Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková

Sociální péče o seniory

Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková

Sociální péče o seniory

GRADA Publishing

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

PhDr. Martina Hrozenská, PhD., Mgr. Dagmar Dvořáčková, PhD.

SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Recenze: Doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD., Mgr. Vladimíra Holczerová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2013
Ilustrace dodaly autorky.
Cover Photo © fotobanka allphoto, 2013

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 5124. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková
Sazba a zlom Karel Mikula
Počet stran 192
1. vydání, Praha 2013
Vytiskla Tiskárna PROTISK, s. r. o., České Budějovice

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

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

ISBN 978-80-247-4139-0

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8470-0 ve formátu PDF
ISBN 978-80-247-8471-7 ve formátu EPUB

Obsah

Úvod (Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková) **7**

1 Senioři (Martina Hrozenská) **12**
1.1 Demografické ukazatele vývoje obyvatelstva doma a ve světě 12
1.2 Kvalita života seniorů 20
1.3 Teorie stárnutí 28
1.4 Geriatrická medicína a onemocnění v seniorském věku . . 32
1.5 Psychologické souvislosti seniorského věku 35
1.6 Senioři a rodina. Senioři a společnost 43
1.7 Znevýhodňování starších lidí na základě věku. Ageizmus . 51

2 Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR (Dagmar Dvořáčková) **60**
2.1 Zdravotní péče o seniory 60
2.2 Sociální péče o seniory 61
2.3 Pobytová zařízení pro seniory 64

3 Pojetí sociálních služeb a prováděcí právní předpisy k poskytování sociálních služeb a sociální péče v ČR (Dagmar Dvořáčková) **67**
3.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách 69
3.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách 71
3.3 Příspěvek na péči 75
3.4 Inspekce poskytování sociálních služeb 77
3.5 Okruh pracovníků vykonávajících v sociálních službách odbornou činnost 79
3.6 Sociální reforma 83

4 Zdravotní a sociální péče o seniory na Slovensku (Martina Hrozenská) . . . **85**
4.1 Zdravotní péče určená seniorům 87
4.2 Sociální zabezpečení osob vyššího věku v SR 88
4.3 Státní sociální podpora 92
4.4 Sociální péče o seniory podle zákona o sociálních službách č. 448/2008 Zb. 93

4.5 Kompenzace těžkého zdravotního postižení občanů SR dle zákona o finančních příspěvcích č. 447/2008 Zb. . . . 102
4.6 Dlouhodobá péče o starší lidi 107

5 Sociální péče realizovaná prostřednictvím sociální práce (Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková) **113**
5.1 Obecné a osobnostní předpoklady a dovednosti pracovníků v pomáhajících profesích 117
5.2 Potřeby seniorů 119
5.3 Obecné zásady komunikace se seniory 121

6 Psychická zátěž u pracovníků v pomáhajících profesích a možnosti její prevence (Dagmar Dvořáčková) **125**
6.1 Stresující faktory při práci se seniory 126
6.2 Syndrom vyhoření 129
6.3 Supervize jako nástroj prevence syndromu vyhoření . . . 132
6.4 Příklady supervizních zakázek z domova pro seniory . . . 134

Shrnutí (Martina Hrozenská) **136**

Summary **138**

Seznam použitých zdrojů **140**

Přílohy **152**
Příloha A – Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby 152
Příloha B – Obsah standardů kvality sociálních služeb 154
Příloha C – Žádost o posouzení závislosti na sociální službě . . 161
Příloha D – Lékařský nález pro účely posouzení závislosti na sociální službě 165
Příloha E – Sociální posudek 167
Příloha F – Posudek o závislosti na sociální službě 169
Příloha G – Rozhodnutí o závislosti na sociální službě 170
Příloha H – Žádost o poskytování pobytové sociální služby pro seniory 172
Příloha CH – Individuální plán rozvoje osobnosti klienta . . . 177
Příloha I – Individuální plán rozvoje osobnosti klienta č. 2 . . 182
Příloha J – Případová studie 184

Rejstřík **190**

Úvod

Geriatrie je lékařská disciplína, která se zabývá medicínskými aspekty stárnutí a stáří, hlavně pak nemocemi, jejich etiologií a patogenezí, přičemž současně zohledňuje biologické, psychologické a sociální zvláštnosti vyplývající z vyššího věku. Specializuje se na prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci chorobných stavů starších lidí a jejich sociálních důsledků. Zvláštnosti geriatrie jako medicínského oboru spočívají podle Hegyiho[1] hlavně v tom, že aplikuje medicínské poznatky na určitou věkovou skupinu, upřednostňuje longitudinální typ sledování, zaměřuje se na uchování zbytkové funkce orgánů a na zachování soběstačnosti a sociální integrity a také na prevenci adaptačního selhání. Respektuje specifika vysokého věku, funkční profil staršího člověka[2] a jeho schopnost vykonávání běžných činností a samostatné existence.

