

Sociální izolace seniorů jako sociální problém

Kamila Haničáková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kamila Haničáková**
Osobní číslo: **H13962**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální izolace seniorů jako sociální problém**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Teoretické vymezení pojmů z oblasti sénia, života seniorů v interakci s okolím a rizika sociální izolace.

Příprava metodiky a jednotlivých fází empirického výzkumu.

Realizace výzkumu jako kvalitativního šetření, použití kvalitativních hloubkových rozhovorů vycházejících z fenomenologického paradigmatu.

Analýza datového materiálu, interpretace subjektivních významů.

Prezentace výsledků výzkumného šetření.

Doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GRUSS, P. Perspektivy stárnutí. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-605-6.

DUGAN, E., KIVETT, V. R. The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist* 34 (3), 340-346, 1994.

SAK, P., KOLESÁROVÁ K. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3850-5.

TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer press, 2009. ISBN: 978-80-251-2104-7.

VIDOVICOVÁ, L. et.al. Stáří ve městě, město očima seniorů. Praha: Sociologické nakladatelství, 2014. ISBN: 978-80-7419-141-1.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

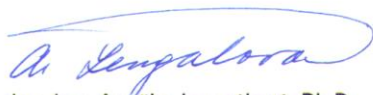
Datum zadání diplomové práce:

7. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

17. dubna 2015

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015



doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 4. 2015

Kanickářová Kamila

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na sociální izolaci seniorů, jako jednu ze sociálních determinant sociální participace, sociální integrace a zdraví seniorů. Senior se setkává v této fázi lidského života s řadou životních krizí, které mohou vést k pocitům úzkosti, nízkého sebevědomí nebo k sociální izolaci a následně mohou negativně ovlivnit jeho fyzické a psychické zdraví. Tato práce představuje různé názory na sociální izolaci a klade otázku, co převážně způsobuje sociální izolaci seniorů a jak senioři tuto psychickou zátěž prožívají.

Klíčová slova: sociální izolace, osamělost, senioři, rizikové faktory, sociální participace, sociální opora, interpersonální vztahy

ABSTRACT

This thesis is focused on social isolation of seniors as one of the social determinants to social participation, social integration and health of seniors. Senior meets several life crisis in this period of human life, which might lead towards the feelings of anxiety, low self-esteem or to the social isolation and consequently they can negatively influence seniors physical and psychical health. This thesis introduced various opinions on social isolation and brings the question what causes the social isolation of seniors predominantly and how seniors are coping with this psychic stress.

Keywords: social isolation, loneliness, seniors, risk factors, social participation, social support, interpersonal relationships

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování Mgr. Karle Hrbáčkové Ph.D. za vstřícnost a pomoc při vedení mé diplomové práce.

S pokorou a respektem vyjadřuji své poděkování všem účastníkům výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SOCIÁLNÍ IZOLACE SENIORŮ:ROZVÍJEJÍCÍ SE PROBLÉM	13
1.1 CHARAKTERISTIKA SOUČASNÁ GENERACE SENIORŮ.....	15
1.2 VĚKOVÁ STRUKTURACE A VĚKOVÁ IDENTITA SPOLEČNOSTI.....	17
1.3 DEFINICE SOCIÁLNÍ IZOLACE	19
1.4 OSAMĚLOST (OPUŠTĚNOST).....	24
2 FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO SOCIÁLNÍ IZOLACE SENIORŮ	26
2.1 ZDRAVOTNÍ STAV A DISABILITA	26
2.2 NESOBĚSTAČNOST A KŘEHKOST	28
2.3 SOCIÁLNÍ SÍŤ	31
2.4 OMEZENÍ MOBILITY, PÁDY	32
2.5 OSAMĚLÝ ŽIVOT.....	33
2.6 ZTRÁTA DOMOVA, INSTITUCIONALIZOVANÁ PÉČE	34
2.7 NEVHODNÉ ZACHÁZENÍ SE SENIORY	35
2.8 SOCIÁLNÍ PRÁCE ORIENTOVANÁ NA PÉČI O SENIORA	35
2.9 VDOVSTVÍ.....	36
3 MOŽNOSTI PREVENCE SOCIÁLNÍ IZOLACE	38
3.1 VÝZNAM OSOBNÍ ASISTENCE, HODNOTY DOBROVOLNICTVÍ A SPOLEČNICTVÍ	38
3.2 VSTRÍCNÉ TECHNOLOGIE PODPORUJÍCÍ ZAČLEŇOVÁNÍ	38
3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PREVENCI ORIENTOVANÉ NA POMOC SENIORŮM	39
3.4 HODNOTA DOBROVOLNICTVÍ.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	44
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	44
4.2 ZVOLENÁ METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT	45
4.3 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	46
4.3.1 Přehled otázek zaměřených na minulost	46
4.3.2 Otázky zaměřené na přítomnost	46
4.3.3 Zaměření na budoucnost	46
4.4 CHARAKTERISTIKA VÝBĚROVÉHO SOUBORU	47
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	49

5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	50
5.1	ŽIVOT POHLEDEM Z OKNA	50
5.2	BUĎ VŮLE MÁ	52
5.3	PÍŠETE SI TO?.....	54
5.4	DRUHÝ PROGRAM	56
5.5	NEZVANÍ.....	57
5.6	AUTONOMIE PROTI ZRANITELNOSTI.....	57
5.7	O SÍLE 58	
5.8	KOUZELNÝ PRSTEN	59
6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	61
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Cílem této práce je zkoumání povahy a rozměru konceptu sociální izolace a jevům jí blízkým, tak, jak ji v současnosti chápeme. Jestliže je život vyjádřením aktivních a smysluplných interakcí s druhými, je většina jevů, souvisejících se sociální izolací vyjádřením zápasu o autonomii, identitu, respekt, lásku, pozornost, podporu a pomoc. Souvisí s pokusy o neustálé přizpůsobování se a korekce, bez nichž by se život zhroutil. Jádrem mého názoru je přesvědčení, že problém sociální izolace seniorů je vyjádřením jak společenského pokroku a rozkvětu, tak jeho úpadku. Může-li v naší existenci něco poukazovat na naši současnou velikost nebo malost, je jimi koexistence s druhými.

