevenci infekce, která je u starých lidí několikanásobně vyšší než u mladší generace.

3.1.7 Smyslová onemocnění

S přibývajícím věkem se senior musí vypořádat i se změnami funkčnosti smyslových orgánů. Mezi nejvíce omezující jsou postupná ztráta zraku a sluchu. Špatné vidění seniora znejišťuje, nedovoluje mu mnohdy udržet si své aktivity, bývá frustrován z nenaplnění svých potřeb. Omezuje ho a ohrožuje ho v mobilitě, zvyšuje riziko pádů a úrazů. Ztěžuje mu orientaci v prostoru. „*Jak si můžeme být jisti, že vnější jevový svět, a tudíž i prostor, vůbec existuje, pokud nemůžeme věřit svým smyslům? Jak víme, že se nám jen nezdá?*“ (SEDLÁČEK, 2009, s. 145). Pokud je to možné, je nutné zvolit vhodnou kompenzaci neinvazivního charakteru či invazivní chirurgický zákrok.

Se změnami a zhoršováním sluchu má senior také značné obtíže. Komplikuje mu orientaci především v mimoobytném prostoru, ztěžuje mu pohyb na komunikacích určených pro chodce a provoz, hůře a pomaleji reaguje na změnu situací. Rušivé, nesrozumitelné a stresující je více zvuků a hlasů v jednom okamžiku. Korekce je možná používáním naslouchadel, s touto pomůckou se musí jedinec sžít, zajistit správné nastavení a postupným nácvikem ji umět využívat.

Ve stáří se mění i chuť. Méně jsou rozlišovány jednotlivé druhy chutí, celková intenzita je snížena. Seniori mají mnohdy potřebu více kořenit, stěžují si na nedochucení pokrmu. Čich je dobré podporovat různými aktivitami, rozlišování jednotlivých pachů, jejich určování bez kontroly zraku. Hmat jako další smyslová schopnost a dovednost se ztrácí především v jemnosti a citlivosti, obtížně se starým lidem uchopují drobné předměty, vypadávají jim z rukou. Je pro ně obtížné manipulovat s různými tvary, především oblými, kulatými, drobnějšími. Vhodnost procvičování jemné motoriky bývá součástí celkové péče o seniory v celé škále aktivizačních programů. Staří lidé žijící ve svém přirozeném prostředí se udržují v šikovnosti drobnými domácími pracemi, ženy pletením, muži kutilstvem. Tito jedinci jsou náchylnější k poraněním druhu spálení, opaření, pořezání a dalším úrazům. Je to dáno nižší citlivostí a rozlišovací schopností.

3.1.8 Výživa seniorů

Výživa je obecně základní potřebou člověka a podmínkou pro zachování života. Příjmem potravy tělu nejen dodáváme potřebné živiny, ale plní se i psycho-sociální aspekt. S přibývajícím věkem dochází v organismu k celé řadě nevratných biochemických a fyziologických změn. Ty mají vliv především na trávení a vstřebávání živin. Cílem správné výživy je podpořit zdraví, předcházet nemocem, usnadnit proces příjmu potravy, zajistit kvalitní nutriční hodnotu, vyhnout se chuťové fádnosti a tím pozitivně ovlivnit příjemný zážitek ze stravování. Na zajištění vhodné biologické hodnoty by měly být rostlinné a živočišné bílkoviny v poměru 1: 1. V příjmu tuků je vhodné, aby mírně převažovaly tuky rostlinné. Je dále třeba omezit jednoduché sacharidy a smažené pokrmy a pravidelně do stravy zařazovat vlákninu, která napomáhá prevenci malnutrice a řadě onemocnění. Dále je nutné dbát na dostatečný příjem tekutin, kolem dvou litrů za den, z vitamínů a minerálů dodávat dostatek vitamínu D, C, B12, zinek, vápník a železo. Výživa seniorů by měla být pestrá, kvalitní s dostatkem živin. Nemělo by se opomíjet příjemné čisté prostředí, společnost jiné osoby. Raději upřednostňovat stravu lehkou, dobře stravitelnou, podávanou v malých porcích vícekrát denně. Syrové ovoce a zelenina, pokud ji je jedinec schopen mechanicky zpracovat v ústech, je zdrojem vlákniny, vitamínů a minerálních látek.

3.2 Psychické obtíže a jejich léčba

Duševní nemoci je možné podle příčiny vzniku rozdělit do dvou skupin. Organické duševní choroby jsou způsobovány nebo provázeny diagnostikovaným poškozením mozku například úrazem, cévními změnami, jedem, alkoholem, nedostatečnou výživou, stařeckým úbytkem a rozpadem mozkových buněk, aj. Funkční duševní poruchy, kterých je více, jsou determinovány předně psychogenními, psychologickými vlivy. Duševních chorob je celá řada, ale ty, které se vztahují k seniorskému věku, jsou především demence, deprese a deliria. Každá z těchto nemocí má svá specifika. S přibývajícím věkem těchto duševních onemocnění přibývá. Psychické poruchy u osob ve vysokém věku vedou ke zhoršení stávajících nemocí, ke vzniku onemocnění nových. Podílí se významně na zvýšené frekvenci hospitalizací, na prodloužení léčebného procesu, v konečném dopadu i na celkovém zvýšení mortality.

3.2.1 Demence

S nárůstem demencí se setkáváme především s přibývajícím věkem. Charakteristickým rysem je úbytek kognitivních a exekutivních funkcí, druhotně pak úbytek nekognitivních funkcí. (McNAMARA, 2011) Pod pojmem kognitivní funkce rozumíme schopnosti poznávacích procesů a operací, jsou to dovednosti koncentrace, soustředění, udržení pozornosti, paměť a myšlení. K exekutivním funkcím řadíme dovednost a schopnost plánovat, rozhodovat, realizovat zamýšlený proces, řešit běžné životní těžkosti a problémy. Úbytkem nekognitivních funkcí se mění emocionalita, změna cyklu spánků-bdění, a celkové poruchy aktivit denního života. „*Proces demence, postupně hluboce naruší celý život postiženého. Nejprve vede k nenápadné, ale progredující redukci původních zájmů a aktivity, později se přidružuje ztráta soběstačnosti, sociálních a hygienických návyků a nakonec i schopnosti komunikace a samostatného pohybu. Tento proces je u většiny demencí považován za ireverzibilní a končí smrtí*“ (HRDLIČKA a HRDLIČKOVÁ, 1999, s. 11).

Nejvíce zastoupené příčiny vzniku demencí u seniorů jsou Alzheimerova choroba, ischemicko-vaskulární demence, demence při Parkinsonově chorobě, alkoholová demence a smíšené formy. Příloha č. 2.

Demence dělíme podle vzniku na primárně degenerativní – atroficko degenerativní choroby a demence symptomatické - druhotné, vznikající na podkladě poškození činnosti mozku infekcí, chronickou intoxikací, následkem traumatu či jiné noxy. Ve všech případech se jedná o nezvratné poškození mozku, zejména mozkové kůry.

Nejčastěji se vyskytující demencí je Alzheimerova choroba, až padesát procent výskytu. Typický je pomalý nárůst, s časným začátkem do 65ti let věku, s pozdním po 65. roku života. S přibývajícím věkem četnost tohoto onemocnění stoupá. Nemocný postupně ztrácí logické uvažování, časoprostorovou orientaci, soudnost, rozumění běžným denním situacím. Tento proces má progredující charakter, který se projeví postupnou ztrátou soběstačnosti a sebeobslužnosti. Nemocný je ohrožen dehydratací, malnutricí a noncompliancí, zapomínáním užívat předepsané léky. Alzheimerova choroba je velice závažným onemocněním nejen pro pacienta samotného a jeho rodinu, ale je to závažný problém celospolečenský. Ekonomická nákladnost léčby neustále roste s přibývajícím počtem nemocných. Některé prameny uvádějí Alzheimerovu chorobu jako nejvíce zatěžující onemocnění vůbec. „*Temporální bytí pacientů trpících stařeckou demencí je redukováno na existenci v přítomnosti, do níž se volně promítají vzpomínky z minulosti. Omezení*

prostorových souvislostí se v těchto případech projevuje postupující dezorientací, k čemuž se připojuje i zaclonění časové rozpjatosti existence“ (KOUBA, 2006, s. 146).

3.2.2 Deprese

„ Deprese často vyjadřují, že má člověk potíže s vytvořením vnitřního odstupu od životní fáze, která již pominula, a nedokáže přijmout nové životní možnosti. Chybí jim síla k opuštění starého, odvaha k rozloučení. Ale něco nového může růst, jedině když se vzdáme toho starého a překonaného“ (MORSCHITZKY a SATOR, 2014, s. 27). U seniorů jsou deprese stále podceňovanou skutečností. Nejčastějším činitelem, který deprese u jedinců vyššího věku vyvolává, je změna životní situace, ztráta sociálního statutu v kontextu odchodu do důchodu. K dalším činitelům vyvolávajícím tuto nemoc se řadí ztráta blízké osoby a z toho plynoucí změna životní role. Jako velmi závažné a ohrožující je nutné zohlednit i dlouhotrvající chronické onemocnění. Deprese je závažná, dlouhotrvající a život ohrožující nemoc. Jedná se o poruchu psychiky. Projevuje se snížením až vymizením schopnosti prožívat radost a potěšení, tzv. anhedonie, dlouhodobým poklesem nálady i na několik měsíců, někdy též označovaný jako patologický smutek. Nemocný má pocit zmaru, beznaděje, prožívá pocit viny a bezcennosti. Postrádá motivaci, je osamělý, úzkostný. Reakce na tyto pocity jsou dvojí, buď podrážděnost, zlomyslnost nebo agresivita, naproti tomu se může projevit apatie, únava a staženost.

Deprese je diagnostikována jako samostatná nemoc nebo jako jeden z příznaků jiných nemocí, například příznak Parkinsonovy nemoci. *„ Kdy je nutno myslet na depresi? Objeví-li se následující příznaky: únava, poruchy spánku, nespavost v noci, spavost ve dne, smutek bez zjevné příčiny, bezdůvodný pláč, pesimismus, řada somatických potíží vegetativního funkčního typu, ztráta zájmu, nemožnost soustředit se, ztráta radosti ze života - anhedonie, přiznání se k pocitům viny, hodnocení života jako bezcenného, úvahy, že takto nemá cenu žít, že by snad mohlo být lepší zemřít, myšlenky na sebevraždu“ (PACOVSKÝ, 1994, s. 101).*

Léčba je dlouhodobá, kombinace psychofarmak - antidepresiv s psychoterapií. *„Jde o to přivést prostřednictvím psychoterapeutického rozhovoru k odhodlání převzít svůj vlastní pobyt a samostatným způsobem rozvíjet své nejvlastnější možnosti, aniž by to zároveň vedlo k paranoidní potřebě bránit se vlivu druhých lidí“ (KOUBA, 2006, s. 57).* V citaci je pro příklad uveden přístup daseinsanalytické terapie. Účinnost je značně kolísavá, s výkyvy vázanými i na roční období.

3.2.3 Delirium

Delirium je nespecifická odpověď na různé noxy somatického a intoxikačního charakteru, spouštěčem nemoci mohou být psychosociální stresory. Jde o přechodný stav s rychlým nástupem obtíží, ty vymizí do šesti měsíců, u starých lidí ale mohou přetrvávat mnohem delší dobu a mohou být jednou z příčin smrti. Při kvalitativní poruše vědomí pozorujeme poruchy psychických funkcí – vnímání, myšlení, pozornosti, akutní kognitivní dysfunkce. V rovině emoční je to úzkost, nebo euforie. Tyto poruchy vedou k poruchám chování, stoupají se zvyšujícím se stářím u hospitalizovaných osob. Diagnostika se opírá o podrobnou anamnézu, pozorování klinických projevů chování a o vyšetření kognitivních funkcí. Léčba je farmakologická.

3.2.4 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy bývají projevem obav a strachu ze změn, o nichž člověk ví, že si jimi musí projít. Přechody mezi jednotlivými fázemi životního cyklu mohou probíhat dramaticky a nemusí se vždy podařit je zvládnout bez újmy na zdraví. „*Když úzkost vzroste do extrémní míry, dochází ke zhroucení celého uspořádaného systému myšlení a jednání, mluvíme o panice*“ (MORSCHITZKY a SATOR, 2014, s. 25). Nadměrná úzkost výrazně omezuje jednání, soustředění a myšlení, může je doslova zablokovat. Jsme toporní, máme zábrany a celkově ochromeni. Mírná úzkost naopak zvyšuje pozornost, pohotovost a bdělost, lze nadále podávat fyzické a psychické výkony. Správná míra úzkosti nám pomáhá jednat tady a teď. O úzkostné poruše mluvíme tehdy, pokud jedinci omezuje život, poškozují jeho profesní a sociální život, což mu způsobuje značné utrpení. Neoznačujeme ji jako nemoc, protože nemá čistě biologický základ. U úzkostné poruchy je absence reálného ohrožení, je nepřiměřeně silná, trvá dlouho, je spojena s tělesnými příznaky, je nekontrolovatelná. V důsledku vede k opouštění aktivit, stává se pro člověka utrpením a zátěží.

4 Sociální komplikace

Seniorské období sebou přináší celé spektrum změn v sociálním kontextu. Proto podpora, pomoc a péče je velmi podstatná, pomáhá jedincům překonat toto pro ně velmi složité období. „... žádný organismus nemůže přežít bez pomoci a spolupráce s jinými organismy, žádný druh na světě nemůže přežít na vlastní pěst. Tohle platí i pro člověka, i my jsme tvarováni nesčetnými interakcemi s životem v nás i okolo nás“ (VÁCHA, 2011, s. 97).

Role státu je prezentována vytvořením systému státní sociální pomoci zahrnující mnohasložkovou pomoc. Orientace v možnostech podpory je značně složitá, a proto v této kapitole bude uveden přehled forem podpory nejen pro seniory, ale i pro blízké osoby jakožto pečující. Sociální služby pro seniory jsou zakotveny v platné legislativě ČR. Jedná se o zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhlášky č.505/2006 Sb. „*Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti*“ (KUZNÍKOVÁ a kol., 2011, s. 129). Registrace služeb spadá do Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí je současně kontrolním orgánem, dohlíží na kvalitu poskytovaných služeb. Pokud není sociální služba podle zákona registrovaná, je nutné věnovat zvýšenou pozornost tomuto poskytovateli, aby kvalita odváděné péče byla odpovídající a bylo možné na tuto sociální službu čerpat příspěvek na péči.

4.1 Zákonné nároky na sociální pomoc a podporu

Současná doba je značně náročná zejména pro starší populaci. Právě ona se potýká s mnoha obtížemi nejen zdravotního charakteru, ale i z pohledu sociálního, kam patří i finanční možnosti. Aby si každý občan mohl zajistit potřebnou službu, která mu pomoc poskytne, musí disponovat dostatkem finančních prostředků. Z pobíraného důchodu by se podařilo seniorovi jen těžko službu zajistit. Pokud není možné využít podpory rodiny a blízkých osob, je zde systém státní pomoci. Potřebným občanům od roku 2007 zavedl pravidelně se opakující příspěvek na péči. Tento příspěvek je určen osobám se zdravotním omezením dlouhodobého charakteru, které vyžadují pomoc s péčí o sebe a svoji domácnost. Aby tito jedinci mohli nadále setrvávat ve svém přirozeném prostředí, ve svých domovech a domácnostech, potřebují pomoc druhé osoby, členů rodiny, blízkých a sousedů, kteří jim pravidelně zajišťují nákupy, různé pochůzky, pomáhají s úklidem, při podpoře samostatnosti,

soběstačnosti a sebeobslužnosti. Doprovázejí je na úřady, k lékařům nebo jim zprostředkovávají kontakt se společností, aby bylo zabráněno izolaci a vzniku pocitu osamění. Pokud však nemá senior možnost čerpat podporu a pomoc od osoby blízké, přichází ke slovu profesionál, čerpání sociální služby. A právě příspěvek na péči je určen k úhradě této služby. Z toho plyne, že příspěvek na péči náleží výhradně osobě, o kterou je pečováno, nikoli osobě, která službu koná.

Zákon o poskytnutí příspěvku na péči rozeznává čtyři stupně závislosti a podle toho je dána i výše příspěvku. První stupeň závislosti zohledňuje lehkou závislost, této osobě náleží měsíční příspěvek ve výši 800 Kč. U druhého stupně se jedná o středně těžkou závislost a příspěvek činí 4000 Kč. Pro těžkou závislost třetího stupně je určena peněžní dávka ve výši 8000 Kč. Čtvrtý stupeň závislosti, nejvyšší, označovaný jako úplná závislost poskytuje potřebnému příspěvek 12000 Kč. O výši příspěvku rozhoduje Úřad práce ČR. O přidělení příspěvku na péči je třeba zažádat u příslušného Úřadu práce ČR v místě trvalého bydliště. Vyzvednuté formuláře, žádost o příspěvek na péči a oznámení o poskytovateli pomoci, je třeba řádně vyplnit a odevzdat. Po obdržení formulářů pracovníce ÚP kontaktuje dotyčnou osobu a domlouvá si termín návštěvy v domácím prostředí. Vykoná tzv. sociální šetření, které slouží k ověření a posouzení oprávněnosti nároku na příspěvek. Revizní lékař ÚP si u praktického lékaře vyžádá údaje ze zdravotní dokumentace k posouzení. Následně po získání všech relevantních informací příslušný úřad práce rozhodně o přidělení příspěvku na péči nebo o zamítnutí. Toto rozhodnutí žadatel obdrží v písemné formě.

4.2 Sociální služby pro seniory

Sociální služby nejsou v žádném případě služby nadstandardní. Zajišťují podporu a pomoc potřebným, kteří se ocitli ve složité životní situaci. Taková osoba je omezena v činnostech, které dříve běžně zvládala. Tato omezení přicházejí s přibývajícím věkem, se zhoršením zdravotního stavu, s nezvládnutím samostatnosti a soběstačnosti v běžném životě. Sociální služby mají plnit především prevenci spojenou se sociálním vyloučením, podpořit a pomoci jedinci s návratem do bývalého způsobu života. Tato sociální služba zajišťuje například péči o vlastní osobu, zajištění chodu domácnosti, poskytování dostatku informací, ubytování, ošetřování, využívání psychologických a psychoterapeutických služeb, prosazování práv. Sociální služby především usilují o zachování autenticity seniorů, o podpoře jejich samostatnosti a soběstačnosti v jejich přirozeném prostředí.

4.2.1 Terénní sociální služby

Poskytovatelé těchto služeb docházejí za seniorem - klientem, tedy tam, kde žije, kde bydlí, do jeho domu či domácnosti. Hlavním cílem této služby je umožnit jedinci co nejdéle setrvat v jeho přirozeném prostředí. Mezi terénní služby řadíme pečovatelskou službu, centra denních služeb, osobní asistenci, telefonickou krizovou pomoc a tísňovou péči. Pečovatelská služba nabízí tyto činnosti: pomoc při osobní hygieně, pomoc s péčí o vlastní osobu, dovážku obědů včetně přípravy a podání, zajištění chodu domácnosti a doprovod k lékaři. Vždy se hradí pouze doba služby, pokud trvá hodinu, tak je úhrada za hodinu, pokud je čas kratší nebo delší, výše úhrady je adekvátně upravena. Ceny stanovuje poskytovatel služby. Maximální hranice je však ošetřena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a ta činí 130 Kč za hodinu. Pečovatelská služba je založena na vzájemné domluvě, návštěvy pracovníce jsou předem stanoveny, většinou ve všedních dnech, hodina návštěvy je přizpůsobena potřebě seniora. Tuto službu je možné doplnit o osobní asistenci, pokud je pečovatelská služba nedostačující. Osobní asistence je více směřována na doprovázení samostatného člověka za účelem jeho schopnosti pokračovat ve společenských kontaktech. Ale pomáhá i s chodem domácnosti. Cena za službu je většinou totožná se službou pečovatelskou, maximální výše je 130 Kč za hodinu. Telefonická krizová pomoc je bezplatnou službou, na telefonním čísle 800 157 157, je dostupná po celé ČR všem občanům v nepřetržitém provozu. Poskytuje sociální poradenství, doprovázení v dlouhodobé krizi, podporu osob pečujících o seniora, poradenství týkající se oblasti domácího násilí, podpora psychiatrickým pacientům. Tísňová péče je další formou telefonické pomoci. Zajišťuje řešení akutně vzniklé události, například pád seniora, náhlé zhoršení zdravotního stavu, poskytuje jistotu, že jedinec nezůstane na řešení krizové situace sám. Tuto službu využívají především senioři žijící ve své domácnosti sami a rodinní příslušníci ve větší vzdálenosti. Osoba službu konající zprostředkuje adekvátní pomoc, výjezd zdravotní péče či celého integrovaného záchranného systému. Cena za tuto službu je 400 Kč/měsíc. Do této skupiny služeb jsou též zařazeni dobrovolníci, speciálně vyškolení profesionálové, kteří svoji pomoc a podporu nabízejí zcela nezištně, není hrazena. Se seniorem tráví čas, ulehčuje mu v osamění. Dobrovolníci jsou důležitou složkou sociálních služeb, doplňují limitované sociální služby.