Pod pojmem geriatrický pacient chápeme osobu ve věku nad 65 let až po dlouhověkost, kterou definujeme věkem vyšším než 90 let. Sociální geriatrie se zabývá sociálními souvislostmi, které doprovázejí vznik, průběh a následky onemocnění ve vyšším věku a výraznou měrou determinují prognózu a kvalitu života pacienta. Je nástrojem zlepšení situace starého občana – pacienta.[3]

Je potřebné důkladně rozlišovat pojmy geriatrie a gerontologie, stejně jako jejich přívlastek sociální. Sociální gerontologie se soustřeďuje na vzájemné vztahy mezi starším člověkem a společností, zajímá se o jeho postavení ve společnosti, o jeho vztah k ní, taktéž se zabývá otázkami společenské integrace seniorů, osobními a společenskými aktivitami seniorů a také vztahem společnosti k této věkové skupině. Patří sem také systém zdravotní a sociální péče o osoby vyššího věku, resp. systém sociální ochrany starších lidí. Sociální gerontologie sleduje demografický trend obyvatelstva stejně jako zdravotní stav celé seniorské

1 HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí.* Trnava: Slovak Academic Press, 2001. s. 9.

2 Pojmy starší člověk, senior, osoba vyššího věku jsou pro účely této publikace chápány jako synonyma a jsou určené (pokud není explicitně definováno jinak) všem reprezentantům a reprezentantkám, kteří/které dosáhli/y věkovou hranici 60 a více let.

3 HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí.* Trnava: Slovak Academic Press, 2001. s. 10.

populace státu. Na rozdíl od sociální gerontologie, která se zaměřuje na skupiny populace, se sociální geriatrie zabývá sociální problematikou jednotlivce, která se obvykle vyskytuje jako určitý „nadstavbový problém" geriatrického pacienta. Z uvedených úvah jednoznačně vyplývá, že separace zdravotních a sociálních intervencí poskytovaných seniorovi není možná, právě naopak je potřebná jejich vzájemná kompatibilita ve smyslu zachování holistického přístupu k člověku.

Prevalence chorob je u starších lidí dvoj- až trojnásobně vyšší v porovnání s dospělými členy populace. Starší lidé jsou dvakrát tak často a dlouho hospitalizovaní, a stejně tak spotřeba léků je u nich mnohonásobně vyšší. Špatný zdravotní stav vede ke zhoršení kvality života, k předčasné úmrtnosti seniorů a v neposlední řadě také ke zvýšeným výdajům na péči o tyto vrstvy populace. Cílem snažení politiků, lékařů, zdravotně-sociálních, resp. sociálních pracovníků a ostatních tzv. pomáhajících profesí[4] by měla být tvorba takové strategie a koncepce ochrany, pomoci a práce se staršími lidmi, která by vedla ke snižování nákladů na péči a ke zvyšování kvality jejich života.

V roce 2007 doznal systém sociálního zabezpečení v České republice podstatných a reformních změn (např. registrace sociálních služeb, zavedení institutu hmotné nouze, zavedení příspěvku na péči, změna v posuzování životního minima aj.). Legislativní podklady pro tento systém jsou tvořeny převážně těmito zákony a vyhláškami: zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a dalšími souvisejícími zákony. Systém státní sociální podpory je upravený zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Všechny nosné zákony byly od 1. 1. 2012 dotčeny rozsáhlými změnami. K zásadní změně dochází v dávkách státní sociální podpory. Od ledna 2012 jsou nově upraveny dávky pro zdravotně postižené. Byla zrušena vyhláška č. 182/1991 Sb. a zákon č. 100/1988 Sb. a další a byly nahrazeny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

4 Slovní spojení a pojmy jako zdravotně-sociální pracovník, sociální pracovník, lékař, psycholog, politik a jiné jsou určené a chápeme jimi profesionály a profesionálky obou pohlaví.

Bez náhrady jsou zrušeny dávky: příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům a bezúročná půjčka.

Dávka na provoz motorového vozidla a na individuální dopravu dostala jednotnou podobu a nyní se nazývá příspěvkem na mobilitu. Tato nová dávka se nevyplácí automaticky, ale je nutné o ni požádat.[5]

Nový zákon zavádí příspěvek na zvláštní pomůcky, kam se uceleněji schoval dřívější jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu a příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla. Současně ale dochází k výraznému zúžení výčtu zvláštních pomůcek.