4.2.2 Ambulantní sociální služby

Mezi ambulantní sociální služby se řadí denní stacionáře a centra denních služeb. V denních stacionářích lidé tráví jen určitou část dne, jinak bydlí ve svém prostředí domova či v chráněném nebo podporovaném bydlení, jako jsou domy s pečovatelskou službou. Takto situaci řeší často rodiny, které nemohou se seniorem zůstat doma z pracovních i sociálních důvodů. Úkolem denních stacionářů je poskytnout seniorům pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnout stravu, vzdělávací a aktivizační činnosti, kontakt se společenským prostředím, sociálně-terapeutickou činnost, uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Stacionář se o klienta komplexně postará a pomáhá mu rozvíjet jeho dovednosti a schopnosti. Tato služba je hrazená a maximální výše činí 130 Kč za hodinu. Opět se řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon č. 108/2006 Sb. Časový rozsah bývá od 7 hodin do 17 hodin, ale provoz může trvat i déle. Centra denních služeb jsou velmi podobná denním stacionářům a dost složitě se od nich odlišují. Klientelou jsou většinou osoby se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku žijící ve své domácnosti. Do tohoto zařízení jsou dováženi, zde tráví den a navečer se dopravují zpět domů, buď poskytovatelem služby, nebo si seniora odváží rodina. Poskytované služby během pobytu jsou téměř totožné s denním stacionářem. I úhrada je ve stejné výši. „*Seznam poskytovatelů denních stacionářů a center denních služeb je možné získat na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR: <http://iregistr.mpsv.cz>“ (HOLMEROVÁ, 2014, s. 186).*

4.2.3 Pobytové sociální služby

Pobytových služeb využívají osoby, u nichž je natolik snížena schopnost samostatnosti a soběstačnosti, že vyžadují celodenní pomoc druhé osoby, a nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí. Taktéž rodina není schopna péči o rodinného příslušníka zajistit. Mezi pobytové služby řadíme odlehčovací službu, týdenní stacionáře, domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

Odlehčovací služba je mezníkem mezi službou terénní a pobytovou. Je určena osobám, které vyžadují pečovatelské zajištění a dohled. Jsou velkou pomocí rodinám, poskytovanou službou umožní členům rodiny čas na zotavenou, na vyřízení a zajištění jejich potřeb. Nadále tato služba nabízí podpůrné pobyty ošetřované osobě včetně fyzioterapie vedoucí k nabytí ztracených dovedností a schopností a následnému osamostatnění. Uživatelé této služby jsou především dvě skupiny seniorů, ti, kteří se po ukončení pobytu vrací do svých

domovů, a ti, kteří čekají na umístění do zařízení s vyšším stupněm péče. Maximální délka pobytu v tomto typu zařízení činí tři měsíce. Výše úhrady se opět řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Je rozdělena do tří složek, úhrada za pobyt 160 Kč/den, úhrada za stravu 140 Kč/den a úhrada za poskytnutou péči 120 Kč/hodinu. Odlehčovací službu nazýváme též službou respitní. Týdenní stacionáře poskytují služby v pracovní dny, pondělí – pátek. Na víkendy se senior vrací domů či k rodině. Mezi nabízené služby patří ubytování, strava, aktivizační programy. Tyto služby využívají především senioři stále toužící po sociálních kontaktech a aktivním naplnění programu dne. Tato služba je velkou pomocí pro pečující rodiny.

Domy s pečovatelskou službou, označované též DPS, jsou objekty se samostatnými bytovými jednotkami zvláštního určení zakotvené v zákoně č. 102/1992 Sb., do kterých se nemohou přihlašovat jiné osoby. Zřizovatelem těchto zařízení jsou obvykle města a každá obec má svá vlastní pravidla pro poskytnutí této formy bydlení. Žádosti o umístění schvaluje rada města, trvalý pobyt v místě není vždy základní podmínkou. Mezi základní kritéria výběru naopak patří osamělost, potřeba pečovatelské služby. Pokud chce být občan ubytován v tomto zařízení, je třeba kontaktovat městský úřad obce a pracovníci zájemce nasměrují a podají potřebné informace. Nájemní smlouvy jsou uzavírány zpravidla na dobu neurčitou. V těchto objektech žijí jak senioři, tak osoby se zdravotním postižením. Vybavení bytů je vlastní.

Domovy pro seniory jsou dalším typem pobytové služby, dříve pod názvem domov důchodců. Je to zařízení nabízející celodenní ubytování, stravu a péči sociální, ošetrovatelskou a zdravotní. Do domova dochází pravidelně lékař v předem daném časovém harmonogramu, je možné si jej vyžádat i podle akutní potřeby. Klienty jsou zpravidla osoby se sníženou schopností soběstačnosti a s potřebou pomoci druhé osoby. Tato zařízení bývají rozdělena na jednotlivá oddělení, podle stupně závislosti. Vedoucí oddělení zodpovídá za kvalitu prováděné péče, reaguje na změnu potřeb, zajišťuje součinnost všech složek personálu. O přijetí se žádá formou vyplněného tiskopisu, následně sociální pracovníce navštíví žadatele v jeho domácnosti. Po vyhodnocení potřebnosti zajistí i vyjádření praktického lékaře. Písemné rozhodnutí o přijetí písemně doručí žadateli, případně informaci o zařazení do pořadníku čekatelů. Každé zařízení má svá pravidla. „*Maximální výše úhrady za ubytování a stravu stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb., prováděcí předpis k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*“ (HOLMEROVÁ, 2014, s. 189). Cena je stanovena ve třech složkách, za pobyt, za stravu a za péči. Náklady na ubytování a stravu nesmí

překročit částku 210 Kč/den. Úhrada péče je hrazena z příspěvku na péči. Praxe je taková, že uživatel služby posílá na účet zařízení příspěvek na péči i důchod. Klient má nárok na kapesné ve výši patnáct procent výše důchodu. Pokud výše důchodu nepokryje náklady, počítá se s finanční spoluúčastí rodiny. Zdravotní péče je poskytována ze zdravotního pojištění seniora. Senioři mají volný pohyb, pouze informují personál o své nepřítomnosti, aby mohlo být v případě potřeby zajištěno bezpečí uživatele. Mohou využívat bohatou nabídku aktivizačních programů podle svých zájmů a zálib. Účastní se kulturních a společenských akcí, jezdí na výlety.

Domovy se zvláštním režimem poskytují celoroční ubytování osobám vyžadujícím zvláštní péči. Jde především o jedince s demencí, s Alzheimerovou chorobou, s abusem alkoholu a seniory s psychiatrickým onemocněním. V tomto typu zařízení mají uživatelé omezený pohyb z důvodu jejich bezpečnosti. Zúčastňují se společných vycházek, aktivizačních programů postavených tak, aby mohli využít svých dosavadních schopností a dovedností a ty upevňovat. Platby jsou ve stejném modelu a řídí se stejnými pravidly jako v domovech pro seniory. V praxi se setkáváme se zřízením oddělení se zvláštním režimem v rámci domova pro seniory. Je to praktická ukázka toho, jak lze aktuálně reagovat na změnu zdravotního stavu seniora, aniž by musel být přeložen do jiného zařízení a opustit známé nejen prostředí, ale především zpřetrhat sociální vazby.

4.2.4 Ochrana práv seniorů

Senioři jsou nejohroženější společenskou skupinou. Jsou nadměrně vystaveni nevhodnému i nezákonnému chování druhých lidí. Vzhledem k věku a onemocněním nedokážou rychle a adekvátně vyhodnotit nastalou situaci a přiměřeně reagovat. Stávají se tak snadným cílem trestného jednání pachatelů, nekalých praktik podomních prodejců a další sociálně patologické činnosti. V současnosti jsme svědky opakovaných případů vředlečné činnosti praktikované na starých lidech. Agresivita, nátlak a i použití výhrůzek se však neustále zvyšuje. Jde jednoznačně o porušování lidských práv, jako je svobodné rozhodnutí. Proč se ale staří lidé opakovaně těmto praktikám vystavují a proč jim podléhají, když už dnes mají v tomto směru dostatek informací? Většinou jsou to osoby osamělé, které např. předváděcí akci berou jako možnost navázání sociálních kontaktů se svými vrstevníky, druh společenského setkání, návštěvu neznámých míst a přínos příjemného zážitku. Musíme též vzít na zřetel, že dnešní staří lidé vyrůstali v naprosto odlišných podmínkách, výchova

byla založena na téměř absolutní poslušnosti, neodpírání, potlačování a nevyjadřování svého názoru. Nejúčinnější je tyto nabídky ignorovat, protože jak jednou dá senior příležitost k této nezákonné činnosti, tak podlehne cíleně vyškoleným prodejčům. Dalším bolavým momentem jsou trestné činy na seniorech ve formě okrádání, loupeží, porušování domovní svobody. Staří lidé tyto trestné skutky většinou neoznamují. Obávají se negativní reakce nejen rodiny ale i okolí, stydí se přiznat své pochybení. Nemůžeme bohužel nezmínit i případy parazitování členů vlastní rodiny. To jsou ovšem ty nejsmutnější skutečnosti a nejsou zdaleka ojedinělé. Nejedná se pouze o majetkovou trestnou činnost, ale o mnohem závažnější a bolestnější události, jako je ohrožování druhou osobou, hrubé a nevhodné chování, projevy násilí fyzického i psychického týrání.

Násilí na seniorech dělíme do tří skupin: mezigenerační, děti ubližují svým rodičům, stará osoba je velmi zranitelná a bývá snadným terčem útoku s nízkou schopností obrany, násilí mezi partnery seniory, ať už psychické, fyzické nebo slovní. Poslední skupinou je násilí mimo rodinu. Sem řadíme násilí ústavní, institucionální, které se odehrává v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory, respektive v jakémkoliv zařízení. Senioři často tyto situace řešit nechtějí, nebo nemohou pro nedostatek sil. Bojí se, že by se mohla jejich situace ještě zhoršit. Jedinou radou je vyhledat odbornou pomoc. Vyskytuje se také nenápadné okrádání seniorů při nákupech, kdy se lehce zvýší cena nakupovaného zboží. Senior si zpravidla není jistý, tak bezprostředně nereaguje.

Důležitá telefonní čísla: policie ČR 158, městská policie 156, záchranná služba 155, hasičský záchranný sbor 150, tísňové volání 112, intervenční centrum Praha 281911883, 604231085, Život 90-senior telefon 800157157, Elpida-linka seniorů 800200007, Bílý kruh bezpečí 257371110, Dona linka 251511313Rosa 283, 892772.

4.3 Základní nástroje sociální pomoci

„Základními nástroji sociální pomoci jsou poradenství, prevence sociálně-patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky sociální pomoci (v peněžní a věcné podobě) a sociální služby. Z jejich pouhého výčtu je zřejmé, že řada těchto forem má široký interdisciplinární charakter a vedle sociálního systému zasahuje i do práva občanského, trestního, mezinárodního“ (KREBS, 2007, s. 272).

4.3.1 Poradenství

Vymezit pojem poradenství je možné několika způsoby. Výměna informací mezi poradcem a příjemcem - klientem není pouhé podání zprávy či údaje, ale pojmá se i jako poučení. Je to nástroj sloužící k pomoci řešení problémů, k hledání nových způsobů forem života a proces redukce emočního napětí. Obecně poradenství poskytuje pomoc při řešení složitých životních situací, se kterými se občan sám nedokáže vypořádat. Poradenství je rovněž prevencí před možným vznikem nepříznivých podmínek a následným odstraněním příčin. Plní i funkci nápravnou. Poradenství zahrnuje veškeré oblasti života společnosti a je součástí každodenní činnosti všech sociálních pracovníků.

4.3.2 Sociální prevence

Sociální prevence je velmi významnou součástí sociální pomoci. Je to soubor aktivit, které ovlivňují proces socializace a sociální integrace, vedou ke změně nepříznivých sociálních, socio-ekonomických podmínek způsobujících vznik a případné šíření sociálně-patologických jevů. Cílem prevence jsou: zamezit vzniku příčin negativních sociálních jevů, jejich šíření do dosud nezasazených společenských oblastí a pokus o integraci osob, které svým chováním a jednáním tyto jevy způsobují. Sociální prevence má sloužit především k ochraně společnosti před sociálně-patologickými jevy a chránit tak její hodnotový systém. Prevence je uskutečňována na úrovni celostátní, regionální a hlavně na úrovni místní.

4.3.3 Sociálně-právní ochrana

Tato ochrana je poskytována především dětem a občanům, kteří byli zbaveni způsobilosti k právním úkonům, a dále občanům, kteří své zájmy a práva nejsou schopni vlastními silami uplatňovat. Zdrojem vedoucím k ochraně práv je vyhledávání jednotlivých sociálních subjektů a z toho plynoucí garantovaná prevence sociálně-patologických jevů. Tuto činnost organizuje a financuje přímo stát, nebo výkon svěřuje jinému subjektu za předem stanovených podmínek.

4.3.4 Sociální služby

Zásadní změnu přineslo v této oblasti v naší zemi přijetí zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách. Cílem tohoto zákona bylo řešit financování sociálních služeb, zabezpečit svobodnou volbu čerpání, sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků

a zajistit stabilitu financování, zabezpečit rovnoprávné postavení akreditovaných poskytovatelů, zavést spoluúčast občana, pacienta-klienta při řešení jeho sociální situace, uvést v realizaci individualizaci péče, zrušit paušální pohled na staré a zdravotně znevýhodněné občany. Byla zvýšena odpovědnost a působnost obcí a role příjemce sociální služby. Role státu byla vymezena na poskytnutí příspěvku organizacím zabezpečující sociální službu, kterou zřizuje, byly určeny jednotné podmínky akreditace pro subjekty poskytující sociální služby, byla zabezpečena ochrana občana a posílena jeho role v oblasti příjmu tak, aby si sociální službu mohl koupit. Základním východiskem bylo zavedení dávky „příspěvek na péči“, tato dávka je určena pro krytí části nákladů na potřebnou péči a klient se sám rozhoduje, kterou službu bude využívat pro zabezpečení svých potřeb. Příspěvek na péči je poskytován oprávněným osobám, které využívají pomoci členů rodiny, tzv. přirozených zdrojů, nebo čerpají sociální služby nabízené jiným subjektem.

„ Jde o měsíčně se opakující peněžní dávku, která náleží osobě závislé na pomoci druhé osoby zejména z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, a to v oblasti běžné péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat, uklidit apod.“ (KREBS, 2007, s. 277).

4.3.5 Dávky sociální pomoci

Mezi dávky sociální pomoci poskytované s účinností od 1. 1. 2007, se řadí například příspěvek na živobytí, který je přiznán posuzovaným osobám nacházející se v hmotné nouzi. Dopltek na bydlení v systému pomoci v hmotné nouzi pokrývá odůvodněné náklady na bydlení v těch případech, kdy příjem po úhradě nákladů na bydlení nestačí pokrýt úhradu živobytí. Nárok na doplatek na bydlení nevznikne, pokud dotyčná osoba odmítne možnost levnějšího bydlení, které jí může zprostředkovat obec, v níž je hlášena k trvalému pobytu. Netýká se osob starších 65 let.

4.4 Změna a ztráta rolí

Pro každého člověka je v životě velmi důležité někam patřit, plnit celou řadu společenských rolí, které se v průběhu času proměňují. Tím nejvýznamnějším, bazálním

prostředím je pro jedince jeho rodina, v níž se učí mnohým dovednostem, individuaci, socializaci, učí se normám a hodnotám, které mu pomáhají se v životě orientovat, snadněji přebírat odpovědnost za své budoucí chování a jednání. S přibývajícím věkem dochází k výrazným změnám a ztrátám sociálních rolí v rodině, v práci, ve společnosti. Každá změna či ztráta silně zasahuje do dosavadního života seniora. „ *Co zásadně mění obraz života ve stáří: a/ ztráta autonomie – omezení schopnosti být sám sebou, omezení možnosti svobodně volit místo, čas, osoby, činnosti a nečinnosti s druhými osobami, b/ ztráta kontroly nad svým životem – omezení vlivu na vykonávané činnosti, snížení míry zodpovědnosti za svá rozhodnutí*“ (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008, s. 69).

Změna pracovní role, odchod do důchodu, s sebou přináší ztrátu pracovního kolektivu, sociálních vztahů s kolegy, ztrátu navyklých pracovních činností a zodpovědnosti za ně. Změna role rodičovské, matka - otec je provázena ztrátou dětí, které opouštějí domov, pocit prázdného hnízda. Změna společenské role v sobě nese riziko vzniku sociální izolace, osamělosti. Takovou změnou může být nemoc, smrt blízké osoby, partnera. Změna v bydlení, odchod do institucionální péče – do domova pro seniory, do nemocnice přináší ztrátu soukromí a vlastního domova. Snížení fyzických sil a psychických schopností je provázeno omezenou sebepéčí, samostatností a soběstačností, která může vyústit v závislost na druhé osobě. Postupná ztráta smyslových funkcí způsobuje svému nositeli zhoršenou orientaci, zpomalené reakce, stres, úzkosti, z toho plynoucí jiné chování a jednání. Proměny fyzického vzhledu mohou snižovat zájem o svou osobu ve smyslu péče o sebe, v úpravě zevnějšku, ztrátu zájmu účastnit se společenského života.

5 Potřeby seniorů

Lidské potřeby a jejich uspokojování je spojováno s kvalitou života, to platí obecně, nejen pro seniorský věk. Naplňování potřeb má svou specifickou sociální povahu. Vede nás k hledání způsobů a určitých podmínek k saturaci našich potřeb, nebo vyhýbání se určité podmínce, která je pro saturaci dané potřeby nepříznivá. Potřeby člověka jsou výsledkem neustálé vzájemné interakce hodnot, rozumového a emotivního rozhodování. Nepřetržitě se prolínají, vzájemně podmiňují a ovlivňují. „*Všichni lidé, (mladí, staří, zdraví, nemocní) mají společné potřeby, avšak potřeby jedince doznávají v průběhu života změny z hlediska kvantity a kvality, mění se množství i priority jednotlivých potřeb*“ (PŘIBYL, 2015, s. 32).

Na lidské potřeby lze pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Pro zachování života jsou důležité potřeby nižší, primární, fyziologické, motivující člověka, aby se staral o své tělo a zdraví z fyziologického hlediska. Uspokojování vyšších, sekundárních, psychologických potřeb je dlouhodobým procesem. Patří sem potřeba sounáležitosti, seberealizace, uznání druhými, sebepřijetí, potřeba komunikace ve společenství lidí. Podílí se na vývoji individuality člověka a tvorbě osobnosti. Z holistického přístupu dělíme potřeby na biologické, psychologické, sociální a duchovní.

5.1 Potřeby seniorů starších 80 let

Základní potřebou každého člověka bez ohledu na věk je bezpečí, myšleno fyzického, psychického i sociálního charakteru. Tato potřeba je stálá během celého života, ale výrazně se s věkem mění subjektivní význam, který odráží jedinečnost každého jednotlivce.

5.1.1 Bezpečí fyzické

Zabezpečení fyzické stránky člověka v sobě zahrnuje péči o tělo, potřebu aktivity, odpočinku, spánku, jídla, pití, vyprazdňování, atd., hovoříme o biologických a fyziologických potřebách. Velký význam klade senior na potřebu mobility pokud možno v co nejširším rozsahu, nebo alespoň v rámci svého obydlí. Pokud situace vyžaduje, používání kompenzačních pomůcek je výrazným ulehčením či dokonce samotným umožněním pohybu. Další podporu jedinec získává v přítomnosti druhé osoby, která ho pouze doprovází, vytváří mu tak příznivou psychickou jistotu, senior se cítí bezpečně, i když ví, že dotyčná osoba by ho nemusela či nemohla fyzicky zvládnout.

U imobilních osob je vhodné, pokud okolnosti vyžadují, používat úpravy lůžka. I přes veškeré tlaky na nevhodnost používání postranic, je pro mnoho jedinců pobývajících dlouhodobě na lůžku přítomnost tohoto druhu zabezpečení podstatným prvkem přinášejícím pocit uklidnění a jistoty. Může být i dobrou prevencí před pády a jinými druhy úrazů. Vždy je třeba brát v úvahu aktuální situaci - pokud se jedinec nachází v době neklidu, naopak volíme jiný druh zabezpečení, mohl by se o postranici poranit. Velkou překážkou pro mobilitu osob je přítomnost bolesti, která jim nejen signalizuje, že se v těle děje nějaký nežádoucí proces, ale v mnoha případech aktivní pohyb znemožňuje. Požívání analgetik by však nemělo překračovat určitou hranici, efektivnější je pátrat po příčině a tu řešit. Farmaka podávat po nezbytně nutnou dobu.

5.1.2 Bezpečí sociální

Mezi sociální bezpečí lze zařadit ekonomické zabezpečení. To staří občané vnímají jako vědomí dostatku finančních prostředků na živobytí. Dostanou-li se z jakýchkoliv důvodů do peněžní tísně, vyvolává to u nich pocit úzkosti a obav z budoucnosti. Svou roli jistě sehrává již předešlá zkušenost týkající se materiální nouze, pokud ji jedinec zažil. Hrozí tu však další nebezpečí a tím jsou nově vzniklé dluhy. Jak bylo výše popsáno, dnešní doba je pro staré občany složitá, těžko se v ní orientují a mohou podlehnout různému podvodnému jednání jiných osob a tím se dostat do finančních obtíží. Za své jednání se však většinou stydí, bojí se reakce okolí, nepřiznají svou situaci. Sociální bezpečí je dlouhodobě pozitivně ovlivňováno zdravými funkčními rodinnými vztahy a společenskými kontakty.

5.1.3 Bezpečí psychické

Psychické bezpečí představuje pro seniory jednu z nejdůležitějších podmínek kvality života. Přináší pocit jistoty, spokojenosti a klidu. Každý jedinec má tuto potřebu poněkud odlišnou, ale k těm nejvýznamnějším zajisté patří potřeba vhodného bydlení. Je ochranou před světem vnějším, před nevítanými návštěvami, proto je žádoucí obydlí i vhodně zabezpečit. Vnitřní uspořádání zjednodušit, odstranit nebezpečné prvky, pokud to vyžadují okolnosti, zajistit bezbariérovost. Domov je jistotou, pocit – doma – je nezbytný pro pozitivní ladění psychiky. Citová vazba k domovu je jednou z nejsilnějších, a proto také staří lidé velmi těžko svá obydlí opouštějí, i když jejich zdravotní stav vyžaduje jinou formu bydlení. Přejí si zůstat doma, pro ně známém, příjemném prostředí, splňující všechny jejich požadavky. Pokud však situace vyžaduje řešení, je třeba postupovat velmi citlivě, seniora na změnu připravovat,

dát mu dostatek času ke zpracování tohoto tématu a tak eliminovat výši stresu, který tato situace přináší.

Člověk je společenský tvor po celý život. Je pro něho významný pocit sounáležitosti, participace na životě rodiny, komunity, společenství. Je přínosné starého člověka utvrzovat v jeho pocitu potřebnosti a přínosu. Podporovat ho v udržování sociálních kontaktů, rozvíjení vzájemných vztahů s vrstevníky, navazování nových sociálních komunikací. Starý člověk potřebuje mít dostatek informací o dění kolem sebe, touží vyjadřovat svůj názor a postoje, nabízet své zkušenosti. Potřebuje být ve vztazích, tím si upevňuje své stávající role, své pevné místo. V případě potřeby se mu tak dostává podpory a pomoci nejen od rodinných příslušníků, ale i od dalších osob. Potřeba lásky je celoživotní, dostávat ji a zase dávat, tento nepřetržitý tok by neměl zmizet ze života ani v tomto čase. Ba naopak, je pro pocit bezpečí v tomto období života téměř nejvýznamnější. S tím souvisí potřeba autonomie, sebeaktualizace. Pokud je člověk schopen rozhodování sám o sobě, neodpírat mu tuto možnost, ale naopak ho v této dovednosti podporovat. Fyzicky závislý jedinec je a může zůstat psychicky nezávislý. S potřebou autonomie jde ruku v ruce i pocit užitečnosti, nebýt na obtíž rodině či jiným osobám. Tu seniorovi zajistí maximálně možná soběstačnost, držet si vlastní důstojnost a nezávislost. Seberealizace seniorů je dalším prvkem psychického bezpečí. Tady se setkáme s jedinci dosud aktivními, kteří svým chováním a jednáním zpomalují stárnutí. Udržují se v mentální svěžesti, hledají nové způsoby rozvoje, nový způsob života. Jsou členy v různých spolcích, klubech, navštěvují kurzy, kulturní a společenské akce, zajímají se o nové zkušenosti. Naproti tomu se setkáváme se seniory uzavřenými, podléhajícími změně v životním rytmu.

Potřeba sebeúcty, kladného sebehodnocení a důstojnosti je budována již od útlého dětství. Nejsilnější formování spadá do období adolescence. Míra sebedůvěry a sebeúcty ve stáří ovlivňuje adaptaci na změněnou situaci, akceptaci snížené soběstačnosti. *„Důstojnost osobní identity starých lidí bývá poškozována nejružnějšími fyzickými zásahy (poranění), ale zejména psychickou újmou (nevhodné až hanlivé oslovování, ponižování, bránění ve styku s jinými osobami, v pobytových službách poté nepřiměřené obnažování během intimních úkonů, jakými jsou např. hygiena, vyprazdňování). Zmíněné újmy vedou u seniora k úzkosti a vnímání sebe sama jako bezmocného, jehož osud leží v cizích rukou“* (PŘIBYL, 2015, s. 82).

„Jsme všichni na jedné lodi, atakují nás stejná pokušení, my křesťané i my ateisté, čelíme stejným otázkám a potýkáme se se stejnými problémy. Ani jedni, ani druzí nejsme hlasatelé konečné pravdy, a jedni i druzí, jsme-li dobré vůle, chceme být jejich pokornými služebníky“ (VÁCHA, 2011, s. 127). Duchovní, neboli spirituální potřeby se nevztahují pouze k věřícím osobám, ale k nám všem. Smysl života, účel vlastní existence, to vše přesahuje pozemský život a týká se každého jedince. Přinášejí odpovědi na otázky, kdo jsem, odkud jsem přišel, kam směřuji.

„Člověk, který má vyšší míru smysluplnosti života, se jeví jako ten, který výrazněji zažívá směřování své činnosti k určitému cíli, snaží se o dosahování cílů, které jsou v harmonii s jeho celkovým životním zaměřením, je spokojenější s tím, co dosud v životě udělal, má jasněji v otázkách účelu svého žití a je rozhodnut prožít další fázi svého života jako smysluplnou činnost“ (KŘIVOHLAVÝ, 2006, s. 105).

Jde o kontakt a vztah s tím, co přesahuje smyslové a rozumové vnímání, označované jako transcendence. Smysl života ve stáří nabývá stále větší významnosti, pocit naděje a potřeba otevřené budoucnosti je naplňována příchodem dalších generací. *„ Takové možnosti naplnění smyslu situací, vztahů či událostí jsou pro každého člověka s jeho jedinečnými schopnostmi a jedinečnými omezeními také vždy jedinečné, i když nabízejí naplnění společně sdílených a objektivně existujících hodnot. Někdy spočívají v tom, něco dobrého vytvořit, jindy v tom, něco dobrého prožít – a někdy třeba jen ve statečném postoji, s nímž snáší i svou nemohoucnost něco dobrého učinit nebo prožít. Úkol, který člověku v různém věku, různé situaci a s různými možnostmi právě připadne, bývá často velmi odlišný a na pohled i velmi rozdílně významný. Na tom však nezáleží. Záleží na tom, rozpoznat, co je zjevně velkého, nebo zjevně nepatrného tu nyní je právě pro mě, a s tím se co nejlépe vypořádat“ (BALCAR, 2007, s. 13). Saturace duchovních potřeb podporuje dosažení celistvosti, integrity. Je to přijetí sama sebe se všemi silnými a slabými stránkami, přijetí sama sebe takového, jaký jsem, naučit se dělat kompromisy, odpouštět a těšit se na to, co přijde. Odpouštění není souhlasem ani zapomenutím negativních skutečností, které dotyčný udělal, ale je to zbavení se bolesti, kterou dotyčný způsobil. Tato schopnost přináší uklidnění.*

Potřeba komunikace nás provází celým životem. Způsob úspěšné komunikace se seniory má několik předpokladů. Je to zájem a ochota komunikovat. Pokud se senior rozhodne k uzavřenosti a pasivitě, nelze si jeho aktivní přístup ke komunikaci vynucovat. Výhodnější je hledat možnosti změny, příčiny této skutečnosti a s nimi pracovat. Bez

zohlednění stáří, zdravotního stavu, úrovně mentálních a kognitivních schopností a především respektu a úctě k jedinci nebude komunikace úspěšná. Naslouchání, tj. vnímání řečeného, reflektování verbální i neverbální složky sdělovaného, není jen pouhé slyšení. Naslouchání je aktivní proces probíhající v prostředí důvěry, je to výhodný prostor k vyjádření podpory a ocenění.

Zrcadlením a parafrázováním jedince ubezpečujeme, že máme o něho zájem, že jeho sdělení je pro nás důležité. „*Parafrázováním sdělení a pocitů pacienta pronikáte do toho, čím pacient prochází, a projevujete o to zájem. Svou empatií dáváte najevo, že rozumíte tomu, co si myslí a cítí*“ (GANGALE, 2004, s. 31). Být dobrým posluchačem se neustále učíme, zdokonalujeme a rozvíjíme tuto dovednost. Kvalitní komunikace má vysokou profesionální hodnotu. Dáváme zpětnou vazbu komunikujícímu, je utvrzením našeho zájmu a pochopení obsahu sdělení.

5.2 Zásady správné komunikace se seniory

Doprovázející osoby, rodinní příslušníci i profesionálové z řad pečujících multidisciplinárních týmů by měli mít vždy na paměti fakt, že při komunikaci se seniory hovoří s dospělými lidmi. Výraz slova senior sděluje, že dotyčná osoba je starší než někdo jiný v rodině nebo ve společnosti. Komunikace je oboustranný proces, tok informací, sdílení. Tento proces by měl probíhat v klidném, příjemném prostředí, které dává komunikujícím pocit soukromí a bezpečí. Aby mohla být komunikace vůbec zahájena, je třeba vstoupit ve vzájemný kontakt, respektovat obvyklé společenské zvyklosti jako je zdvořilý pozdrav, představení, uvedení do místnosti, nebo získání svolení vstoupit do soukromého prostoru dotyčného. Vždy dbát na odpovídající oslovení – paní - pane, vyvarovat se ageismu, projevu diskriminace starých osob, například věta - co byste, paní, chtěla ve svém věku. Nepoužívat zdvořiliny, neinfantilizovat. Hovor vést v klidném tempu, beze spěchu a nervozity. Neklid vyvolává u seniorů zhoršené soustředění, zbrkllost, překotnost, anebo pasivitu a stažení, s následným pocitem nedůvěry, úzkosti a obav. Je třeba dát najevo zájem, vstřícný postoj, pozornost, respekt, snažit se nepřerušovat probíhající sdělení, být empatický. Aktivně naslouchat, dávat zpětnou vazbu potvrzením o srozumitelnosti, o pochopení obtíží, vyjádřit soucítění, nebagatelizovat. Být autentický, v případě pochybnosti se doptat, zjistit více informací. Citlivě a nenásilně držet strukturu rozhovoru, vnímat hranice obou komunikujících, nenechat rozhovor časově příliš rozvolnit. Pokud dotyčná osoba špatně slyší, mluvit nahlas,

pomalou, zřetelně vyslovovat, umožnit odezírání, proto zajistit vhodnou polohu. Neopomenout eliminovat rušivé zvuky, nezvyšovat neopodstatněně hlas, dotyčná osoba by mohla být zneklidněna. Pokud má senior potíže se zrakem je třeba zajistit dobré osvětlení, bezpečné prostředí. Využívat prospektů, informačních brožur tištěných velkými písmeny. Mít na zřeteli, že kolem jedné třetiny seniorů ve věku nad osmdesát let trpí kognitivní poruchou a tomu rozhovor přizpůsobit. *„je nezbytné zohlednit aktuální stav kognitivních schopností a emocionální charakteristiku, (aktuální psychický stav), v dané situaci s ohledem na pragmatický aspekt komunikace, tedy s ohledem na důsledek v jednání a chování seniora“* (POKORNÁ, 2010, s. 15). Je třeba se vyhýbat složitému pojmosloví, příliš odborným výrazům a reflektovat vnímání dotyčného, informace zopakovat. U osob s poruchou komunikačních dovedností využijeme přítomnost druhé osoby, rodinných příslušníků a jiných doprovázejících. Z výše popsaného plyne, abychom byli v rozhovoru se starými lidmi laskaví, trpěliví, plní respektu a úcty. Být respektován je základní lidská potřeba. Starý člověk je svým věkem, zdravotním stavem i sociálním postavením negativně zatížen, pokaždé v jiné intenzitě.

Uvádím v bodech shrnuté zásady efektivní komunikace se seniorem:

- a) respektovat identitu, oslovovat jménem, pokud má dotyčný titul a je zvyklý na toto oslovování, tak i titulem,
- b) neinfantilizovat, nepoužívat zdrobněliny,
- c) chránit důstojnost starého člověka, neupozorňovat na jeho nedokonalosti a deficity, dotyčného nepodceňovat,
- d) pozorně vyslechnout, dát dostatek času, mít na paměti princip zpomalení mluvy, chápání, pozornosti seniora,
- e) nebagatelizovat názory, nepodceňovat, neironizovat,
- f) zopakovat a zvýraznit důležité informace, popřípadě zapsat na papír, dát informační leták, brožuru,
- g) přizpůsobit rozhovor komunikačním bariérám, které během setkání ověříme, reflektovat poruchy sluchu, zraku, psychické a duševní onemocnění,
- h) mluvit jasně, stručně, srozumitelně, přehledně, uceleně, nezahlcovat zbytečnými daty,
- i) udržovat oční kontakt, být v zorném poli osoby,
- j) nezvyšovat hlas, pokud si nejme jisti nedoslýchavostí, eliminovat jiné rušivé zvuky, hluk, šumy,

- k) v případě potřeby dopomoci s úkony kolem osoby seniora, odložit oděv, uvést na místo,
- l) poskytnout seniorovi základní kontakt, pravidelné telefonáty, návštěvy,
- m) nenutit dotyčného k aktivitám a jiné činnosti, pokud si to nepřeje, ale zároveň podporovat jeho motivaci k aktivitě,
- n) pokud je senior soběstačný, musí se naučit být sám, tedy nenechat si řídit vlastní život seniorem, nepodlehnout manipulaci,
- o) podporovat starého člověka k životu v jeho přirozeném prostředí, neorganizovat a neřídit jeho život, pokud to dokáže sám,
- p) nenechat se obtěžovat nevhodným chováním a jednáním starých lidí,
- q) podpořit seniora v kontaktech se zvířaty, pokud je na ně zvyklý a má o ně nadále zájem
- r) reflektovat jeho aktuální zdravotní stav, zohlednit únavu, neklid, smutek, emoční labilitu, být laskavý, trpělivý.

Spektrum problematiky odpovídající komunikace se starými lidmi je značně rozmanité. Záleží na komunikačních dovednostech především zainteresovaných osob doprovázejících seniory. Rodinní příslušníci většinou dobře znají svého starého člena, rozhovor přizpůsobují jeho zvyklostem, způsobu vedení komunikace, dovednostem a schopnostem, hovoří s ním podobným způsobem, na který byl zvyklý. Profesionálové pracující na úrovni doprovázení v prostředí zdravotních a sociálních zařízení, ve službách a na kontaktních místech by měli být neustále vzděláváni v komunikačních technikách, své dovednosti a schopnosti nepřetržitě prohlubovat a zdokonalovat. Je třeba zohlednit celou řadu aspektů seniora, jeho mentální úroveň, emoční a sociální inteligenci a podle toho vést rozhovor s cílem dosáhnout maximální efektivity a přínosu pro danou osobu. „*Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat – i uchlácholit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež*“ (VYBÍRAL, 2009, s. 21). Základem úspěšnosti je k seniorovi přistupovat s respektem, jednat s ním s úctou a chovat se k němu jako ke svébytné jedinečné osobnosti, která se potýká s mnoha omezeními a prochází možná složitým životním obdobím, se kterým si neví rady. Přesto je možné, aby i tento čas byl časem osobního růstu. Takovýto přístup je vhodnou prevencí před izolací, pocitem obtěžování druhých, zbytečností a osaměním.

6 Praktická část, případové studie

V praktické části jsou uvedeny čtyři případové studie. Ve všech čtyřech případech se jedná jedince s věkem vyšším osmdesát let. V prvním případě je popsán imobilní jedinec, plně odkázán na pomoc druhé osoby žijící v zařízení poskytující sociální služby s nepřetržitou ošetrovatelskou a pečovatelskou péčí. Druhá studie popisuje částečně soběstačného seniora využívajícího zařízení nabízející pobytové služby společně s pečovatelskou pomocí. Třetí studie předkládá případ osoby žijící v domácím přirozeném prostředí, která využívá některou z forem terénní zdravotně-sociální pomoci. V poslední čtvrté studii je příběh seniora soběstačného, žijícího v domácím prostředí, dosud využívajícího pouze určitou formu sociální pomoci a společenské podpory. Rozhovory byly vedeny s jednotlivými respondenty v jejich současném místě pobytu. Struktura vedení rozhovoru byla společná pro všechny respondenty případových studií. Písemný souhlas od všech respondentů je k dispozici.

6.1 První případová studie

6.1.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání

Paní A. se narodila v roce 1931 jako prvorozené dítě. Postupně do rodiny přišli ještě dva sourozenci, bratři, do jejichž péče byla paní velmi brzy zapojena. A tak také vzpomíná na své dětství, hodně pomáhala matce v domácnosti a k tomu hlídala a starala se o oba chlapce. S postupem let přebírala stále více zodpovědnosti, na matku nebylo spolehnutí, sama zastávala většinu domácích prací a k tomu péči o dorůstající bratry. Majetkové poměry nebyly dobré, skoro nic neměli, ale snad si to ani neuvědomovali, protože to byla běžná situace ve většině okolních rodin. Byla válečná léta, hlavní starostí bylo zajistit potravu, nepamatuje si, že by někdy vyloženě hladověli, ale že by se jednalo o dostatek, tak to jistě ne.

6.1.2 Mládí, dospělost

Paní po skončení školy nastoupila jako úřednice do kanceláře továrny, kde se postupem času vypracovala na vedoucí dispečinku. V práci byla velmi spokojená, pro svou veselou a přátelskou povahu oblíbená u kolegů i kolegyň, ale především u nadřízených pro pečlivě a vždy včas vykonanou práci. Pokud bylo třeba, byla ochotná pracovat přes čas, doma ji nikdo nečekal. A ona byla ráda, že si může vydělat nějakou korunu navíc. Měla ráda pěkné věci, vkusně se oblékala. Peníze, které ji zbývaly, většinou porozdávala v rodině. V té době také nadále pomáhala své matce. Roky plynuly, paní se neprovdala. Děti nemá.