Od ledna 2012 přechází kompetence obcí a obcí s rozšířenou působností v oblasti hmotné nouze, dávek pro zdravotně postižené občany a zákona o sociálních službách (s výjimkou registrace sociálních služeb) pod krajské pobočky Úřadu práce. Úřad práce tedy již plní úkoly v oblastech zaměstnanosti, ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele, státní sociální podpory, dávek pro osoby se zdravotním postižením, příspěvku na péči a inspekce poskytování sociálních služeb a pomoci v hmotné nouzi.[6]

Sociální zabezpečení seniorů na území Slovenské republiky je realizováno a poskytováno ve smyslu platných právních úprav, převážně zákonem č. 448/2008 Zb. s účinností od 1. ledna 2009, o sociálních službách, a zákonem č. 461/2003 Zb., o sociálním pojištění. Zvláštní legislativní úprava zákona č. 328/2002 Zb., o sociálním zabezpečení policistů a vojáků, upravuje předmětné záležitosti pro vybrané skupiny profesionálů (příslušníci policejního sboru SR, národního bezpečnostního úřadu, železniční policie apod.). V souvislosti se systémem sociální ochrany občanů seniorského věku má nezastupitelné místo v oblasti právních předpisů také zákon č. 447/2008 Zb., o finančních příspěvcích na kompenzaci těžkého zdravotního postižení.

Slovenská sociální legislativa v sobě implementuje pravidla a principy celosvětově akcentované. Principy OSN pro starší občany tvoří základní principy státní politiky ve vztahu ke starším občanům

5 *Zásadní změny v legislativě k 1. 1. 2012*. [online]. [cit. 2012–08–15]. Dostupné z WWW: http://www.pecujdoma.cz/legislativa/schvaleno/zasadni-zmeny-v-legislative-od-1.-1.-2012.-ctete-pozorne.html

6 *Sociální reforma*. [online]. [cit. 2012–08–15]. Dostupné z WWW: http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/2

i v podmínkách SR. Tyto principy jsou v zásadě obsažené také v rozhodnutí komise EU č. 91/544 a 93/417. Jde o principy nezávislosti, zúčastněnosti, principy péče, principy seberealizace a upravují příležitosti pro plný rozvoj potenciálu starších lidí, přístup starších k vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním aktivitám společnosti.[7]

V roce 1999 Světová zdravotnická organizace, regionální úřad pro Evropu v Kodani, přijala deklaraci, jejíž nosná myšlenka spočívá v dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně dobrého zdraví, které je jedním ze základních práv každého jedince, akceptujíc přitom hodnotu každého člověka a stejná práva, stejné povinnosti a společnou zodpovědnost všech za zdraví. V deklaraci se dále konstatuje, že „zlepšování zdraví a pohody lidí je konečným cílem sociálního a ekonomického vývoje".[8]

Jedenadvacet cílů globální strategie „Zdraví 21 – zdraví pro všechny ve 21. století" v podobě pátého cíle „zdravé stárnutí" říká: „Do roku 2020 budou mít i lidé starší než 65 let možnost těšit se z plného zdraví a hrát aktivní sociální roli.

Jmenovitě:

- Lidé v 65. roce by měli mít o 20 % delší střední délku života a stejně tak úsek života bez zdravotního postižení.
- Podíl lidí ve věku 80 let schopných žít samostatně, důstojně a sociabilně by se měl zvýšit o 50 procent."[9]

Organizace spojených národů se problematikou stárnutí zaobírá kromě jiného také v projektu *Agenda on Ageing for the 21st Century*. Na vědecké konferenci ve Vídni v roce 1999 byly zformulovány tři prioritní oblasti zájmu:

- Vliv stárnutí na kvalitu života a „zdravé stárnutí"
- Produktivita a integrace
- Materiální zabezpečení po celý život, podpůrné sítě, systematická péče a podpora

Každá z prioritních oblastí byla zkoumaná z perspektivy čtyř klíčových oblastí: situace starších osob, průběh života, mezigenerační

7 *Národný program ochrany starších ľudí*. [online]. [cit. 2005–03–30]. Dostupné z WWW: http://www.nocka.sk/uploads/6f/03/6f03c0bc96f7f19d269e9513c8ea2231/sl-narodny-program-ochrany-starsich-ludi.pdf

8 *Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí*. [online]. [cit. 2012–04–03]. Dostupné z WWW: http://www.martin.sk/update/zdrave_mesto/new/zdravie_21.pdf