Ale vzhledem k tomu, že se vždy aktivně zajímala co se děje v rodinách bratrů, často hlídala neteře a synovce a ti velmi rádi svou tetu navštěvovali a pobývali u ní o víkendech a prázdninách. Bratři automaticky přijímali stále pokračující pomoc a také finanční podporu své sestry, tak jak byli zvyklí od dětství. Mezi záliby by paní zařadila společenský život, měla ráda veselou, přátelskou atmosféru, kdy se všichni dobře bavili. Záleželo jí na tom, aby doma měla čisto a útulno, to se odráželo i v jejím příjemně a vkusně zařízeném bytě. V takovém prostředí ráda odpočívala, četla si, sledovala televizi. Pomáhala také sousedům, prý nikdy neuměla nikoho odmítnout. Ráda je zvala na návštěvy, kdy nikdy nechybělo pohoštění. Paní bývala výborná kuchařka. Celý život se potýkala s určitým stupněm nadváhy, vyzkoušela řadu diet, a přestože nebyla sportovní typ, pořídila si domů rotoped, aby se přinutila k pohybu.

6.1.3 Odchod do důchodu

Když přišel čas odchodu do důchodu, tak se jí ani nechtělo, byla dosud vitální a v práci opravdu spokojená. I zaměstnavatel o ni měl zájem a tak ještě několik dalších let pracovala. Zvykání si na velkou změnu rytmu života v době ukončení zaměstnání bylo značně náročné. Přestože si udržovala staré kontakty s přáteli a známými, kterých měla hodně, stále jí zbývalo hodně volného času. Ten opět většinu nakonec věnovala širší rodině. Hlídala děti neteří a synovců, vyzvedávala je u školy, doprovázela je na kroužky, starala se, aby pravidelně jedly kvalitní stravu s dostatkem zeleniny a ovoce. Teprve pak měla čas sama pro sebe. Tuto činnost vykonávala ráda, přinášela jí potěšení a naplnění života. S přibývajícím věkem se začaly objevovat zdravotní obtíže. Nejprve to byl vysoký tlak, přidala se cukrovka, diabetes mellitus druhého typu. Zpočátku stačila dieta, později musel být nasazen inzulin. Střídala se období dekompenzace, paní přiznává, že nebyla vždy ukázněný pacient a často porušovala dietu. Takto plynulo mnoho let, až došlo k velmi závažné komplikaci.

6.1.4 Komplikace zdravotního stavu

Po náhlém zhoršení zdravotního stavu, psal se rok 2000, byla paní převezena ve velmi vážném stavu na urgentní příjem, kdy byla zjištěna celková sepse organismu. Po zajištění stabilizace musela být provedena tracheostomie, uvedení do umělého spánku. Paní byla bezprostředně ohrožena na životě. Když pominulo kritické období a zdravotní stav pacientky to umožnil, byli lékaři nuceni přistoupit k amputaci obou dolních končetin ve výši pod kolena a k tomu ještě posledních článků některých prstů obou rukou. Zdravotní stav pacientky

se velmi pomalu postupně zlepšoval. Jak sama říká, nejstrašnější probuzení v jejím životě bylo po narkóze po operaci. Umět přijmout, postupně si zvykat a učit se i žít s tímto těžkým handicapem bylo zprvu nad její síly. Dodnes neví, jak to zvládla. Po mnoha týdnech léčby v nemocnici byla přeložena na doléčovací péči na další tři měsíce. Na toto období vzpomíná jako na dobu největšího utrpení. Ví, že vnímala asi jinak, přístup některých osob zdravotního a ošetrovatelského personálu byl však pro ni ponižující a nepřijatelný, ale nic jiného jí nezbývalo než to vydržet. Moc si přeje, aby už nic takového podstoupit nemusela. V té době si začala uvědomovat, jak moc se změnil její život. Z naprosto samostatné, soběstačné, nezávislé a svébytné osoby, je naprosto závislá, nesoběstačná, odkázaná na pomoc druhých. Nejvíce ji trápila otázka, co bude dál, kde a jak bude bydlet, protože vrátit se domů nepřipadalo v úvahu. Tentokrát jí velice pomohl bratr, zjistil potřebné informace, navštívil konkrétní instituce, a když se blížil konec doléčovacího pobytu, tak měla paní vyřízený nástup do nově otevřeného pobytového zařízení sociálního typu s nepřetržitou zdravotní a ošetrovatelskou péčí.

6.1.5 Sociální služby v sociálním zařízení

Paní žije v sociálním zařízení pátým rokem. Musela si zvyknout na úplně neznámé prostředí, nové lidi, kteří se ještě často střídají, na nový režim a v neposlední řadě na spolubydlící. Bylo toho na ni opravdu navaleno k neunesení. Pokoj, ve kterém bydlí, je dvoulůžkový, čistý, slunný, není na něm žádná závada. Má své lůžko, noční stolek a skříň, toto vybavení je stejné i pro její spolubydlící. S čím se dodnes paní potýká, je naprostá ztráta soukromí. Pokoj je nepřetržitě přístupný personálu, který opakovaně a mnohokrát denně přichází, někdy méně vhod, někdy nadbytečně. Naopak je zase vděčná, že je v zařízení, které jí umožňuje mít nepřetržitou ošetrovatelskou a pečovatelskou péči. Pokud se její stav zhorší, je možné požádat o přivolání lékaře či odvozu do zdravotnického zařízení. Ochota personálu je velmi různorodá, jak sama říká, toto není o systému, to je o lidech, někteří jsou naprosto úžasní, milí, vstřícní, dobře vykonávající svou práci, jiní naopak nepečliví a svou práci odbývají. S tím se musí sama vypořádat a podle toho se zajistit. Je domluvena s některými z nich, že určité ošetření si nechá provést od těch, se kterými je spokojená. Nemá ráda konflikty, proto hledá cestu jak jim předcházet. Často se potýká se způsobem komunikace, který personál uplatňuje. Jsou netrpěliví, pořád někam spěchají, nedávají jí prostor a čas k vyjádření jejích potřeb, často jim nerozumí, a když se zeptá, odpověď nepřijde. Velkou většinu dne tráví na lůžku, dříve byla častěji posazována na invalidní vozík, ale bohužel měla

nehodu, a od té doby se hodně bojí. Čas si naplňuje posloucháním radia, sledováním televize a čtením. Stále se zajímá o dění kolem sebe. Poslední dobou se jí zhoršil zrak a tak musí vkládat delší přestávky. Nabízený program v rámci zařízení zatím odmítá, chce mít svůj klid. Je ráda za návštěvy rodiny, která si ji bere na některé víkendy a všechny svátky k sobě domů. Užívá si jejich blízkost, lásku a pohodu jejich domova. Odmítá návštěvy svých známých a bývalých kolegů, protože si nepřeje, aby ji viděli v takovém stavu, ale ráda přijímá jejich povzbudivé vzkazy, pozdravy a vzpomínky. Pouze jedna kamarádka, celoživotní přítelkyně, které kdysi ona sama velmi pomohla, za ní pravidelně přichází a to jsou jedny z nejkrásnějších chvil, na které se vždy těší. Spolubydlící paní, mimochodem už třetí v pořadí, to je také problém, zvykat si opakovaně na někoho nového, je velmi hodná, tichá, nenápadná, bohužel málo slyšící a s demencí, tak jejich komunikace není nijak bohatá. Zařízení zajišťuje pravidelné stravování i s dietním režimem, který plně využívá. Ne že by jí vždy chutnalo, prý vařila mnohem chutněji, ale stejně nic jiného nebude, tak s vděkem přijímá, co má prostřeno. Občas využije služby fyzioterapeutky.

Na otázku, zda před svou nemocí věděla o možnosti pomoci od státu v případě potřeby, odpovídá, že ne. Nikdy o tom nepřemýšlela, aby se zajímala, jaká je nabídka podpory a zda vůbec nějaká existuje. Ani ji nenapadlo, že by mohla někdy něco takového využívat. Ví, že má vzhledem ke svému zdravotnímu problému nárok a pobírá příspěvek na péči, a to v nejvyšší hodnotě. Za to je ráda, že takový systém existuje. S úsměvem hned dodává, že si během svých dlouhých pracovních let něco málo předplatila. V zařízení jdou peníze od uživatelů na účet zařízení, důchod i příspěvek na péči. Z důchodu jim zbude patnáct procent, ostatní finance zůstávají zařízení. Prý s penězi vyjde, ale už to není jako dřív, kdy našetřila a rodinu pravidelně obdarovávala. Přesto vždy maličkost či malou pozornost hlavně dětem může dát. Ještě má nějaké úspory, na ty ale nechce sahat. Prý je z generace, která si nepůjčovala, koupila pouze to, na co měla nebo našetřila. Někdy ji zlobí, že často nerozumí mediálnímu podání problematiky financování důchodů a dalších složek. Ano, svět se hodně změnil, ale to že žijeme déle, za to nemůžeme, že máme závažné problémy, taky většinou ne. Celý život pracovala, snad 2x využila pracovní neschopenku. Je jí nepříjemné poslouchat, že je někomu na obtíž. Myslí si, že těm, co o nás rozhodují, a nejvíce to prezentují, je jim úplně ukradená.

6.1.6 Současný zdravotní stav

V současné době se paní cítí uspokojivě. Nemá zásadní zdravotní problémy, hladina cukru stále kolísá, ale v rámci určité tolerance. Paní je pod stálou kontrolou diabetologa. Inzulinová léčba, aplikace 3x denně, je doplněna vyváženou stravou na dietě. Pahýly po amputacích jsou klidné, dobře zhojené. Občas - a to prý má vysledované, kolem úplňku ji zlobí fantomové bolesti. Opakovaně se jí vrací kožní problémy mykotického charakteru. Je to odvislé od úrovně kvality prováděné hygieny personálem zařízení. Občas musí požádat, zda by ošetřující mohly být pečlivější. Zhoršujícím se zraku věnuje pozornost, je sledovaná lékařem, oči nepřemáhá, dává si dostatečné přestávky odpočinku, aby očím ulevila. Mívala potíže se spaním, ale to je lepší. Pokud je potřeba, požádá o medikament, který má k dispozici. Rodina jí v rámci návštěv přináší pro zpestření pokrmy, na něž byla zvyklá, které se v rodině vařily. Příbuzní dbají na dostatečné množství zeleniny a vhodného ovoce. Paní má o sebe stále zájem a i přes velké komplikace, které jí v životě potkaly, dbá o svůj vzhled. Pravidelně za ní dochází kadeřnice. Manikúru jí zajišťuje personál v rámci hygieny. Navzdory všem těžkostem, které jí současný zdravotní stav přináší, je ráda, že situaci před lety zvládla a že může dál sledovat dění kolem sebe. Má ráda některé konkrétní osoby z řad ošetřujícího personálu, je jim vděčná za pomoc, kterou jí poskytují. Ráda s nimi sdílí své starosti i radosti a naopak. Vždy jim ráda vyjádří ocenění, poděkování a to, jak si váží jejich pomoci. Myslí na ně v čase Vánoc, obdaruje je maličkou pozorností. Moc si užívá svého mnohaletého přátelství s kamarádkou z mládí. Nejvíc jí však těší dobré vztahy s širší rodinou, je jim vděčná za vše, co pro ni dělají. Velice ráda s nimi tráví čas, těší se na každé setkání a dá se říci, jsou to pro ni taková malá sluníčka v dosti často oblačné obloze.

6.2 Druhá případová studie

6.2.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání

Paní B. se narodila v roce 1936. V rodině bylo celkem dětí pět, ale dvě děti velmi krátce po porodu zemřely. Byla válečná léta, starostí bylo víc než dost, ale děti vždy měly co jíst, hlad téměř nepoznaly, jejich základní potřeby byly vždy uspokojeny. Dětství bylo nejen obdobím her a uskutečňování snů a fantazií, ale i malých povinností. Pomáhat v domácnosti bylo v té době naprostou samozřejmostí, každé z dětí vědělo, které úkoly musí splnit, jaké povinnosti se musí zhostit. Rodinné prostředí bylo harmonické.

6.2.2 Mládí, dospělost

Po skončení učení nastoupila paní jako úřednice do spořitelny, kde pracovala mnoho let a byla v práci velmi spokojená. Vdala se, narodily se dvě dcery, rodina prožívala běžné radosti a starosti, jako většina ostatních. Otec rodinu zanedlouho opustil a paní zůstala na péči o dvě děti sama. Vzhledem ke své dobré fyzické kondici, celkové vitalitě a optimistickému osobnostnímu ladění toto náročné období zvládla, dcery jak dospívaly, matce pomáhaly. Doma měly příjemnou rodinnou atmosféru, kde se všechny rády setkávaly. Dcery po ukončení studií opustily rodinné hnízdo a založily si vlastní rodiny. Dnes má paní ke svým dvěma dcerám ještě pět vnoučat a pět pravnoučat, ze kterých se velice těší. Jak říká, všechny moje děti jsou mou velkou radostí a největším štěstím. Ale také starostí, uvědomuje si, že o další přicházející generaci jsou starosti trochu jiného charakteru, ale jistě intenzivnější. Přestože byla ještě řadu let v zaměstnání, na děti si čas vždy našla. Kromě rodiny se věnovala celé řadě zájmů, kterými si zpříjemňovala chvíle volna, při kterých relaxovala a nabírala nové síly. Žila spokojený život, byla zdravá, netrpěla žádným výrazným nedostatkem. Pro svoji pozitivně laděnou, společenskou, příjemnou a vstřícnou povahu byla oblíbená v kolektivu. Navazovala a udržovala přátelské vztahy, některé jsou funkční dodnes. Zajímala se o dění kolem sebe, nebyla lhostejná k věcem všeobecně prospěšným. Uměla a nebála se projevit svůj názor, totiž vyjádřit se k různým společenským situacím.

6.2.3 Odchod do důchodu

Do důchodu paní odcházela před dvaceti čtyřmi roky. Vzpomíná na tu dobu jako na značně těžké období. Dosud byla vitální, zdravá, tudíž hledala východisko z této situace. Rozhodla se pokračovat v aktivním přístupu k životu, do kterého ještě bude patřit pravidelná povinnost. Domluvila si brigádu a ještě pět let pracovala. Bylo to pro ni příjemné období, poznala nové lidi, naučila se novým věcem, poskytla druhým své bohaté osobní zkušenosti. Navázala nová přátelství. Přilepšila si finančně, i když při odchodu do důchodu nějaké finance našetřené měla. Nadále udržovala velmi čilé vztahy se svými dcerami a jejich rodinami, často je navštěvovala, pomáhala s vnoučaty. Veškerá tato činnost jí přinášela do života radost, pomohla jí pomalu a nenásilně přijmout jiný životní rytmus, jiný obsah programu dne.

6.2.4 Komplikace zdravotního stavu

Před patnácti lety paní prodělala zánět slinivky břišní. Bylo to první vážné onemocnění, do té doby byla zcela zdráva. Po léčení, zvládnutí a odeznění akutních projevů nemoci přešla na dietu, kterou velmi pečlivě dodržovala. Do svého běžného denního režimu zařadila i všechna doporučení a režimová opatření, jimiž se řídila. Nemoc o sobě dávala stále vědět, i když měla období klidnější, opět se situace komplikovala. Před osmi lety, po jedné z dalších atak zhoršení celkového zdravotního stavu, byla pacientce diagnostikována Crohnova nemoc. Vzhledem k již předchozímu závažnému onemocnění bylo pacientce nabídnuto a doporučeno sledování a léčba ve fakultní nemocnici, přestože vzdálenost do nemocnice byla více jak šedesát kilometrů. Paní si prošla velmi složitým obdobím, měla velké zdravotní obtíže provázené celou řadou komplikací, její tělesná hmotnost klesla na pouhých třicet sedm kilogramů, stala se imobilním ležícím pacientem, odkázaným na pomoc druhých. Pro ni dosud naprosto neznámá situace, se kterou se jen velmi těžko vyrovnávala. V té době ještě musela přijmout úmrtí sestry, se kterou měly velmi vřelý sourozenecký vztah. Tato psychická zátěž nemoc ještě více prohloubila. Lékaři po ne mnoho úspěšné léčbě pacientce nabídli možnost biologické léčby. Souhlasila a byla zařazena do výzkumného programu. Léčba započala v roce 2007, po první aplikaci se žádná úleva nedostavila, podruhé opět skoro žádná změna. Po třetí aplikaci nastalo zlepšení a paní konečně začala doufat v uzdravení. To motivovalo její psychiku, která dosud spíše celou situaci komplikovala. Po páté až šesté aplikaci se dostavila velká úleva, nastal ústup úporných potíží a celkový zdravotní stav se začínal lepší. V té době začala věřit ve své uzdravení a tak je tomu dodnes. Vzpomíná si, že to vyžadovalo velkou odvalu, neboť tělo měla hodně zesláblé a nedalo se na ně spolehnout. Paní dodržuje jistá režimová opatření dodnes, dietní stravu, přiměřenou tělesnou aktivitu, opět se věnuje svým zájmům a zálibám. Znovu v sobě našla dobře známý optimistický přístup k životu, raduje se z každého prožitého dne. Ví, že psychika je mocná síla, která buď pomáhá, nebo ubírá síl. Jezdí každý čtvrtrok na kontroly, předem je hodně nervózní a hned to pozná na svém zdravotním stavu, ale dosud pro ni lékaři měli vždy dobré zprávy.

6.2.5 Sociální služby v sociálním zařízení

Po zlepšení celkového zdravotního stavu se paní začala zabývat myšlenkou jak dál. Vzhledem k tomu, že je osobnostně racionální a přemýšlivý člověk, zvážila všechny okolnosti a rozhodla se, že již sama bydlet nemůže a nechce, a rozhodla se pro pobytové zařízení

poskytující sociální služby. Sešly se s dcerami, společně téma prohovořily, ty maminčino rozhodnutí respektovaly a pomohly zajistit vše potřebné. Zjistily dostatek informací, navštívily odpovídající instituce, vykomunikovaly veškeré záležitosti podmiňující přijetí a na jaře roku 2009 se paní do nově otevřeného zařízení poskytující sociální služby nastěhovala. I přes zralou rozvahu a vyhodnocení všech pro a proti bylo nové místo velikou změnou a doba adaptace složitá, náročná, zdlouhavá. Vadil jí pocit ztráty soukromí, sdílení pokoje s další osobou, neustálý pohyb personálu. S postupným stále se lepším zdravotním stavem paní zjišťovala, že i v takovém zařízení je celá řada možností jak naplnit čas během dne, že nemusí být stále jen na pokoji, v budově, ale má k dispozici volný pohyb po okolí. Jen ohlásí odchod, aby personál věděl, pro případ potřeby pomoci. Zato si dobře uvědomovala výhody a s tím přicházelo uklidnění, že pokud by se cokoliv změnilo v jejím zdravotním stavu vyžadující rychlý zákrok, péče jí bude poskytnuta. Po prvotním seznámení se s novým prostředím a poznání sousedů začíná cílevědomě budovat svůj denní režim, který jí byl doporučen, ona si jej vyzkoušela a chtěla v něm pokračovat. K tomu se aktivně začíná zapojovat do nabízených aktivizačních programů, kterých je celá škála v nabídce zařízení. Rozhodla se účastnit společenských a kulturních akcí, pokud jí to zdravotní stav dovolí. Bude se udržovat v přiměřené fyzické kondici. A náplň dne byla na světě.

Jak takový den může vypadat? Velmi pestře a zajímavě. Záleží také na ročním období. Pokud je teplo, světlo, v letních měsících, paní hodně času tráví venku, na procházkách v okolí, podle aktuálního stavu volí délku procházky. Stará se o zeleň kolem budovy, vybuďovala záhonky s bylinkami a kytičkami, o které s láskou pečuje. Pokud je vhodný program aktivity pořádaný zařízením, účastní se ho podle zvoleného tématu. Pravidelně si chodí zacvičit do prostorů fyzioterapie, kde je v nabídce skupinový léčebný tělocvik. Ráda soutěží v hodu šipkami na cíl, kde si účastníci osvěžují soutěživého ducha. Při sportovně – aktivizačních hrách mezi jednotlivými zařízeními ráda reprezentuje to svoje a vždy se vrací s pohárem nebo s diplomem. Je aktivní v republikové soutěži kolik toho ujdeme, má rekord 78 km za určité období. Navštěvuje ergoterapeutickou dílnu, kde si pro radost a potěšení vyrábí drobné dárky, které dělají dál radost jejím blízkým. Jiné jsou určeny pro výzdobu domu vztahujícím k určitému svátku, či události. V případě pořádání výletu, zájezdu, návštěvy kulturního zařízení volí dle svého zájmu. Když si chce užít klidnější činnost, čte si, plete, háčkuje, od rodiny přijde i zakázka – „mami/babi, prosím uplet“. Když se necítí dobře, odpočívá, nabírá nové síly a pokud je třeba, využije pomoci a služeb personálu.

Paní dokázala především sama sobě, že i taková změna, která ji v životě potkala a se kterou ani trochu nepočítala, může mít pro ni pozitivní přínos. Je nutno podotknout, že je to především její aktivní přístup, který takto smysluplně naplňuje. Největším potěšením života však zůstává její rodina, ve které panuje klidné, vlídné klima, více jak dobře fungující vztahy, je to zdravá rodina a to je nejvíc a základem všeho. To se odráží i na mimice, gestech a především ve výrazu jejích očí, kde je patrná živá jiskra, celková radost ze života. Paní je velmi pozitivní, aktivní i v přístupu řešení potřebných záležitostí týkajících se chodu domova, kvality péče a služeb. Nemá problém vyjádřit svůj názor a za ním si stát, i když třeba nepovede ke změně, kterou by si představovala. Co se týká financí, nedostatkem peněz netrpí, ze zbytku důchodu ještě ušetří. Jak sama říká: „nešukdlím, dopřeju si něco pěkného, koupím si výlet či kulturu a ještě mi zbude na dárky pro rodinu“. Systém, který je nastaven, respektuje, tedy příspěvek na péči a důchod je poslán na účet zařízení a paní dostává patnáct procent z důchodu pro svoji osobní spotřebu. Mediální tlak proti starým osobám, to je jiná kategorie, to je politikum, ne aktuální snaha řešit přicházející potíže. Podotýká, že by to byla ztráta času na toto téma hovořit.

6.2.6 Současný zdravotní stav

Paní se cítí na své možnosti dobře. Moc se těší na jaro, na sluníčko, na teplo a tím si bude zase moci více dopřávat pobyt venku. Pohyb na čerstvém vzduchu ji osvěžuje a pozitivně ovlivňuje její psychiku. Musí však být opatrná při chůzi v nerovném terénu, její citlivost chodidel se snižuje a ona potom nemá správný vjem a následně odhad dalšího pohybu, její chůze se stává méně stabilní. Prokrvení a inervace dolních končetin již není tak dokonalá. V záloze má připravenou vycházkovou hůl, ale stále si dokazuje, že je ještě čas ji natrvalo používat. Bere si ji pouze v případě delšího výletu. Dodržuje režimová opatření, nepřepíná své síly, dopřává si dostatek odpočinku. Tento režim má vyzkoušený, osvědčil se jí a přináší jí lepší kvalitu života. Náročnost denního programu si volí podle aktuálního zdravotního stavu. Oči si chrání tmavými brýlemi, neboť pociťuje větší citlivost na sluneční parsy, zvláště ty jarní. Čeká ji další pravidelná kontrola ve fakultní nemocnici, a přestože ví, co vše taková návštěva obnáší, bude zase předem neklidná, trochu v obavách, aby všechna vyšetření a výsledky byly v pořádku.

6.3 Třetí případová studie

6.3.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání

Pan C. se narodil v roce 1932 do rodiny s již jedním chlapcem. Vzpomíná na dětství jako velmi příjemné období, sice musel velmi záhy doma pomáhat, ale to bylo v té době běžné. Byla válečná léta, všeho bylo málo, ale hlad nikdy neměli, rodiče si uměli poradit. Naopak tím, že nic nebylo, měli velký prostor pro vlastní nápady a kreativitu. Vzpomíná, jak si s bratrem a kamarády sestavili jedno společné pojízdné kolo z rozbitých. Dodnes by je prý dal dohromady. Ale mnohem více připomíná tu skutečnost, život uprostřed přírody, kde pak s přibývajícím věkem pochopil svoji celoživotní lásku k lesu a zvěři, celý život zůstal nimrodem. A také si myslí, že je dobré, aby dítě už v docela útlém věku poznalo potřebu práce, že nic není v životě zadarmo, a to že je doma na stole chléb, není samo od sebe, někdo musel vypěstovat obilí, namlít mouku, vypracovat těsto a chléb upéct. Na dětství vzpomíná rád.

6.3.2 Mládí, dospělost

Pán říká, že to byla normální školní léta kluků, kamarádící se, občas i soupeřící party proti sobě. Ačkoliv neměli téměř žádné vybavení, hodně si užívali přirozený pohyb a pobyt v přírodě, rozvíjeli svoji kreativitu, kterou využívali při různých činnostech. Po vyučení, které bylo elektromechanicky zaměřené, nastoupil do práce, ve které byl řadu desítek let. Začínal od základního seznamování se s pracovištěm a postupným získáváním zkušeností a dovedností se vypracoval na vedoucí funkci mistra, ve které působil dvacet pět let. Pod jeho odborným vedením byly vyškoleny stovky mladších kolegů. Oženil se a založil rodinu. Má dvě děti, dceru a syna, dnes již i pět vnoučat a jedno pravnouče. Na období dospělosti vzpomíná jako na čas neustálé práce, kromě pracovních povinností se dostatečně věnoval výchově dětí, s manželkou byli zvyklí trávit společně čas. Jejich vztah vnímá jako velmi živý, aktivní, byl v něm velice spokojený. Když děti odrostly, odešly z domu a založily vlastní rodiny, on i manželka byli vždy ochotni pomoci s vnoučaty. Tehdy také začal malé děti učit zákonitostem přírody. Jeho celoživotní zálibou byla starost o přírodu. Jak říká: „jsem celoživotní nimrod a příroda mě neustále uzdravovala“. Měl na starost svůj revír. Veškerou aktivitu dobře zvládal, nepamatuje si, že by býval někdy nemocný. Velkou ztrátou pro něho bylo náhlé úmrtí bratra, zemřel v pouhých jednatřiceti letech.

6.3.3 Odchod do důchodu

Když se blížil čas odchodu do důchodu, pán přemýšlel, co bude dál dělat, protože byl zdravý a cítil se dobře. Našel si ve svém oboru brigádu a tak plynule pokračoval v práci dalších sedm let. Byla to léta, kdy ještě intenzivněji pokračoval ve své velké zálibě. Hodně času trávil v lese starostí o zvěř a pořádek ve svém revíru. Měl rád čas honů, v partě svých kolegů si užívali pocit radosti a štěstí nad úlovky. V roce 2000 mu zemřela manželka, na toto období vzpomíná jako na velmi těžké, se ztrátou se dlouhý čas vyrovnával. Pomalu se učil zvládat celou domácnost sám, rozhodl se, že bude naprosto soběstačný a samostatný. Dnes je rád, že se mu jeho odhodlání podařilo realizovat. Útěchu a klid mu nejvíce přinášel pobyt v přírodě, kde trávil velkou část dne. Udržoval a podporoval časté kontakty rodinami svých dětí a se svými známými. Žil stále aktivně, tak jak byl po celý dosavadní život zvyklý.

6.3.4 Zdravotní komplikace

V roce 2008 se pán těžce zranil při večerní hygieně. Rozbitá vodovodní baterie způsobila opařeniny těžkého stupně především na dolních končetinách a v oblasti pánve. Velkým štěstím bylo, že byla v inkriminovaný čas na návštěvě dcera a ona přivolala rychlou záchrannou službu. Následoval rychlý převoz do okresní nemocnice a bezprostředně po té na popáleninové centrum. Intenzivní léčba probíhala čtyři měsíce s celou řadou komplikací. Po ukončení specializované péče byl pán přeložen na další doléčení zpět do okresní nemocnice. Ze samostatného a soběstačného jedince se stal závislý, pomoc vyžadující pacient. Přes všechny opravdu velké těžkosti se pán rozhodl nevzdat a vynaložit maximální úsilí na cestě k uzdravení. Uvědomil si, že se ale zatím nemůže vrátit do svého přirozeného prostředí. Byla to pro něho velice složitá situace, se kterou si nevěděl rady. Dcera mezi tím zjišťovala, jaké jsou možnosti řešení. Vzhledem k situaci v její rodině nebylo možné vzít si otce k sobě domů. Zajistila mu překlad do zařízení poskytující pobytovou službu s celodenní péčí zdravotní a pečovatelskou. Na toto období pán vzpomíná jako na naprosto bezvýchodnou situaci. Zkušenosti, kterými si prošel během pobytu v nemocnicích, byly hodně negativní, ponižující přístup některých pracovníků těžko snášel, poprvé si uvědomil, jak je těžké být starý a závislý. To také značně ovlivňovalo jeho psychiku a emoční naladění. Býval hodně nervózní, popudlivý, smutný, nejvíce mu vadilo, že druzí rozhodovali za něho.

6.3.5 Sociální služby v sociálním zařízení

Po ukončení doléčovacího procesu byl pán ubytován v zařízení sociálního typu. Přišlo další těžké období. Nemohl si zvyknout na nové neznámé prostředí, na stísněnost pokoje, na personál, ale především na pokračující ztrátu soukromí. Tento čas označuje jako nejhorší zkušenost ve svém dosavadním životě. Ani na spolubydlícího na pokoji si nemohl zvyknout. Uvědomoval si, že i v něm je problém, ale nešlo mu to jinak. Nedostávalo se mu potřebné podpory a péče. Byl stále imobilní, plně závislý na pomoci druhé osoby. Zhoršil se i jeho celkový zdravotní stav a uvažovalo se o opětovné hospitalizaci. To byl prý okamžik, kdy pán v sobě našel nové odhodlání situaci překonat. Pokusil se přemluvit dceru, zda by si ho přece jen nemohla vzít k sobě, že se bude snažit o co největší soběstačnost. Tato eventualita ale ztroskotala. Pán se rozhodl, že udělá vše pro to, aby se stal opět soběstačný a samostatný a ve skrytu duše doufal, že se najde někdo, kdo mu pomůže. Ošetřující lékař mu doporučil rehabilitaci každý den, pokud pak provoz dovolí, tak dvakrát až třikrát denně.

Se cvičením bylo započato hned následující den. V osobě fyzioterapeutky vycítil pán spřízněnou duši a její doporučení bral velmi vážně, čas strávený při fyzioterapii byl pro něho velkým povzbuzením. Z imobilního pacienta odkázaného na pomoc druhých se pomalu, díky vynaloženému úsilí a soustavné rehabilitační péči, podařila postupná změna, celková fyzická a psychická kondice se zlepšovala. Po pěti měsících se pán opět postavil na nohy a učil se chodit. Bylo nezbytné zajistit vhodnou, speciálně upravenou obuv vzhledem k závažným poraněním nohou a pořídit kompenzační pomůcky, nejdříve chodítko, následně francouzské hole. Po nabytí jistoty a důvěry v sama sebe, zkusil pohyb v nerovném terénu mimo zařízení. Přidala se chůze po schodech a nakonec pan odložil francouzské hole a vystačil si s hůlkou vycházkovou.

V té době se u něho začala rodit myšlenka, že se vrátí zpět domů. Je pravdou, že rodina nesouhlasila s tímto krokem, obávala se možných komplikací a nevěřila tomu, že by pán mohl být opět soběstačný v domácím prostředí. Tehdy si začal sám aktivně zjišťovat, jaké jsou možnosti, intenzivně spolupracoval se sociální pracovníci a za dalších šest měsíců padlo rozhodnutí, že se vyzkouší varianta návratu do přirozeného prostředí, do jeho domácnosti. Zdravotní stav byl natolik stabilizován, že nebyl překážkou pro realizaci tohoto plánu. Bylo smloueno, že po dobu zkušebního měsíce se může pán kdykoliv vrátit, pokud se ukáže, že tato varianta není možná. V této době měl také pán čím dál větší nesrovnalosti a neshody s personálem zařízení. Byl velmi nespokojen s přístupem a jednáním některých

z nich. Dávali mu najevo, že jeho chování je obtěžující a on přitom jen chtěl získat zpět svoji samostatnost, možnost rozhodovat sám o sobě, tak jak byl zvyklý. Některé situace byly opravdu vyhrocené, pán se nemohl dočkat, až zařízení opustí. Ze všeho nejvíce ho obtěžoval způsob komunikace, přestože někteří jedinci z řad personálu věděli, že méně slyší, tak místo aby na tuto skutečnost profesionálně reagovali, ještě mu svým přístupem a způsobem jednání tuto nedostatečnost připomínali a on to vnímal i jako určitý způsob záměru. Připomínky, které z těchto situací vyplývaly, se neřešily. Jedinou radostí v té době pro něho byl čas trávený na rehabilitaci a při aktivizačních programech. Při nich mohl plně uplatnit své dovednosti, zručnost a zkušenosti. Rád se účastnil prací zaměřených na mužské činnosti.

Při odchodu ze zařízení sám sebe ujišťoval, že se dokáže sám o sebe postarat, že by v takovém zařízení stejně žít déle nemohl, že by si nezvykl a nebyl ochoten přijmout některé praktiky, které běžně uživatelé služeb používali. Na dotaz, jak vychází s financemi, reagoval, že nemá a neměl problém, i když téměř veškeré peníze odcházely do zařízení, on z nich dostal jen zlomek, patnáct procent z důchodu pro osobní potřebu. Je prý z generace, kterou život naučil hospodařit, myslet na čas budoucí, tedy nežít nad své možnosti. Má ještě našetřenou určitou sumu, která mu přináší vnitřní uklidnění, kdyby došlo k mimořádným výdajům, do určité výše je schopen si tyto náklady sám zajistit. Systém nastavený státem, totiž pobírat příspěvek na péči, je pro něho další pojistkou, kterou využívá k nákupu služeb, s vděkem ji přijímá a plně využívá.

6.3.6 Současný zdravotní stav

Na návrat po téměř dvou letech zpět do svého bytu vzpomíná jako na jednu z nejradostnějších událostí ve svém životě. Přestože si byl dobře vědom mnoha úskalí, která by mohla nastat, byl přesvědčen, že tuto situaci zvládne, zvláště poté co v posledním čase vše prožil a dokázal překonat. S rodinou se domluvil, že ho bude minimálně jednou týdně navštěvovat. Dcera se pánovi stará o prádlo, každý týden odveze špinavé a předá čisté, vyžehlené a spravené. Vnoučata bohužel pro značnou časovou zaneprázdněnost zajdou jen občas, pánovi by bylo příjemné, kdyby s ním trávila více času. Ale rozumí situaci, zaměstnání, starost o děti - pravnoučata.

Znovu navázal na dřívější sousedské a přátelské vztahy, ty si udržuje a dále je rozvíjí. V domácnosti je téměř zcela soběstačný, sám si průběžně udržuje pořádek, při velkém úklidu mu pomáhá většinou dcera, někdy syn. Nákupy si zajišťuje sám, výjimečně požádá sousedy,

pokud jsou náročné povětrnostní podmínky. Stravu si nechává dovážet pouze dvakrát týdně, jinak si vaří sám, prý mu vlastní víc chutná a taky má neustále co dělat. Je mu líto, že vycházky po lese už pro něho jsou příliš náročné. Pokud počasí dovolí, dvakrát denně jde na procházku. Pokud ne, nachodí po bytě stejně jako venku. Do denního programu zakomponoval i cvičení, které ho v zařízení naučila fyzioterapeutka, je mu prospěšné v mnoha směrech. S praktickou lékařkou, na kterou pán nedá dopustit, je v častém kontaktu. Ta se mu snaží poskytnout maximální péči, dohlíží na soustavné ošetřování těžce poraněných dolních končetin, především oblast chodidel a kotníků. Pomohla mu také zajistit terénní pečovatelskou službu, která pána ob den navštěvuje, zajišťuje a dohlíží nad pravidelným užíváním léků, zajišťuje převazy a nabízí další pomoc. Jak pán říká, je to zase o lidech, ne o systému, záleží na tom, kdo má zrovna službu. Někdy se doslova těší, až přijde určitá osoba, ví, že na něho má čas, že má o něho zájem, že s ním prohodí pár vlídných slov, a k tomu perfektně provede vše potřebné. Je rád, že systém je nastavený tak, jak je, využívá třetí stupeň příspěvku na péči, z poskytnuté sociální dávky si hradí terénní službu. To vnímá jako velkou pomoc. Jinak by musel sáhnout do svých rezerv, z důchodu by se mu nepodařilo náklady pokrýt. Rodinu by nechtěl zatěžovat, moc si přeje, aby byl do posledních dnů života samostatný a soběstačný. Je na sebe hrdý, že tak komplikovanou situaci zvládl, je vděčný zdravotníkům za doslovnou záchranu života. Užívá si života se všemi komplikacemi. Rád vzpomíná na společná rodinná léta. Vztah s manželkou vnímá jako někdy těžké, ale zároveň krásné období, prý nemohl potkat lepší ženu.

6.4 Čtvrtá případová studie

6.4.1 Rodinná anamnéza-dětství, dospívání

Paní D. se narodila v roce 1931 jako prvorozené dítě. Na dětství, válečná léta, vzpomíná s pohnutím. Dodnes se jí vybavuje strach, který prožívala, když bylo město bombardováno, když brečící utíkala s kufříkem do sklepa, jak se bála o sebe i rodiče. Často mívala hlad, byla velká bída, olejové rybičky nevábné kvality a chuti maminka připravovala na všechny možné způsoby.. V rodině jim pomáhal strýc, který žil na Vysočině, posílal potraviny, i když odhalení by vedlo k trestu smrti. Vše bylo na příděl, čtvrt litru mléka na dítě. Poslední rok války byl nejhorší, nebylo nic, často měla hlad, tolik strachů v dětství prý není dobře zažít. Jednou větou uzavírá, bylo to těžké dětství. Doma musela pomáhat. Bratr se narodil až po válce, rodiče dříve další dítě nechtěli. Byl protěžován, obletován a hýčkáán.

6.4.2 Mládí, dospělost

Po narození bratra paní doma musela ještě více pomáhat. Začala studovat tříletou zdravotní školu a po skončení se stala dětskou sestrou. Ve škole se jí moc líbilo a i budoucí profesní zaměření vnímala jako vhodné, které jí bude bavit a bude v něm spokojená. Těšila se na praxi v porodnici, kde si zkoušela nabyté vědomosti. Měla celou řadu zájmů a ty sama aktivně realizovala. Ráda zpívala, podílela se na založení pěveckého sboru dívek. Hodně sportovala. Původně chtěla jít pracovat do porodnice, ale dostala nabídku dál se vzdělávat a zvyšovat si odbornost. Během dvou let absolvovala poddůstojnickou školu, pracovala v 1. pohotovostním dívčím pluku. Doma vládlo pravidlo, kdo tě živí, ten rozhoduje. A tak se rozhodla nastoupit do práce a osamostatnit se.

Brzy se seznámila se svým budoucím manželem, byl to bratr její kamarádky. Po velmi krátké známosti se provdala. Ze vztahu se narodily dvě děti, starší dcera a mladší syn. V té době měla mnoho pracovních nabídek, ale rozhodla se zůstat doma s dětmi, plně se jim věnovat celých sedm let. S dětmi si užívala výletů, pobytu v přírodě, vedla je k bohaté pohybové aktivitě a všestrannosti. Nikdy toho nelitovala.

Po mateřské dovolené nastoupila do zvláštní školy k postiženým dětem a za několik let do jeslí a tam pracovala celých třicet čtyři roků. Na toto období vzpomíná s radostí a pocitem štěstí, ve své práci spatřovala smysluplnost a potřebnost. Někdy si přivedla z práce domů jedno nebo i dvě děti, když bylo třeba pomoci jejich rodinám. Vlastní děti se tak učily soucitu a porozumění, pozitivně tím bylo ovlivňováno domácí klima. Manželství trvalo padesát čtyři let, někdy to prý bývala Itálie, ale život s manželem vnímá jako krásný.