9 Tamtéž.

vztahy, stárnutí populace a vývoj. Každou z perspektiv je možné definovat prostřednictvím tří priorit a ty ještě rozdělit na 4 subkategorie – jedinec, rodina/příbuzní, sousedé/užší společnost, širší společnost. Kalvach et al.[10] hovoří o těchto mezinárodních prioritách v rámci sociální gerontologie:

- Důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace.
- Mezigenerační tolerance s vyloučením ageizmu – věkové diskriminace.
- Důraz na kvalitu života ve stáří.
- Maximální účelnost všech forem péče, služeb a čerpání nákladů, včetně restrukturalizace a geriatrické modifikace služeb historicky vzniklých v mladé společnosti.
- Pomoc rozvojovým zemím při zvládání očekávaného rychlého přibývání seniorů, kteří dosud tvoří jen kolem 3 % místní populace.

Společným cílem všech výše uvedených dokumentů je snaha o zvýšení sociálního statusu seniora, symbióza zdravotní a sociální péče a pomoci určené široké skupině starších lidí, akcentace mezigenerační solidarity, nediskriminujícího prostředí a snaha o zvýšení socio-ekonomické úrovně.

Rok 2012 vyhlásila Evropská komise za Evropský rok aktivního stárnutí a solidarity mezi generacemi. Je to plynulá reakce na demografické ukazatele, které předpokládají nárůst počtu starších lidí ve věku 65 a více let kolem roku 2060 na 30 % populace. Zmiňovaná aktivita je součástí tzv. mainstreamingu stárnutí, jakési strategie a úsilí vyvíjeného na to, aby problematika stárnutí byla začleněná do všech oblastí a úrovní politiky. Cílem by mělo být dosažení spravedlivější společnosti pro všechny věkové skupiny, což vyžaduje aktivní participaci seniorů samotných.

Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková

10 In MÜHLPACHR, P. K problematice vzdělávání seniorů. In: Řehulka, E., Řehulková, O. (eds.) *Učitelé a zdraví 4*. Brno: nakl. P. Křepelka, 2002. s. 17.

1 Senioři

Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organizmu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince. Definování staršího člověka jako objektu zájmu gerontologie je značně variabilní hlavně z hlediska intraindividuální variability (pokles výkonnosti v jedné oblasti, nárůst schopností v jiné oblasti) a také interindividuálních rozdílů – rozdíly mezi zástupci stejné věkové skupiny, ovlivněné nejčastěji jejich zdravotním stavem. V neposlední řadě je významný také společenský aspekt, kdy je člověk považován za staršího, resp. starého, pokud jej takto vnímá a označuje okolí. Hranice lidského věku a vnímání staršího člověka z perspektivy gerontologie jsou ovlivňované přístupy jak přírodních, tak společenských věd. Začátkem 19. století byl čtyřicátník považován za staršího člověka. Dnes se věková hranice posouvá směrem nahoru, což souvisí hlavně se změnami na úrovni somatické, psychické i sociální.

1.1 Demografické ukazatele vývoje obyvatelstva doma a ve světě

Od 30. 9. 2011 došlo v České republice **ke zvýšení důchodového věku**. Podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, §32, je stanovený diferencovaně pro pojištěnce narozené před rokem 1936 a u pojištěnců narozených v období 1936–1977. U ročníků narozených po roce 1977 se důchodový věk stanoví tak, že se k věku 67 let přičte takový počet kalendářních měsíců, který odpovídá dvojnásobku rozdílu mezi rokem narození pojištěnce a rokem 1977.[11]

Věk odchodu do důchodu se posouvá směrem nahoru, narůstá střední délka života obyvatel i na Slovensku. SR na tento fakt zareagovala změnou, resp. zvýšením důchodového věku, přesněji věku, který musí dosáhnout žadatel o starobní důchod. Tento věk je od 1. 1. 2004 stanovený na 62 let bez rozdílu pohlaví. Pro muže byl do 31. 12. 2003 stanovený důchodový věk na 60 let, pro ženy od 53–57 roků podle

11 *ČSSZ. Starobní důchody.* [online]. [cit. 2012–08–16]. Dostupné z WWW: http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/starobni-duchody.htm

počtu vychovaných dětí. Prodlužování důchodového věku bylo u mužů rozložené na období let 2004–2005, u žen na delší období, a to na roky 2004–2014. Při splnění určitých podmínek bylo a je možné odejít do důchodu i dříve, nebo později než v zákonem stanoveném důchodovém věku. Existuje také tzv. institut předčasného nebo pozdějšího odchodu do důchodu. Prodlužování důchodového věku žen je rozložené na období let 2004 až 2014. Po roce 2014 už bude pro všechny ženy platit jednotný důchodový věk 62 let bez ohledu na počet vychovaných dětí.