6.4.3 Odchod do důchodu

Do důchodu paní odcházela v roce 1991, město prodalo jesle a její pracovní místo zaniklo. Tuto skutečnost nenesla těžce, měla celou řadu zájmů a aktivit a rozhodla se plně věnovat a angažovat v této činnosti. Půl roku odpočívala a promýšlela, na co se chce zaměřit. Celý život byla v pohybu, aktivně sportovala a tak vedla i své dvě děti. Věděla, že bez pohybu být nemůže a proto sama aktivně vyhledala možnosti cvičení pro seniory. Jak říká, přicházejí jí do cesty zajímavé nabídky a ona jich využívá. Dostala se do cvičební skupiny seniorů, kteří jsou zařazeni do projektu profesora Koláře. Jedná se o pravidelné cvičení zaměřené na udržení fyzické kondice a k rozvoji nových pohybových dovedností. Cvičení probíhá vleže na zemi, s různými pomůckami, cvičí se celou hodinu. Při pravidelných každoročních

prohlídkách se všem cvičencům vyhodnocují funkce kardiovaskulárního systému, dechové funkce, zhodnocení celkového zdravotního stavu. Program je doplněn 3-4x za rok rehabilitačním týdenním pobytem v některém rekreačně - relaxačním zařízení. Je zajištěna seniorská sleva, jedna procedura je vždy zcela zdarma. Paní se dále věnuje country tancům, se souborem pravidelně nacvičují nová taneční vystoupení. Se svým programem pravidelně vystupují, navštěvují pobytová zařízení sociálního i zdravotního typu a přinášejí potěšení a radost lidem fyzicky i psychicky nemocným, kteří již nemohou žít tak aktivním způsobem, jsou odkázáni na pomoc druhých. Další velkou zálibou paní jsou návštěvy kulturních programů širokého spektra, divadelní představení, koncerty vážné hudby, prohlídky výstav a galerií. Ráda cestuje po republice, tyto výlety propojuje pobytem v přírodě s prohlídkami našich pamětihodností, hradů a zámků. Účastní se mnoha zajímavých přednášek na různá témata. Život jí stále velmi baví, těší se na nové příležitosti, na nové zážitky, zkušenosti a poznání. Největší radostí pro paní je její rodina, se kterou je v pravidelném a častém kontaktu. Zajímá se o dění v jejich rodinách, těší se z vnoučat a pravnoučat, sleduje, jak děti rostou a zdárně se vyvíjejí. Pravidelně se navštěvují, společně tráví sváteční dny, narozeniny a jiné oslavy. Starosti jí občas dělají nemoci dětí, ale právě ona je oporou rodičům, kteří se učí zvládat nově přicházející životní zkušenosti. Vnitřně je klidná, protože ví, že pokud by bylo třeba, rodinní příslušníci jí vždy pomohou a podpoří. Nadále si udržuje rozvětvenou síť sociálních kontaktů, s bývalými kolegyněmi a kolegy ze zaměstnání, s přáteli a známými z okruhu zájmů a aktivit. Je spokojená s nabídkou programů pro seniory, které jim společnost umožňuje. Oceňuje celou řadu slev, kterých je možno využívat, například na městskou dopravu zdarma, slevy na vstupném na kulturní akce, na rekondiční a relaxační pobyty, na vstupy do galerií, muzeí, hradů a zámků, atd. Této nabídce v plném rozsahu využívá, její program je velmi pestrý. Zohledňuje však svůj aktuální zdravotní stav.

6.4.4 Zdravotní komplikace

Přes veškerou aktivitu a pozitivní přístup k životu přece jen věk přináší řadu omezení a změn. Paní si je jich plně vědoma a proto svoji pohybovou aktivitu těmto změnám přizpůsobuje. Zátěž si přiměřeně dávkuje, nepřepíná své síly, pokud potřebuje, vkládá dostatek odpočinku a relaxace. Při chůzi v terénu používá vycházkovou hůl pro lepší stabilitu a pocit jistoty a bezpečí. Volí vhodnou obuv, která podporuje zdravou funkci dolních končetin a zabezpečuje jí pohodlnější chůzi v terénu. Potýká se s kardiovaskulárním a dechovým onemocněním, je při větší zátěži dušná, tomu přizpůsobuje volenou aktivitu. Má obtíže

se zrakem, hůře vidí, především za šera a ve tmě. Délku času sledování televize či četby si dávkuje podle únavy. Se svou praktickou lékařkou je v pravidelném kontaktu a konzultuje s ní případné změny zdravotního stavu. Léky bere pravidelně, dobře jí kompenzují zdravotní potíže. Je seznámena s možnostmi, které stát a společnost nabízí v případě potřeby. Ví, kde a jakým způsobem si může zažádat o určitý druh sociální dávky, o pomoc a podporu. Toto systémové opatření, formu sociální politiky státu hodnotí pozitivně. Přesto je na sebe svým způsobem hrdá, že využívá minimum této péče, stále aktivně pracuje na zachování své autonomie, je samostatná, soběstačná, schopná rozhodovat sama o sobě a o způsobu svého žití. Sama si udržuje domácnost, s velkým úklidem jí pomáhá rodina. Uvaří nejen sobě, ale bez problému pohostí celou rodinu. Snaží se pomáhat druhým v rámci svých schopností a vědomostí, tak jak byla zvyklá po celý produktivní život.

6.4.5 Současný zdravotní stav

Paní se cítí přiměřeně svému stáří a omezením, který tento věk přináší. Pravidelně užívá předepsané léky, řídí se radami praktické lékařky. Bohužel před dvěma týdny doma upadla a narazila si hrudní koš. Po vyšetření v nemocnici byla ujištěna, že nejde o zlomeniny žeber ani jiných kostí, že se nejedná o poranění vnitřních orgánů, ale o bolestivé naražení, které bude přetrvávat několik týdnů. Byl jí doporučen klidový režim. Přesto se bolest ozývá především při nádechu, kdy se výrazně aktivují mezižeberní svaly a nervová zakončení signalizují následky pádu. Vyhledává úlevové polohy, v nich relaxuje. Těší se na nové příjemné zážitky, na procházky jarní přírodou a trávením delšího času mimo domov. O to více v současném období využívá osobní počítač, svého kamaráda, společníka a nositele zajímavých zpráv a informací. Má nově nainstalovaný program pro slabozraké a nevidomé, je z něho nadšená. Dodnes vzpomíná na to, když šla před pár lety na první lekci kurzu základů práce na PC. S mírnými obavami, ale s o to větším odhodláním dvouletý kurz absolvovat a po té získané dovednosti využívat. Na kurzu byla nejstarší členkou skupinky, potkala se tam s hraběnkou Nosticovou, která ji finančně podpořila při koupi počítače. Využívá též možnosti komunikovat s celým světem, řada členů rodiny hodně cestuje mimo republiku a pro paní je velkou radostí a potěšením se s nimi na Skypu setkávat. Moderní technologie jí umožňují být v kontaktu s děním kolem sebe, nikdy nelitovala vynaložené velké pílě a značného úsilí, které ji při učení se s ovládnutím PC provázelo. Naopak, je na sebe hrdá, že ve vysokém věku žije aktivní smysluplný život přes veškerá omezení, se kterými je v tomto věku nutno počítat.

7 Podpora kvality života seniorů

Podpora kvality života seniorů je v naší zemi zajišťována širokým spektrem pomoci. Jedná se o zdravotní systém bezplatné péče, o nastavení systému sociální politiky státu. Je zde celá škála neziskových organizací nabízející různé druhy pomoci, podpory a péče. Je vhodné zmínit potřebu aktivního přístupu samotných seniorů, podporu jejich rodin, následně v případě potřeby institucionální řešení situace. V zařízeních tohoto typu jsou dnes již samozřejmostí propracované programy aktivizačních činností, které jsou mnohsměrně zaměřené.

7.1 Aktivní přístup seniorů

Aktivní přístup seniorů je velkou devízou k dobrému zvládnutí významné změny, vstupu do období seniorského věku. Přejít z produktivního období života do etapy penzijní není pro mnoho jedinců jednoduchý, někteří lidé se s touto, pro ně negativní, změnou těžce a dlouhodobě vyrovnávají. Příprava na stáří by se měla stát celoživotním úkolem, zodpovědností každého člověka. Státní instituce by měly svým programem tuto potřebu dostat do povědomí občanů široké veřejnosti. Stáří je nutné akceptovat jako fakt, jako další životní etapu. Takto připravený jedinec bude snadněji naplňovat své potřeby, jeho život bude mít smysl, bude radostnější. *„Vývoj člověka od dětství ke stáří směřuje k větší oddělenosti, samostatnosti, samotě. Ne k trpnému snášení samoty jako nutného zla, nýbrž ke stavu, kdy se člověk může radovat ze života i sám, i bez druhého. Pak přestává být strach ze samoty nouzovým pojítkem základních životních vztahů“* (KOPŘIVA, 1997, s. 76). Přípravu na stáří lze rozlišovat na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

Hlavní roli v dlouhodobé přípravě má harmonická výchova v rodině, potřeba rozvoje a vzdělávání, budování nových sociálních kontaktů a vztahů, společenská aktivita a angažovanost. K nim se řadí pěstování zájmů a zálib, tvůrčí činnosti. Nastolení a pěstování stabilních rodinných vztahů, budování mezigenerační tolerance a vzájemného respektu. Pravidelné setkávání se prarodičů s vnoučaty, které je obohacující pro obě strany. Nelze opomenout správnou životosprávu, zdravou racionální výživu, dostatek pohybu, pokud možno co nejvíce ve volné přírodě.

Střednědobá příprava na stáří by měla zahrnovat péči o tři oblasti. V biologické oblasti jde o osvojení si zásad zdravého životního stylu. Psychologická oblast, uvědomění si, že stáří je součástí života, věnovat pozornost duševní hygieně. Sociální oblast zahrnuje budování

mimopracovních aktivit, zájmů a zálib, budování mezilidských vztahů i mimo zaměstnání rozšiřovat sociální síť. Tato etapa by měla začínat asi deset let před koncem ekonomické aktivity.

S krátkodobou přípravou je nejlépe začít tři až pět let před odchodem do starobního důchodu. Zorientovat se v problematice dostupnosti sociálních a zdravotních služeb, kde je možné najít podporu v pokračování různých aktivit, dalšího vzdělávání a rozvoje seberůstu. Dbát na svůj zdravotní stav, nepodceňovat příznaky oznamující možnost rozvoje nemoci. V tomto období je také vhodné pomýšlet na případné úpravy v bytě, odstranění zbytečných bariér. Reflektovat měnící se vztahy, řešit otázky dalšího soužití. Schopnost člověka reagovat na životní změny, přizpůsobovat se novým podmínkám, to je dobrý základ ke kvalitnímu životu ve stáří. Adaptace na tyto změny se proměňuje, je ovlivněna probíhajícími psychickými a fyzickými procesy. Konstruktivní přístup ke stáří je tím nejlepším modelem, je to přijetí postupně přicházejících změn a při tom udržování svého aktivního způsobu života. Takový člověk je soběstačný, spokojený a druzí ho vnímají jako vyrovnaného, tolerantního. Jiný druh přístupu je závislost na okolí. Takový člověk je pasivní, vyhledává pohodlí, neaktivitu. Spoléhá se na druhé, odpovědnost za vlastní život vkládá do rukou jiných, například zdravotníků, členů rodiny. Obranný postoj se projevuje v odmítání stáří, odchod do důchodu oddaluje. Pro takové lidi je podstatné udržet si společenské postavení, nezávislost. Nepřátelský – hostilní postoj má starý člověk, u kterého selhávají adaptační mechanismy na nově vzniklou, pro něho velmi obtížnou situaci. Své negativní emoce projevuje vůči rodině i lidem v okolí. Své neúspěchy svaluje na druhé, často žije osaměle.

Ve výše popsaných případových studiích, tři respondenti uvedli, že v čase odchodu do penze byli ještě zdraví, spokojeni, práce je bavila, nevnímali žádná omezení a tak v pracovním procesu nadále několik let pokračovali. *„Ale být zdravý znamená být v jednoduché jednotě se sebou, s polis a s celým světem, a to není možno vyrobit mechanicky, vyrobit technicky, vyrobit řemeslným způsobem. To přece znamená, že člověk musí mít radost z toho, co dělá a jak žije. A takovou radost nevyrobíte žádnými léky, nanejvýš lidi naučíte být závislími na alkoholu, na lécích, na drogách. Současný člověk potřebuje bytostnou radost, a ta je vždy nesmírně jednoduchá, podobá se totiž svou čistotou křišťálu. Zde nepomůže slabomyslná televize a její nudné a neustále se opakující programy bez tvořivosti a původní radosti“* (HOGENOVÁ, 2008, s. 221). Takovýmto osobnostním nastavením a přístupem k životu se jim podařilo snáze překonat tuto velkou změnu, vstup do penzijního období.

O přípravě na odchod do penze nikdy neuvažovali, byli plně zaměstnáni svou aktivní činností, zájmy, podporou dětí a jejich rodin a svým osobním životem. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí nevadilo zrušení pracovního místa a do důchodu odešla. Dříve pracovní čas zaplnila svými četnými aktivitami, společenskými akcemi, podporou dětí a jejich rodin. Neuvedla, že by s tímto obdobím měla nějaké obtíže.

7.2 Podpora rodiny

Výsledky mnoha prováděných průzkumů a šetření ukazují, jak podstatné, nejpodstatnější jsou pro seniory rodinné vztahy a vazby. Je to jejich nejvyšší potřeba a priorita. A to i v případech, pokud jsou rodinné vztahy narušeny, jsou přítomny negativní vztahy mezi jednotlivými generacemi. Starý člověk, tak jako celý život, potřebuje nadále někam patřit, k někomu se úzce vztahovat, být pro někoho potřebný a důležitý. Je to hlavní motivace udržení zájmu, aktivity být součástí tohoto společenství. Nejvýhodnější pro starého člověka je, pokud může nadále setrvat ve svém přirozeném prostředí. Rodinní příslušníci by se však měli zdržet jakéhokoliv přehnaného opečovávání, ubírání kompetencí, snižování autonomie, neřkuli přecházet ke kontrole seniora, pokud k tomu není důvod ze zdravotního a preventivního hlediska. V případě, že rodina není schopna zajistit pomoc a péči, lze podporu hledat jiným způsobem, například využitím terénních služeb, pokud má senior setrvat ve svém domácím prostředí. Jestliže se situace vyvine tak, že je nutno přistoupit k umístění starého člověka do institucionální péče, je také možno vybrat tu nejvhodnější formu. Cílem pomoci a péče o seniory by vždy mělo být umět adekvátně vyhodnotit jednotlivé potřeby starého člověka a poskytnout takový způsob řešení, který bude plně respektující, a současně budou potřeby v dostatečné míře saturovány ke spokojenosti dotyčného.

Ve výše popsaných případových studiích všichni čtyři respondenti uvedli, že nejdůležitější a nejhodnotnější jsou pro ně vztahy s rodinnými příslušníky. Je to základ všeho, jejich uklidnění, jejich pocitu sounáležitosti, je saturována potřeba k někomu patřit. Setkávání s rodinnými příslušníky je spojeno s pocitem štěstí a radosti. Přináší smysl života, je otevřenou budoucností, je stále se na co těšit, jde o pokračování životních příběhů. Dvě respondentky využívají institucionální pobytové služby a právě hodnotné vztahy s rodinnými příslušníky jim velmi pomáhají v překonávání pocitů odloučenosti. Vždy se těší na setkání se svými blízkými, užívají si společně strávený čas a ve vzpomínkách se k těmto setkáním vracejí.

7.3 Podpora zdravotní péče

Zdravotní systém v České republice v sobě zahrnuje soubor institucí a činností v nich probíhajících. Cílem takto nastaveného systému je zlepšovat zdravotní stav občanů formou prevence, ale i druhy lékařských a zdravotnických zásahů. Optimalizace chodu zdravotnických zařízení spočívá v organizaci činnosti, ve finančním zajištění, v optimalizaci sítě zdravotních zařízení a ve způsobu provádění zdravotní péče. Všichni občané, mající trvalý pobyt na území ČR, jsou podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění povinni platit zdravotní pojištění. Za osoby bez příjmů, děti, ženy na mateřské dovolené, nezaměstnané a důchodce je povinné pojištění hrazeno z rozpočtu státu.

Druhy zdravotní péče v ČR se dělí:

- a) ambulantní – v případech, kdy není nutná hospitalizace, je poskytována lékaři primární péče, tzv. praktickými lékaři a lékaři odbornými specialisty, u kterých jsou občané zaregistrováni, v těchto případech je poskytována primární ambulantní péče, prevence, diagnostika, doplněná návštěvní péčí. Ambulantní péče zahrnuje též specializovanou ambulantní péči a péči stacionární.
- b) lůžková – hospitalizace, podle charakteru onemocnění doporučuje primární lékař nebo specialista léčbu ve zdravotnickém zařízení, nebo ji sám zajistí, dohodne. Lůžková péče se dělí na akutní standardní, akutní intenzivní, následnou a dlouhodobou.
- c) zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba – je zařazena do systému pro případ náhlých těžkých onemocnění, úrazů, kdy se nemocný nemůže sám dopravit k lékaři k ošetření. Bezplatné telefonické tísňové linky jsou 155 a 112.

Mezi další zdravotnické služby se řadí pracovně - lékařské služby, dispenzární péče, lázeňská a léčebně rehabilitační péče, poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a preventivní péče.

Ve vyjádřeních respondentů z případových studií je zřetelné, že nastavení systému zdravotní péče v naší republice je na velmi dobré úrovni. Poskytuje pojištěncům pocit jistoty v případě potřeby ošetření či lékařského zákroku. Respondenti žijící ve svém domácím přirozeném prostředí jsou v pravidelném kontaktu se svým praktickým lékařem, který o ně soustavně pečuje. V nenadálých případech ví, jak si zajistit rychlou pomoc. Využívají i pomoc odborných specialistů, zaměřených na jejich zdravotní obtíže. S kvalitou jsou

spokojeni, jeden respondent je vděčný za záchranu života po velmi těžkém úraze. Dva další respondenti žijí v pobytových zařízeních, rádi přijímají zdravotní dohled a pečovatelské služby, v případě potřeby je zavolán službu konající lékař. Takto nastavený systém respondentům nabízí pocit uklidnění, jistoty. Pokud by nastala situace, kdy jejich zdravotní stav by se náhle zhoršil, je zajištěna pomoc, je tu vždy někdo, kdo pomůže ihned, nebo zajistí převoz do zdravotnického zařízení, odborné ošetření, případně hospitalizaci. Uvádějí též, že musí ošetřujícím personálu neustále dokazovat svou částečnou soběstačnost a tím si hájit autonomii.

7.4 Sociální podpora

V České republice je vybudován a realizován systém sociální ochrany. Ten se skládá ze tří složek, ze sociálního pojištění, ze sociálního zaopatření a ze sociální pomoci. Každý občan, pokud u něho nastane sociální událost, kterou sám není schopen řešit, má možnost využít některou z poskytovaných složek. Sociální pracovník je tím erudovaným specialistou, který pomáhá občanům tuto péči zajistit. Pomoc spočívá ve zprostředkování potřebných informací, kontaktů i konkrétních kroků, které vedou k získání dávek, které buď kompenzují zvýšené finanční náklady, nebo nabízejí určitý druh služeb. Dávky se poskytují na základě podané žádosti oprávněnou osobou na úřadu či instituci oprávněné k výkonu státní správy. Žádost musí být doložena lékařským posudkem, který vyhotovuje posudkový lékař, který je jako jediný oprávněn posuzovat zdravotní stav občana ve věcech sociálního zabezpečení.

„K těmto dávkám náleží příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, výpůjčka zvláštní pomůcky, průkaz osoby se zdravotním postižením a z toho vyplývající benefity. Příspěvek na mobilitu je ukotven v zákoně č. 329/2011 Sb. o poskytnutí dávek osobám se zdravotním postižením. Dávka na kompenzační pomůcku je přisuzována osobám podle jejich zdravotního stavu, těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí, těžce sluchově nebo zrakově postiženým. Je odvislá od vyjádření posudkového lékaře a výše příspěvku je různá. Průkazy TP – lehká závislost, ZTP – středně těžká závislost a ZTP/P – těžká a úplná závislost jsou dalším druhem pomoci osobám s postižením. Nárok na přiznání průkazu je v kompetenci posudkového lékaře. Tyto žádosti opět vyřizuje příslušný úřad práce“ (TRČKOVÁ, 2014, s. 39). Přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se pro potřebné občany naskytl způsob pomoci, péče a podpory. V teoretické části je tento systém popsán.

Nyní bude uveden příklad, který se prakticky vztahuje ke všem respondentům uvedeným v praktické části. Sociální podporu si mohou staří lidé sami aktivně vyhledávat, hledat způsoby, jak získat potřebné informace. Využívat rodinných příslušníků, sociálních kontaktů a společenských vazeb. Nabídka aktivních činností není až tak závislá na velikosti regionu. Senioři mohou využívat programy řady klubů zaměřených na různá témata, na vzdělávání v řadě oborů, na ergoterapeutické činnosti, rozlišující zájmy spíše mužské nebo ženské. Staří lidé se mohou účastnit řady přednášek, besed a pravidelných setkávání zaměřených na předem určené okruhy zájmu. Mohou do nich aktivně přispívat svými vstupy, zkušenostmi a prožitky. Atmosféra těchto akcí bývá velice příjemná, otevřená, autentičnost samotných aktérů je přínosem pro všechny zúčastněné. Je ukázkou, že i život ve vyšším věku může být bohatý, čínorodý, smysluplný. Sociální pomoc starým lidem je dnes poskytována také formou pobytových služeb, jejímiž zřizovateli jsou většinou kraje, nebo města. Tato zařízení kromě trvalého pobytu, zdravotně - ošetrovatelské a pečovatelské péče poskytují nabídku aktivizačních programů širokého spektra. Je pouze rozhodnutím a volbou seniora, do jaké činnosti se chce zapojit, kterých aktivit se chce ve svém volném čase účastnit. Může si procvičovat paměťové a kognitivní funkce, udržovat celkovou fyzickou kondici, procvičovat jemnou motoriku, udržovat si dovednosti kutilského zaměření, což využívají především muži. Ženy se naopak rády věnují ručním pracím, pletení, háčkování, batikování či vyšívání. Jsou to mnohé činnosti, kterým se v produktivním věku věnovaly pro potřeby rodiny a domácnosti. Spoluvytvářet předměty, které mají hodnotu nejen jako výrobek sám o sobě, ale podle způsobu dalšího využití i především jako motivaci k cílené činnosti, která má smysl vztahový, např. výroba drobných dárků pro své blízké či předměty zkrášlující a zútulňující prostředí, ve kterém žijí. Využívání různých materiálů, především přírodních, starým lidem dobře známým z let mládí a dospělosti, v sobě zahrnuje i složku emoční, která pozitivně ovlivňuje mentální funkce.

Vhodným a přínosným programem jsou též různé pohybové aktivity. Ty jsou součástí celkové péče a podpory starých lidí. Bývají cíleně zaměřené, propracované a vedou je většinou fyzioterapeuti, kteří vždy zohledňují zásady cíleného cvičení se seniory.

Pravidla cvičení¹:

- a) cvičit 2x – 3x týdně 15 - 20 minut,

¹ Převzato z přednášky o stáří paní MUDr. Olgy Dostálové, CSc., pro PPF.

- b) volit přiměřenou intenzitu podle fyzické kondice, náročnost postupně zvyšovat,
- c) zahajovat dechovou gymnastikou s využitím HKK, cévní gymnastikou DKK,
- d) postupovat od periferie končetin,
- e) rovnoměrně zatěžovat svalové skupiny,
- f) zařadit cviky na udržování rovnováhy,
- g) necvičit násilně, pokud je bolest,
- h) dodržovat pitný režim,
- i) dbát na bezpečnost při cvičení, vhodná obuv, korekce zraku, sluchu a pohybových omezení,
- j) nezařazovat otřesy, kliky, hluboké dřepy, hluboké předklony,
- k) neriskovat pády a poranění,
- l) necvičit při akutním onemocnění.

Tyto aktivity jsou většinou prováděny v malých skupinkách, kdy se mohou staří lidé seznámit s novými vrstevníky, navázat nové společenské vztahy a sociální vazby. Cvičení je možno prokládat relaxací, při které si senioři povídají na témata, která je zajímají, vázaná například na určité roční období, na kontexty se dny svátečními, formou reminiscence se vrací do časů minulých, porovnávají, k jakým změnám v těch letech došlo, jak se život proměňuje, pracují s pamětí. Osvěžují si již dříve získané schopnosti poznání. Tyto dovednosti si nenásilným způsobem upevňují.

Dle sdělení tří respondentů, majících zkušenost s pobytovým zařízením poskytující sociální služby, všichni zmínili tuto svoji zkušenost. Jedna respondentka této nabídky často využívá, ráda se účastní nabízeného programu, vybírá si podle svého zaměření, podle svých zájmů. Aktivně se podílí i svými návrhy, nápady, obohacuje tak nejen sebe, ale i ostatní členy společenství, podporuje a podněcuje aktivitu dalších účastníků. Radost jí přináší nejen samotná činnost, ale i výsledky této práce, drobné předměty, pro které má další uplatnění. Respondentka z další případové studie se nabídky aktivit neúčastní. Zatím nevnímá tuto možnost - jak vyplnit volný čas - pro ni jako výhodnou. Sama si určuje, jak bude naplňovat a trávit den. Upřednostňuje klidné prostředí nerušené přítomností většího počtu lidí. I když dříve mívala společnost ráda, dnes je ráda v ústraní, v prostorách pokoje. Respondent ze třetí studie pozitivně hodnotil tuto možnost účastnit se plánovaného programu v zařízení,

ve kterém dočasně bydlel. Vyzdvihl především způsob zaměření jednotlivých činností zohledňující mužské potřeby uplatnění. Vybavovaly se mu vzpomínky na doby dávno minulé, kdy jako kluci a mladíci zapojovali svoji kreativitu, vymýšleli a následně své nápady realizovali. Respondentka bydlící ve svém přirozeném prostředí, ve svém bytě, využívá široké nabídky kulturního a společenského vyžití značně intenzivně. Sama si vyhledává právě probíhající besedy, kurzy, výstavy, společenská setkání na různá témata. Někdy je i pomáhá organizovat či přispívá k obsahu programu. Využívá seniorských slev všeho druhu, je orientovaná, má přehled, v případě potřeby ví, kam nahlédnout a kde získat dostatek informací.

7.5 Autonomie

Asi nejpálčivější otázkou, se kterou se staří lidé setkávají, je ztráta autonomie. V situacích, kdy z plné nezávislosti - autonomie následkem nemoci, úrazu či jiné negativní události se stávají závislí, nesoběstační, bez možnosti rozhodovat o svém konání a řízení svého života. Udržení autonomie je snad nejdůležitější potřebou každého jedince, pro seniory obzvlášť.

7.5.1 Autonomie očima seniorů

Senioři charakterizují autonomii jako zvládání každodenních činností bez pomoci někoho jiného, tedy jako fyzickou soběstačnost. Tedy myslí tím být schopen se sám o sebe a domácnost postarat, nebýt odkázán na něčí pomoc. Nezatěžovat druhé, nemuset prosit o pomoc, dožadovat se jí a pak být zavázán. Nikoho neobtěžovat, nestát se přítěží pro druhé. Velmi důležitá je též nezávislost finanční: nežít na dluh, nepouštět se do riskantních půjček, předcházet případným obtížím. I přes snížení příjmů, které nemusí vždy odpovídat jejich potřebám, obecně jsou se svou finanční situací spokojeni. Dalším velkým významem je pro staré lidi pocit svobody a volnosti, a to především ve smyslu uskutečňování svých rozhodnutí, vyjadřování svých názorů a mít odpovědnost za své jednání.

Podmínkou všech výše popsaných vyjádření je dobré fyzické a psychické zdraví. „*Zdá se, že být autonomní ve stáří rovná se být zdravý, resp., že ztotožnění autonomie se zdravím je pro vnímání autonomie staršími lidmi příznačné*“ (SÝKOROVÁ, 2004, s. 97).

Přes veškerá zdravotní omezení, která vysoký věk přináší, mají mnozí senioři velkou vůli tyto těžkosti překonávat, pokud možno si je moc nepřipouštět, přijmout je a někdy

i s humorem zvládat. Celková fyzická soběstačnost je pro staré lidi zdrojem spokojenosti, pro některé má i hodnotu vyšší a tou je smysl života. Přináší jim i sociální uznání. K udržení osobní soběstačnosti někdy vede nejen samotné úsilí jedince, ale mnohdy jsou k tomu senioři nuceni v kontextu vnějších okolností. Staří lidé se přizpůsobují měnícím se limitům vlastních možností. Upravují si denní režim, zvolňují tempo činností, některé přestanou vykonávat vůbec. Ztráta fyzické soběstačnosti a samostatnosti je těžká, přináší obavy, nejistotu, úzkosti přecházející v absenci pocitu bezpečí. Nejčastěji se snaží tuto změnu ve svém životě řešit pomocí příbuzných. Podpora a pomoc partnera nebo dětí je pro ně většinou přijatelná. Teprve pokud tato forma pomoci selhává, obrací se na další osoby ve svém okolí a v sociálních vztazích, na sousedy, přátele, známé. Podstata přijímání všech druhů pomoci je odvislá od kvality vztahů s významnými osobami. Uplatňují se především respekt, tolerance, pochopení, umění dělat kompromisy, neprosazovat se za každou cenu, nezasahovat do soukromí druhých lidí, vnímat také potřeby ostatních.

7.5.2 Autonomie seniorů pohledem jiné osoby

Z pohledu druhých lidí na seniory by měla být vždy zohledněna potřeba posílení autonomie a integrace starých lidí do společnosti, tedy nedívat se na ně jako na osoby, které s sebou nutně přinášejí sociální a ekonomický problém, protože se jedná o osoby nemocné, pasivní, závislé a neschopné změny. Z hlediska práv seniorů je nutno respektovat to, aby měl tento možnost sám si zvolit zdroj pomoci, a tak si upevňovat pocit vlastní autonomie. Dá se předpokládat a očekávat, že starý člověk nejprve volí podporu, pomoc a péči rodiny. Ale není tomu tak vždy. Hlavní roli zde hraje kvalita vztahů mezi jednotlivými členy. Ale ani ta není rozhodující. Mohou nastat situace, kdy zdravotní komplikace, sociální a ekonomické okolnosti znemožní využít tohoto modelu pomoci a je třeba se obrátit o podporu a pomoc na profesionály. Z pohledu pečujících osob je autonomie seniora většinou vyjádřena slovy, samostatnost, soběstačnost, nezávislost po stránce fyzické, sociální i ekonomické. Pokud starý člověk již nezvládá všechny potřeby kolem své osoby naplnit, přichází okamžik, aby do procesu vstoupila další osoba. Nutné je stále zohledňovat maximálně možnou autonomii seniora, neubírat mu kompetence, nejednat manipulativně. Nedegradovat ho do podřízené role, nepodceňovat, neponižovat ho. Respektovat starého člověka jako jedinečnou osobnost s kladnými i zápornými vlastnostmi, která má své potřeby, být k němu vnímavý, citlivý, soucitný. Být dobrým člověkem při doprovázení jedince v určité fázi jeho života. Přitom všem zohledňovat a chránit hranice starého člověka i hranice své. Učit se

empatii a přistupovat k sobě se vzájemnou úctou a pokorou. „*Doprovázení vždy bylo a bude založeno na lidském vztahu mezi doprovázejícím a doprovázeným. Pracovníci všech skupin pomáhajících profesí vědí, jak jsou mezilidské vztahy křehké a jak bývá obtížné s nimi citlivě pracovat*“ (VÁVROVÁ, 2012, s. 10).

Z pohledu a získaných zkušeností respondentů v případových studiích vyznívá, že zachování autonomie je pro ně nejdůležitější potřebou. I v těch nejobtížnějších situacích, kdy jim zhoršení zdravotního stavu znemožňuje sám se o sebe postarat, očekávají od druhých osob přístup s respektem k jejich osobě, s ohledem na jejich tíživou situaci, očekávají přiměřenou pomoc a podporu. Nadále chtějí zůstat partnery, kteří mají nárok na slušné jednání a zacházení, na získání dostatku informací, na ohleduplnost. Přejí si udržet svoji důstojnost.

Ze sdělení respondentů, uvedených v případových studiích vyplývá, že si uvědomují, jaké možnosti podpory mají. Pokud budou potřebovat pomoc a péči, dostane se jim v určité formě a výši, kterou legislativně garantuje stát. Způsob pomoci si mohou zvolit, přijmout službu profesionální nebo pomocnou ruku člena rodiny, případně kombinaci těchto dvou přístupů. Je třeba využít i svůj potenciál, aktivně zmobilizovat své síly a schopnosti.

Jde o úkol nás všech zúčastněných na obou stranách tohoto probíhajícího procesu provázení. Je třeba se učit dovednostem, jež nás posouvají v našem osobním rozvoji, které z nás dělají slušné, ohleduplné a moudré bytosti, které pozitivně ovlivňují sociální klima a kultivují společenské prostředí. Je před námi jistě nikdy nekončící práce, ale rozhodně se vyplatí nejen pro jednotlivce, ale své ovoce přinese nám všem.

7.6 Etika v přístupu ke člověku

Je na místě zmínit pár slov o etice v souvislosti s přístupem k jedincům z pohledu sociálně-zdravotní problematiky. „*Etika (ethics) věda o mravnosti člověka, o původu a vývoji jeho morálního vědomí, svědomí a jednání, dle sociologů jsou lidské emocionální reakce a na nich založené etické zásady naprogramovány přirozeným výběrem po tisíce generací*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 144). Je tím myšleno odpovědnější a vědomější jednání. Tento způsob přístupu k osobě staré a většinou nemocné v sobě zahrnuje jednotlivé principy práce s jedincem, jako je například individualizace, akceptace, empatie, nehodnotící a nemoralizující přístup, sebeurčení a diskrétnost. S tím souvisí povinnost mlčenlivosti.

„V souvislosti s povinností mlčenlivosti je nutno připomenout i zákon o ochraně osobních údajů, který stanoví striktní ochranu osobních údajů pacientů a ukládá ještě další povinnost mlčenlivosti pracovníkům, kteří se těmito údaji přijdou do styku, a to i po skončení výkonu funkce...“ (SOVOVÁ, 2011, s. 31). Jde o cíleně zaměřenou ochranu občanů před zveřejněním konkrétních dat ohledně jejich nemoci, léčebných postupů a dalších citlivých údajů sociálního charakteru. Je mnoho skutečností, na které musí při své práci profesionál myslet, aby jednal a konal v souladu se zákony a předpisy. Je nutné, aby byl každý člen multidisciplinárních týmů pečující o staré občany skutečným profesionálem, jak po stránce své erudice, tak především po stránce lidské, osobnostní. Ke klientovi by měl vždy přistupovat jako k partnerovi, kterého po určitou dobu doprovází na jeho životní cestě. Přesto nadále zůstává představitelem moci řídící se platnými zákony a předpisy. Neustále balancuje a vyvažuje neoptimálnější pozici obhájce a pečovatele klienta a představitele státu a obhájce jeho zájmů. „Otázky moci a morálky vstupují do hry dlouho před tím, než se pracovník a klient setkají . . . etiku práce není možné vymezit nějakým kodexem. Respektive, kodexy jsou užitečné k prvnímu seznámení a k prvnímu nahlédnutí do problematiky etického hodnocení práce. Etický kodex je užitečný, ale zjednodušující model. Do profesionální práce se ovšem promítá celý pracovníkův přístup k životu a lidem“ (ÚLEHLA, 1999, s. 114).

Na závěr této kapitoly záměrně uvádím výstižnou citaci pana profesora Jana Vymětala, ve které je podle mne mnoho pravdy platící pro řadu generací.

„Způsob prožívání stáří a konce života je dán naší hodnotovou orientací, možností uplatnění a také tím, jak jsme přijímáni našimi nejbližšími. Samozřejmým předpokladem kvalitního stáří je fyzická pohoda. Jsme-li relativně tělesně zdraví, psychicky integrováni a druhými i akceptováni jako potřební, lze se osobně vyvíjet a růst až do smrti. To je pak stáří moudré a lidsky důstojné, chápající a přijímající vlastní život v širších souvislostech jako součást nadosobního řádu. Snadněji se umírá tomu, jehož život měl smysl“ (VYMĚTAL, 1989, s. 68).

ZÁVĚR

Tato práce se zabývá podporou kvality života seniorů. Stáří jako jedna etapa života představuje různá specifika. Změny zdravotního charakteru postihující jak fyzické, tak psychické schopnosti a dovednosti vedou k potřebě se těmto změnám učit přizpůsobovat, přijímat je. Pokud vznikne situace, kterou jedinec není schopen sám zvládnout, je několik možností, jak události řešit. A právě v této práci autorka předkládá sdělení o způsobech podpory.

Část teoretická pojednává o stáří, jeho potřebách a omezení životních možností obecně a část praktická předkládá několik případových studií. Práce přehledně uvádí pohled různých profesních zaměření, medicínského, psychologického, sociálního a filozofického. Podrobněji se uvádějí zdravotní omezení a onemocnění typická pro toto období. V přehledu jsou zmíněny nejvíce se vyskytující nemoci fyzické a psychické, jejich charakteristika a léčba. Zmínka je i o výživě seniorů, jako nedílné a významné složce ovlivňující zdraví a kvalitu života.

Pozornost se věnuje sociálním komplikacím, které s sebou stáří nese, a zákonným nárokům, které zajišťují starým lidem podporu, pomoc a sociální ochranu, kterou stát garantuje. Základní nástroje sociální pomoci představují pět způsobů pomoci. Autorka věnuje zvláštní pozornost potřebám osob starších osmdesát let. Nejzákladnější potřebou je bezpečnost ve všech třech složkách lidského bytí, fyzické, psychické i sociální.

Pro úspěšnou péči o staré osoby je rozhodující správně a vhodně volená komunikace zahrnující některá specifika, která je vhodné uplatňovat.

V praktické části jsou popsány čtyři případové studie. Rozhovory s jednotlivými respondenty byly provedeny v jejich současném místě pobytu, kde žijí. Struktura vedeného rozhovoru byla pro všechny respondenty totožná. Samotný rozhovor byl rozdělen na několik částí, charakterizující jednotlivá životní období. Jak je respondenti prožívali, jaké podstatné okamžiky je nadále ovlivnily v dalším životě. Každá případová studie je výpovědí občanů starších osmdesát let. V každé studii je popsáno jakým způsobem a jaké služby jedinci využívají, jaké potřeby mají. A také zda je u nich potřebnost pomoci aktuální.

Značná pozornost je věnována velmi důležitému aspektu, zachování autonomie, a to z pohledu seniora a z pohledu doprovázejících osob.

Tak jako nelze téměř nikdy zobecnit žádná kritéria v souvislosti s činností a prací s lidmi, ani v tomto případě to není možné. Musí být především vzata na zřetel individualita

každé osoby, její potřeby jsou velice specifické. Normy, zásady a předepsané postupy jsou pro nás doprovázející pouze jistým vodítkem. Jinak je prioritou vysoce individuální přístup, zohledňující specifika každé osoby. Respekt, úcta, tolerance a snaha o pochopení potřeb starých lidí, jejich omezení a nedostatků. To by měl být zájem těch, kteří doprovázejí staré lidi na závěrečné etapě jejich životní pouti.

Seznam použité literatury a další zdroje

DOLISTA, J. a kol. *Člověk ve stínu svého konce*. České Budějovice: VŠ evropských a regionálních studií, 2007. 330 s. ISBN 978-80-86708-34-8.

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

GANGALE, D.C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. 232 s.

Přeložila Irena ŠÁCHOVÁ. ISBN 80-247-0534-6.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.

ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HOGENOVÁ, A. *Jak pečujeme o svou duši*. Praha: UK-PF, 2008. 258 s.