Z perspektivy geriatrů je dolní věková hranice definována 65. rokem věku člověka. Zájem medicínských specialistů je převážně orientován na biologické a funkční změny a procesy organizmu seniora.

V každé společnosti žijí **různé věkové skupiny lidí**. Je možné je diferencovat na základě mnohých určujících faktorů.

Podle Hegyiho[12] je možné věk člověka dělit z hlediska mnohých aspektů:

- Chronologický věk – věk kalendářní, odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organizmu.
- Biologický věk – je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů.
- Funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.
- Psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.
- Sociální věk – zahrnuje přítomnost, resp. nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.

Dělení stáří jako vývojové etapy lidského jedince může být diferencováno na tři podobdobí – období počátečního stáří (od 60–65 let věku), pokročilého stáří (od 75 let věku) a vrcholného stáří (od 90 let věku), které můžeme nazývat také tzv. dlouhověkostí.

Členění období lidského života může být u různých autorů mírně odlišné. My upřednostňujeme **kategorizaci věku podle Světové zdravotnické organizace**, která člení období života člověka následovně:[13]

- 0–14 let – dětský věk,

12 HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí.* Trnava: Slovak Academic Press, 2001. s. 11.

13 Tamtéž s. 12.

- 15–29 let – mladý věk,
- 30–44 roků – dospělý věk,
- 45–59 let – střední věk,
- 60–74 let – starší věk (presenium),
- 75–89 let – starý věk (senium),
- nad 90 let – dlouhověkost.

Zároveň můžeme dělit lidský věk na tzv. třetí (65–75 let) a čtvrtý (nad 75 let věku).

Věkovou strukturu obyvatelstva determinuje hlavně úroveň porodnosti a plodnosti. Dominantní charakteristikou jsou demografické procesy a změny definované hlavně výrazným poklesem přirozeného přírůstku obyvatelstva, změnami v natalitě, v počtu uzavřených manželství a rozvodovosti nebo partnerského spolužití apod.

Hlavní věkové skupiny jsou: 0–17 let, 18–44 let, 45–64 let a 65 a více let věku. Zavázalová a Zaremba[14] uvádějí, že podle Rossetovy stupnice podíl 12 % a více osob starších 60 let v populaci znamená, že se jedná o populaci starou. Podle stupnice OSN se za starou populaci považuje taková, ve které je 7 % a více lidí ve věku nad 65 let.

Index stárnutí vyjadřuje počet osob ve věku nad 65 let k počtu dětí ve věku 0–14 let.

V kategorii osob vyššího věku je možné diferencovat podíly osob nesoběstačných, závislých na pomoci jiné osoby.

Index feminity vyjadřuje počet žen na 100, případně 1000 mužů v jednotlivých věkových kategoriích. Podle Zavázalové a Zaremby[15] přibližně 60 % všech osob nad 60 let tvoří ženy, ve věku nad 80 let je to až 70 %. Dále autoři konstatují, že z 10 osamělých osob ve vyšším věku v ČR je 8 žen.

Podle projekce Českého statistického úřadu střednědobá varianta z roku 2003 předpokládá podíl starších osob (nad 65 let) zvýšený v ČR z 15,5 % v roce 2010 na 22,8 % v roce 2030 a na 31,3 % v roce 2050. Zavázalová a Zaremba[16] uvádějí, že podíl osob starších 80 let se má zvyšovat z 3,6 % (rok 2010) na 9,6 % (v roce 2050). Každý desátý obyvatel ČR bude v polovině století ve věku nad 80 let. Zároveň

14 In HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatria pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2006.
15 Tamtéž.
16 Tamtéž.

bude platit, že v kategorii 80 let a starších se počet žen zdvojnásobí oproti počtu mužů.

Změna reprodukčních zvyklostí, která zhruba koreluje s civilizačním urychlením a vzrůstem životní úrovně od průmyslové revoluce, byla v roce 1934 označena francouzským sociologem Landrym jako demografická revoluce. Její podstatou je pokles úmrtnosti postupně převážený poklesem porodnosti.