ISBN 978-80-7290-349-8.

HOGENOVÁ, A. *K fenoménu sebepoznání*. Praha: UK-PF, 2010. 194 s.

ISBN 978-80-7290-478-5.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., MULLEROVÁ, D., VIDOVIČOVÁ, L. aj. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.

HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. 53 s.

ISBN 80-7169-797-4.

TIBETSKÝ DALAJLÁMA. *Probuzení mysli a osvícení srdce*. Praha: Pragma, 1997. 251 s.

Přeložil Pavel TOMAN. ISBN 80-7205-472-5.

KÁŠ, S. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada, 1997. 344 s. ISBN 80-7169-339-1.

KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLÍMOVÁ, J. a FIALOVÁ, M. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting, 2015. 246 s. ISBN 978-80-260-8208-8.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 3. Praha: Portál, 1997. 147 s.

ISBN 80-7178-318-8.

- KOUBA, P. *Fenomén duševní poruchy*. Praha: Oikoyomenh, 2006. 264 s.
ISBN 80-7298-188-9.
- KREBS, V. *Sociální politika*. Vydání 4., přeprac. a aktualiz. Praha: ASPI, 2007. 504 s.
ISBN 978-80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 220 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s.
ISBN 80-247-1370-5.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 224 s.
ISBN 978-80-247-3676-1.
- MANNINGER, J. a kol. *Internal Fixation of Femoral Neck Fractures*. New York: Springer, 2007. 242 s. ISBN 978-3-211-68583-9.
- McNAVARA, P. *Dementia*. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, 2011. 238 s.
ISBN 978-0-313-38434-9.
- MORSCHITZKY, H. a SATOR, S. *Deset tváří úzkosti*. Praha: Portál, 2014. 256 s.
Přeložil Petr BABKA. ISBN 978-80-262-0688-0.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scienta Medica, 1994. 152 s.
ISBN 80-85526-32-8.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s.
ISBN 978-80-247-3271-8.
- PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Edice Jessenius. 95 s.
ISBN 978-80-7345-437-1.
- SEDLÁČEK, T. *Ekonomie dobra a zla*. Praha: 65. pole, 2009. 270 s.
ISBN 978-80-903944-3-8.
- SOMJEN, G. *Mechanism of Cerebral Hypoxia and Stroke*. New York: Plenum Press, 1988.
148 s. ISBN 978-1-4684-5564-9.
- SOVOVÁ, I. *Zdravotnická praxe a právo*. Praha: Leges, 2011. 304 s.
ISBN 80-87212-72-1.

SÝKOROVÁ, D. a CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. Ostrava: ZSF OU, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.

TRČKOVÁ, J. *Kvalita života chronicky nemocných, infantilní cerebrální paréza*. Praha, 2016. Bakalářská práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: Olga Dostálová.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Vyd. 2. Praha: SLON, 1999. 128 s. ISBN 80-8585-069-9.

VÁCHA, M. *Modlitba argentinských nocí*. Brno: Cesta, 2011. 175 s. ISBN 978-80-7295-129-1.

VÁVROVÁ, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, J. *Psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Horizont, 1989. 112 s. ISBN 80-7012-004-5.

Internetové prameny

ELIÁŠOVÁ, J. a ANDRÁŠKOVÁ, J. Změny v diabetické dietě. *Ošetrovatelská péče*. 2012, roč. 6, č. 5, s. 11. ISSN2336-1603 [online]. ©2012 [2016-04-16]. Dostupné z: www.osetrovatelskapece.cz

GAJDOŠOVÁ, j. Kardiovaskulární choroby ve stáří. *Ošetrovatelská péče*. 2012, roč. 6, č. 2, s. 24,. ISSN 2336-1603 [online]. ©2012 [2016-04-16]. Dostupné z: www.osetrovatelskapece.cz

HASARA, R. Pády a úrazy u starších nemocných. *Ošetrovatelská péče*. 2012, roč. 6., č. 3, s. 22,. ISSN 2336-1603 [online]. ©2012 [2016-04-16]. Dostupné z: www.osetrovatelskapece.cz

Seznam příloh

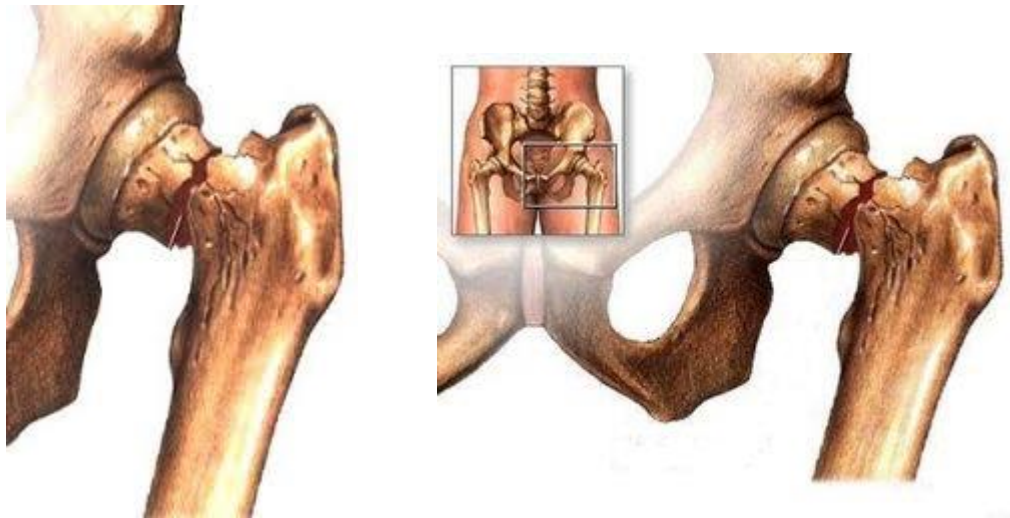
Příloha 1 – Zlomenina krčku kosti stehenní

Příloha 2 – Atrofie mozku

Příloha 3 – Cévní mozková příhoda

Příloha 4 – Infarkt myokardu

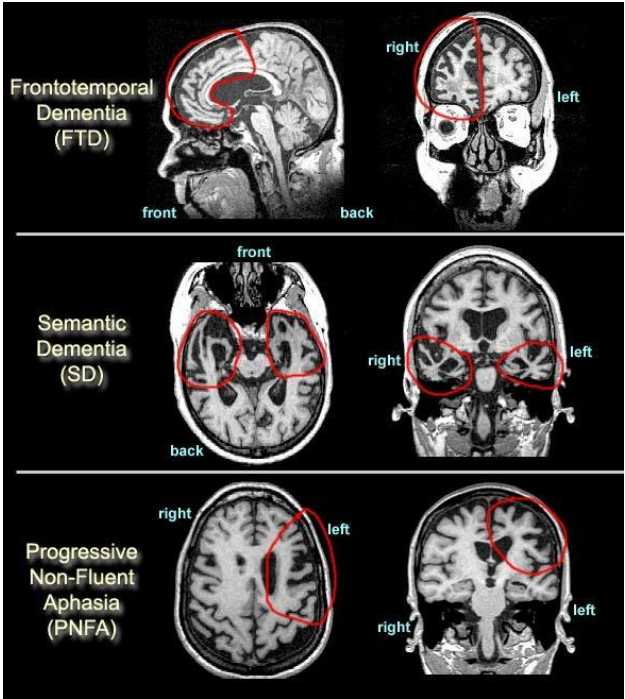
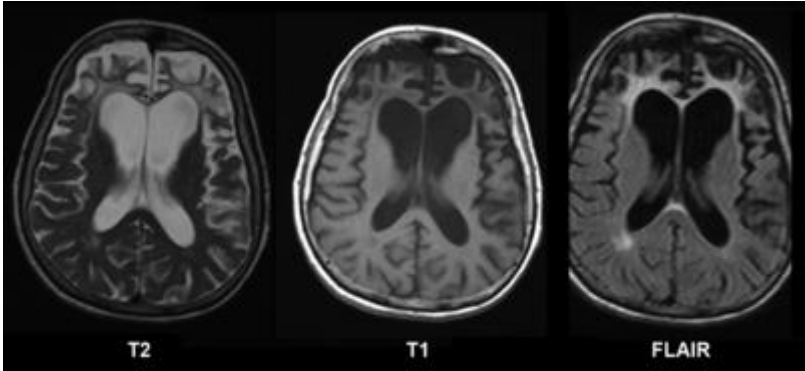
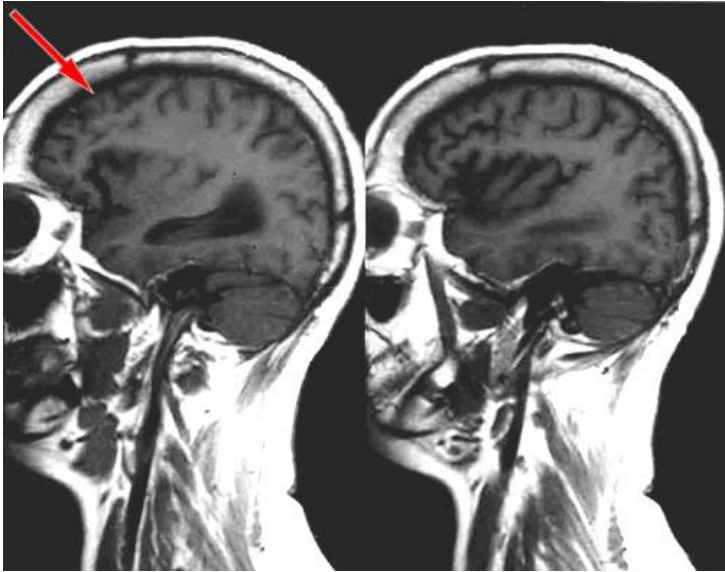
Příloha 1 – Zlomenina krčku kosti stehenní



Femoral Neck Fracture

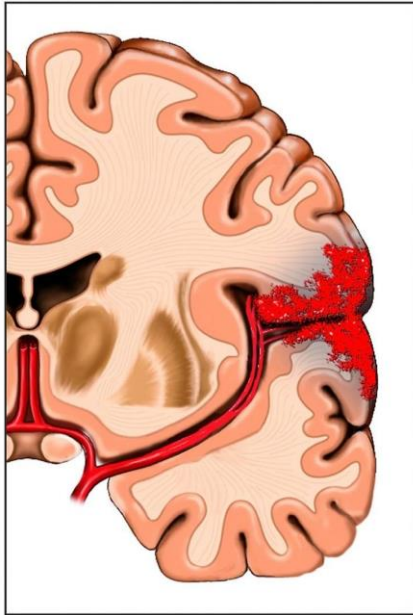


Příloha 2 – Atrofie mozku



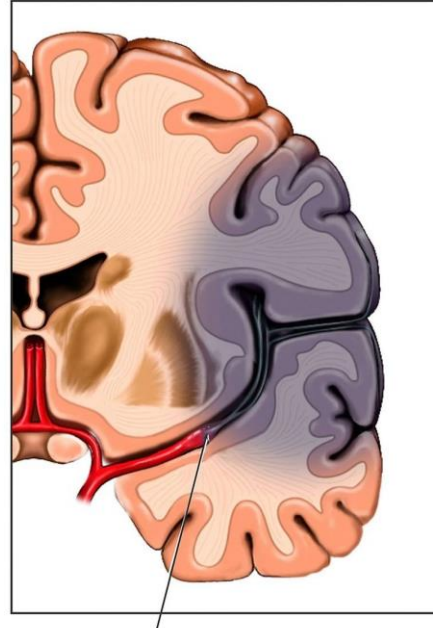
Příloha 3 – Cévní mozková příhoda

Hemorrhagic Stroke



Hemorrhage/blood leaks into brain tissue

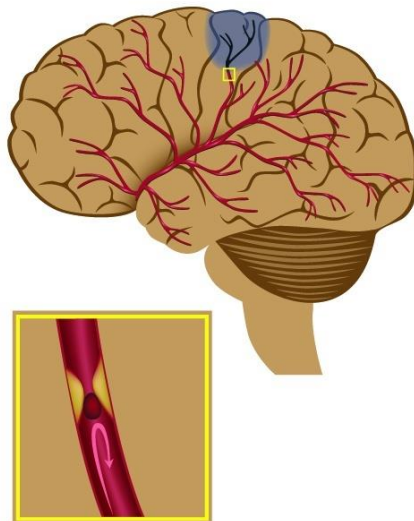
Ischemic Stroke



Clot stops blood supply to an area of the brain

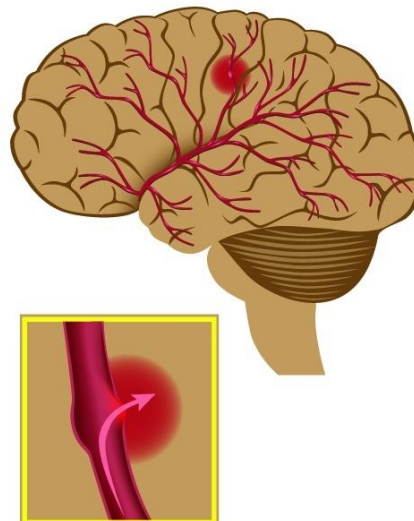
Mozková příhoda – mozková mrtvice - iktus

Ischemická příhoda



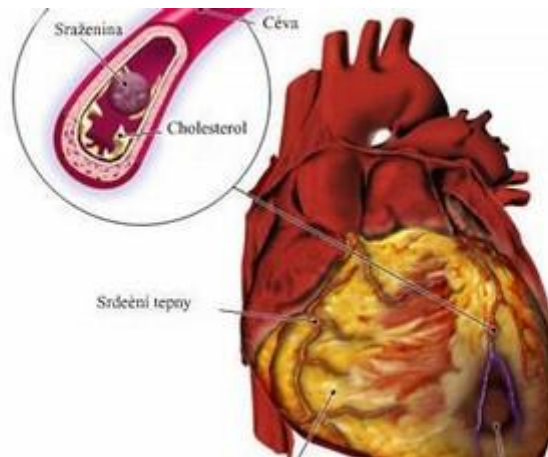
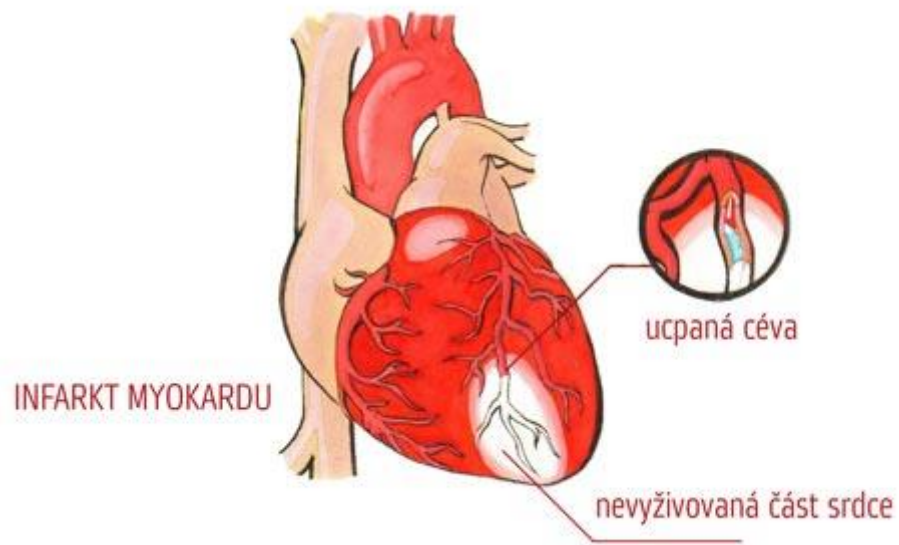
Nedokrevnost, zástava krevního průtoku
zúžená céva, embolus - vmetek

Krvácivá příhoda



Ruptura cévy, únik krve to mozkové tkáně

Příloha 4 – Infarkt myokardu



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Jitka Trčková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Podpora kvality života seniorů

Počet stran (bez příloh): 66

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jitka TRČKOVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Podpora kvality života seniorů**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Chápe autorka, v čem tkví chyba u zmatku ve velikosti písem některých podkapitol?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Volba tématu je z hlediska studovaného oboru velmi vhodná. Autorka se podjala tohoto úkolu s velkým nasazením. V teoretických kapitolách se zabývá charakteristikou seniorského věku, různými zdravotními postiženími, jež s tím to věkem souvisejí, dále sociálním zákonodárstvím týkajícím se těchto osob, sociální pomocí a potřebami seniorů.

Obzvláště lze hodnotit praktickou část, která předkládá 4 podrobné studie života seniorů.

Připomínky:

Anotaci a abstrakt je lépe mít na oddělených stránkách.

Autorka uvádí 19 klíčových slov, k nimž má vyhledáno vždy několik autorů, které cituje, ale sama se k pojmům nevyjadřuje.

Autorka s literaturou pracovat dovede, citace má správně.

U smyslu života na s. 14 má u Křivohlavého vynecháno „A“, tedy „Křivohlavý“. Na téže stránce má uvedeny autorky Klímová, Fialová, má být mezi nimi „a“, což má autorka jinde dobře např. Hartl a Hartlová. Na s. 15 má u Holmerové připojení „a kol.“ velkým písmem, což má být malým, na s. 19 je to dobře. Naopak na s. 16 má u 1.3 jméno Příbyla malým písmem, na s. 17 pak správně podle zvoleného způsobu velkým. Na s. 14 má citaci z Vokurkova Praktického slovníku medicíny, ale v literatuře ho zapoměla uvést.

Dále nemá autorka vždy jednotnou velikost písma pro stejnou úroveň. Např. s. 21 - podkapitolu 3.1 a 3.1.1 má stejným písmem, podkap. 3.1.2 už správně menším, 3.1.4 a 3.1.5 zase nestejně, nestejně písmo nadpisu 3.1.6 a 3.1.7 a naopak 3.1.8 a 3.2 zase stejným písmem.

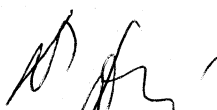
Obsahově je práce pěkná.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře

12. 5. 2016


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Jitka Trčková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Podpora kvality života seniorů

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 38

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Shrňte ve zkratce základní poznatky, které jste zjistila v případových studiích – co měli participanti společné a naopak? Je něco, co Vás překvapilo?

Měli by se podle Vás všichni senioři aktivizovat? Popište výhody i nevýhody aktivizace a konceptu aktivního stáří.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v teoretické části práce věnuje stáří, jeho zdravotním a sociálním důsledkům a omezením, potřebám seniorů a dostupným službám. V praktické části práce autorka představuje 4 případové studie seniorů ve věku nad 80 let, kteří využívají různé formy sociální podpory a sociálních služeb. Pak v kapitole 7 autorka pojednává opět teoreticky o podpoře kvality života seniorů.

Silné stránky:

- teoretická část pěkně shrnuje nejčastější zdravotní problémy ve stáří a podává také dobrý přehled sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu
- případové studie poskytují vhled do života participantů a jsou napsány poutavým způsobem

Slabé stránky:

- první kapitola je složená převážně z přímých citací
- některé odstavce působí jako příručka prevence – radí čitateli jak předcházet rizikům různých nemocí (3.1.5 poslední odstavec; 3.1.8; poslední odstavec kapitoly 4.2 vyjmenovává „důležitá telefonní čísla“ - tohle do diplomové práce nepatří.
- v úvodu praktické části chybí popis toho, co bylo cílem studie, jaká byla výzkumná otázka
- chybí scénář rozhovoru, anebo alespoň popis hlavních otázek
- chybí shrnutí případových studií, nějaké zhodnocení toho, k čemu autorka dospěla ve výzkumné části

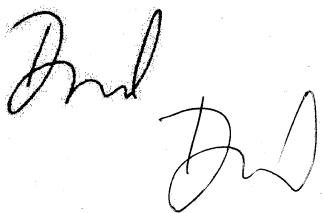
Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

VELMI DOBRÝ

Datum, podpis:

11.5.2016

A handwritten signature in black ink, consisting of two distinct, stylized parts. The first part is a large, cursive 'D' followed by a smaller 'm', and the second part is a separate, similar cursive 'D' followed by a smaller 'm'.