Celý proces je popsaný ve čtyřech fázích:

- Fáze I – vyrovnaný počet obyvatel při vysoké porodnosti i úmrtnosti (střední délka života 20–30 let, žádná kontrola porodnosti, 6–8 dětí v rodině).
- Fáze II – klesá mortalita, obzvlášť v mladém věku, natalita zůstává vysoká, počet dětí stoupá, obyvatelstva přibývá, populace mládne.
- Fáze III A – pokles mortality se zpomaluje, natalita klesá, obyvatelstva ještě přibývá, ale populace začíná stárnout v důsledku klesající porodnosti (relativní stárnutí).
- Fáze III B – natalita ještě klesá, ale pro stárnutí populace je rozhodující pokles mortality ve vyšším věku.
- Fáze IV – vyrovnaný počet obyvatel při nízké úmrtnosti i porodnosti (střední délka života je vysoká, kolem 80 let, event. výhledově 85 let, nízký počet dětí v rodině, obvykle 1–2).

Celosvětově se zaznamenává stárnutí populace, a nejen ve vyspělých zemích. Jeden ze znaků stárnutí populace je nárůst procentuálního podílu staršího obyvatelstva na celkové populaci.[17]

Současný demografický trend je charakteristický klesající porodností, snižováním úmrtnosti, zvyšováním střední délky života a nárůstem skupiny velmi starých lidí – nad osmdesát let, stejně jako nárůstem indexu feminity. Klesající porodnost je typická téměř pro celou Evropu. Reprodukce populace není zaručená, jelikož na její zajištění je třeba na 100 žen 210 porodů, tedy min. index 2,1.[18] Úhrnná míra plodnosti, vyjadřující počet dětí připadajících na ženu v plodném věku, se v posledních letech pohybuje okolo 1,3, což řadí Slovensko na jedno

17 In MÜHLPACHR, P. K problematice vzdělávání seniorů. In: Řehulka, E., Řehulková, O. (eds.) *Učitelé a zdraví 4.* Brno: nakl. P. Křepelka, 2002. s. 30.

18 HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí.* Trnava: Slovak Academic Press, 2001. s. 93.

z nejnižších míst v Evropské unii. Přitom úhrnná míra plodnosti v EU jako celku je asi 1,5, což je taky velmi nízké číslo.[19]

Stárnutí obyvatelstva, jak uvádí Brezák[20], není ani tak v tom, že věk lidí se prodlužuje a tím se zvyšuje počet starých lidí, ale ve snížení porodnosti. Tento fenomén se děje i kvůli ekonomice, protože „je známé, že ekonomika ovlivňuje populaci, avšak také populace významně ovlivňuje ekonomiku".

Index sociálních potřeb má na Slovensku ve věkové skupině 55–69 let hodnotu 0,4, ve věku 70–79 let hodnotu 3,8 a ve věku nad 80 let hodnotu až 13,8, s věkem a zhoršováním zdravotního stavu signifikantně narůstá. S nárůstem počtu staršího obyvatelstva se zvyšuje podíl žen na populaci. V roce 1990 připadlo celkově na 1000 mužů 1053 žen, ale ve věkové skupině nad 60 let na 1000 mužů připadalo 1485 žen.[21]

Dlouhodobé prognózy sociální demografie se z hlediska vývoje obyvatelstva orientují na předvídání určitých procesů přirozené reprodukce obyvatelstva a z nich se odvozuje počet obyvatel (tabulka 1). Střední varianta předpokládá do roku 2050 zvýšení střední délky života při narození na Slovensku na úroveň, kterou v současnosti dosahují nejvyspělejší země. Co se týká struktury úmrtnosti, ve všech variantách vývoje úmrtnosti se předpokládá největší pokles ve věkových kategoriích mužů ve středním a starším věku a žen ve starším věku. Počítá se jen s malým snižováním rozdílu v úmrtnosti mužů a žen.[22]

19 NOVOTNÁ, A., ŽILOVÁ, A. Les réflexions de recherche sur l´accomplissement des besoins des vieux gens dans la République slovaque = Research reflections on meeting the needs of older people in the Slovak Republic. In: Kummer, F. *L´éducation chrétienne et l´enseignement dans des pays européens après le IIe Concile de Vatican*. Fribourg: Association internationale SÉCT, 2009.

20 BREZÁK, J. *Úvod do štúdia demografie (najmä pre sociálnu prácu a sociálnu politiku)*. Bratislava: Lúč a Nitra: UKF, 2005. s. 19.

21 HEGYI, L. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatrie*. Bratislava: IVZ, 1996. s. 9.

22 *Infostat – Inštitút informatiky a štatistiky*. [online]. Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050. [cit. 2004–02–05]. Bratislava: Akty, 2002. Dostupné z WWW: http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf

Tab. 1 *Prognóza počtu obyvatel podle regionů světa (v milionech)*[23]

Region	1990	2000	2050	2100	2125	Podíly na obyv. 1970	(%) 2025
Svět	5 725	6 199	11 081	12 257	12 277	100,0	100,0
Rozvinuté regiony	1 906	1 272	1 563	1 570	1 567	29,9	12,8
Rozvojové regiony	4 069	4 926	9 518	10 687	10 709	70,1	87,2
Evropa	501	520	592	589	586	12,7	4,8
Rusko	202	312	391	399	339	6,7	3,2
Afrika	630	828	2 005	2 435	2 446	9,7	19,9
Severní Amerika	270	290	339	339	339	6,3	2,8
Latinská Amerika	478	608	1 204	1 308	1 309	7,8	10,7
Východní Asie	1 274	1 406	1 761	1 776	1 776	25,6	14,5
Jižní Asie	1 803	2 205	4 739	5 358	5 369	30,7	43,7
Austrálie, Oceánie	26	30	50	52	52	0,5	0,4

Charakteristickým rysem příštího demografického vývoje na Slovensku bude pokles počtu obyvatel. Podle nejpravděpodobnější varianty by měl do roku 2050 klesnout počet obyvatel SR pod hranici 5 milionů osob. Přirozený přírůstek by měl stoupat zhruba do roku 2010. Pokles přirozeného přírůstku se zrychlí hlavně v období 2025 až 2040. Ke konci roku 2050 se pokles přirozeného přírůstku obyvatelstva výrazně zpomalí. V nejoptimističtějším případě se bude přirozený úbytek pohybovat na úrovni zhruba 5 tisíc osob ročně.[24] Stárnutí obyvatelstva bude při úbytku obyvatelstva druhým významným rysem

23 BAŠOVSKÝ, O., MLÁDEK, J. *Geografia obyvateľstva a sídiel*. Bratislava: PF UK, 1989.

24 *Infostat – Inštitút informatiky a štatistiky.* [online]. Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050. [cit. 2004–02–05]. Bratislava: Akty, 2002. Dostupné z WWW: http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf

budoucího vývoje obyvatelstva na Slovensku. Pokud v současnosti připadají na 1 obyvatele ve věku nad 65 let dva ve věku do 17 let, v roce 2050 bude podle střední varianty tento poměr skoro přesně opačný. Na jednoho obyvatele ve věku do 17 let připadnou skoro dva ve věku nad 65 let.[25]

Celkový počet obyvatel SR v roce 1991 byl 5 311 000, v poproduktivním věku (tedy muži 60+, ženy 55+) 922 000 a ve věku nad 80 let bylo 110 000 obyvatel. Celkový trend se vyznačuje stárnutím populace. K nejvýznamnějšímu nárůstu obyvatelstva v poproduktivním věku dojde po roce 2006. Předpokládá se zdvojnásobení populace v roce 2030 proti roku 1900, populace v poproduktivním věku se až zpětinásobí a počet obyvatel nad 80 let se až desetinásobně zvětší.[26] Hetteš[27] poukazuje na konstatování Eurostatu ohledně demografických změn, které nejsou tak katastrofální, jak se předpokládalo v minulosti. Faktem ale zůstává nárůst počtu starších lidí v populaci, která bude potřebovat pomoc další osoby při péči o sebe sama.

Mezi země, které se mohou pochlubit nejdelší průměrnou délkou života, se řadí Francie s 80,87, Švédsko s 80,74 a Itálie s 80,07 roky. Ve skandinávských zemích je dlouhověkost připisovaná velmi kvalitní lékařské péči a zdravému životnímu stylu Severanů: nízká spotřeba alkoholu a cigaret, zdravá strava a sport. V jižních zemích EU – Francii, Itálii a Španělsku – je při kvalitní lékařské péči dlouhověkost připisovaná i nepřipouštění si stresu a užívání radosti. Jižané se více baví, tancují a smějí se. V afrických zemích je očekávaná délka života velmi nízká, v Senegalu 57,08 roku, v Nigérii 46,53 a v Angole dokonce jen 37,92 roku. Slovensko se zařadilo ve srovnání s ostatními zeměmi na 21. místo s průměrnou délkou života 75,17 roku. Mezi země, které se umístily před Slovenskem, patří např. Česká republika (76,62), Polsko (75,41), Irsko (78,07), Německo (79,10), Holandsko (79,25), Rakousko (79,36)… atd.[28]

25 *Infostat – Inštitút informatiky a štatistiky.* [online]. Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050. [cit. 2004–02–05]. Bratislava: Akty, 2002. Dostupné z WWW: http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf

26 HEGYI, L. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatrie*. Bratislava: IVZ, 1996. s. 9, 10.

27 HETTEŠ, M. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011.

28 www.portal.statistics.sk [cit. 2010–07–05].

Kvalita života na Slovensku podle indexu lepšího života ukazuje, že pokud jde o délku života, žijeme o 4 roky méně, než je průměr v OECD.[29]

Územní rozmístění starých lidí ukazuje, že nejvyšší podíl seniorů se nachází v jižních, převážně zemědělských částech Slovenska, nejnižší podíl v jeho severní části.[30]

Podle zjištění Hegyiho[31] je z počtu obyvatel nad 60 let věku na Slovensku 38 % zdravých a soběstačných, 32 % jsou chronicky nemocní, ale kompenzovaní a soběstační, 21 % je chronicky nemocných, ohrožených ztrátou soběstačnosti a 9 % je velmi těžce nemocných. Ve věkové skupině nad 80 let bylo prokázáno, že asi jedna třetina z nich je relativně zdravá a soběstačná.

Rizika úmrtí obyvatelstva jsou diferencována jednak pro muže a ženy, pro různé věkové skupiny, pro různé vzdělanostní, sociální či etnické podskupiny populace.

Mezi hlavní příčiny nemocnosti a úmrtnosti seniorské populace nad 65 let Hegyi[32] uvádí:

- Nemocnost: koronární choroba srdce, pády a fraktury, deprese, rakovina, demence.
- Úmrtnost: koronární choroba srdce, cerebrovaskulární onemocnění, obstrukční choroba plic, pneumonie a chřipky, rakovina plic, kolorektální karcinom, nehody a pády.

Ze sociologicko-ekonomického hlediska stárnutí populace a snižování porodnosti způsobuje nedostatečné naplnění pojistných fondů a zároveň zvýšené požadavky na výplaty důchodů. **Aktuální se stává zároveň otázka zajištění zdravotní péče starším občanům. Půjde převážně o dlouhodobou péči.**

Na trhu práce se v současnosti velmi těžko prosazují osoby v předdůchodovém věku. Ve vyspělých zemích je důchodový věk vyšší (65 let), což znamená, že mnoho starších lidí je pracovně aktivních. Formují tak kvalitu vlastní životní úrovně a podílejí se též na tvorbě zdrojů pro důchodové zabezpečení. Kvantifikovat vývoj nákladů na sociální

29 HETTEŠ, M. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011.
30 HEGYI, L. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatrie*. Bratislava: IVZ, 1996. s. 10.
31 Tamtéž s. 10.
32 Tamtéž s. 11.

služby je velmi problematické. Je možné předpokládat, že při zachování dané struktury jednotlivých forem sociální péče celkové náklady v letech příštích budou velmi výrazně narůstat. V jejich výšce se kromě demografických faktorů postupně promítnou jak faktory ovlivňující nárůst nákladů na bydlení, tak i faktory, které ovlivňují růst mezd, kde je možné očekávat, že promítnutí těchto aspektů bude vzhledem k nízké úrovni odměňování v sociální sféře v současném období v porovnání s ostatními odvětvími hospodářství podstatně dynamičtější.

Celkové **rozpětí finanční náročnosti poskytovaných služeb** je dané především možností zajišťovat v následujícím období řadu činností, poskytovaných zpravidla v institucionalizovaném prostředí a v domácnostech jednotlivých občanů. Takový postup umožní zvýšit efektivnost prostředků vynakládaných na zajištění sociálních podmínek a posilní sociální zázemí starších občanů. Je však nutné také konstatovat, že tato skutečnost zřejmě přispěje k prodloužení střední délky života a vyžadovala by úsilí o změnu podmínek hmotného zajištění osob, které se o starší občany budou starat – hlavně transformaci peněžního příspěvku za péči.

Podle Bodnárové[33] stárnutí populace je v současnosti realitou a ať se prodlužování života lidí prezentuje pozitivně či negativně, je nutné patřičně v opatřeních sociální ochrany připravovat zdravotní systém, ale zároveň i jednotlivce a jejich rodiny, na život ve vyšším věku a na možné problémy, které mohou zasáhnout do jejich každodenního života. Jedním z nich je také **dlouhodobá péče o seniory, kterou je nutné řešit nejen na úrovni rodiny, ale také komunity a veřejných institucí**.

1.2 Kvalita života seniorů

Lidský život je možné dělit na biologický, duchovní, individuální, společenský, bohatý, chudý, šťastný, nešťastný apod. Ze společenského hlediska jde o život rodinný, skupinový, organizovaný, chaotický a jiný. **Lidský život se ale vždy uskutečňuje v určitém kulturně-historickém prostoru ve společenských podmínkách.**

33 BODNÁROVÁ, B. *Sociálna a právna ochrana zraniteľných jednotlivcov a skupín v dospelom veku*. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005. s. 5.