Zachování smysluplné kontinuity života spolu se schopností porozumět vlastním životním situacím jsou společností vnímány jako indikátory smysluplného a produktivního stárnutí. Představa stárnutí a stáří zachycující pouze jeho zhoubné, fatální důsledky, spolu se závěry o nevyhnutelné ztrátě osobní autonomie, se jeví pro účely této práce jako nepřijatelná. Smysluplný život uskutečňujeme prostřednictvím sociálních vazeb. Sdílení aktivit s druhými, pocit sounáležitosti a vlastní prospěšnosti jsou zvláště významné pro naplnění základní potřeby „být a zůstat někým“. Úzce souvisí s participací a seberealizací, blízkostí a emocionální podporou, zvládnutím osamělosti, otázkou akceptace a kvality lidského života.

Pokud je ve společnosti příliš mnoho jedinců, kteří se vlivem těžkých životních okolností nemohou podílet na společenském životě, je jejich život v kontextu životní stability a sociální integrace nepříznivě ovlivněn. Sociální izolace může být doprovázena kulturním vyloučením, to znamená, že jedince i skupiny odděluje od dominantních vzorců chování a společenských hodnot. Výrazně se projevuje ve ztížení životních šancí, vytváření bariér a negativních postojů. Jejím důsledkem je radikální zúžení prostoru pro lidskost a ostatní formy soužití a nedobrovolná ztráta společenské sounáležitosti. Riziku oslabení a sociálního vyloučení čelí poměrně častěji právě lidé staří a lidé se zdravotním postižením. Deficity stáří a každá závažná sociální a zdravotní událost, představují zvláště v pokročilém věku závažný stresor, možné vytržení ze sociálních rolí a společenské vyloučení. (Kalvach et al. 2011)

Mezi nejzávažnější argumenty, proč je zapotřebí věnovat sociální izolaci stejnou pozornost jako týrání, zneužívání a špatnému zacházení se seniory, patří především zranitelnost seniorů a bezmocnost osamělých seniorů, jež zůstávají v prostředí domova bez pomoci, nepovšimnutí a skrytí.

Senzacechtivé a moralizující zprávy v médiích o nešťastných a tragických osudech seniorů, naznačují veřejné zanedbávání na jedné straně a nezodpovědné, nevšímající okolí na straně druhé. Jedná se o ojedinělé případy, nebo jsou jen špičkou ledovce? V hlubší úrovni reality je zřejmé, že okolnosti, za jakých osamělí, opuštění a zanedbaní senioři strádají a umírají, odráží širší společenské procesy, jakými jsou například chybějící nebo nevhodná péče a podpora, sociální či institucionální prostředí, nezbytná legislativní i sociální ochrana, které by zabránily těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou být osamělí, izolovaní a nesoběstační senioři konfrontováni. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v hledání a poskytnutí všech forem pomoci, které je třeba uskutečňovat, zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti.

Role médií, při formování společenského vědomí a postojů o seniorech, je klíčová. Omezováním tragických a nešťastných osudů, ke kterým dochází, pouze na konkrétní zprávy či sérii sdělení, modulují náš hodnotový systém i společenskou diskuzi. Důsledkem jsou nebezpečné sociální konstrukce a projevy ageismu, ve kterých jsou hodnota, kvalita, smysluplnost lidského života a soudržnost celého společenství jen obtížně uchopitelné pojmy. (Čevela et al. 2014)

Se současným zřetelným nárůstem úsilí umožňovat seniorům setrvávat v jejich domovech a známém sociálním prostředí navzdory zhoršující se soběstačnosti, rozpadu stabilních sociálních struktur, jakými jsou rodina, příbuzenství, sousedství, které zajišťovaly pevný rámec sociální integrace, nabývá problém osamělosti a sociální izolace seniorů nový rozměr. Zkoumání tohoto jevu ztěžuje skutečnost, že o něm veřejnost, ani samotní senioři nemají povědomí. Nesporně ji nelze vnímat jako soukromý, individuální problém, je zřetelně problémem veřejným.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ IZOLACE SENIORŮ: ROZVÍJEJÍCÍ SE PROBLÉM

Společenské vědy aktuálně příliš nepracují s vymezením sociální izolace, ani s jejími projevy a důsledky. V nejužším smyslu může být (Vondrová, 2014, s. 92) vnímána sociální izolace jako sociální exkluze. Úzce spolu souvisí. V rovině sociální ji představuje koroze a nedobrovolné omezení sociálních vztahů, ztráta sociální opory, pomoci, ztráta příležitostí vytvářet a udržovat vztahy. Zbavuje člověka dřívější vázanosti na ostatních, vztahů, ve kterých uplatňoval potřebu náležitosti. Slaměník (2011 s. 97) **potřebu náležitosti** (need to belong) chápe jako potřebu utvářet a udržovat alespoň minimální množství dlouhodobějších, pozitivních a významných interpersonálních vztahů a hlavní zdroj lidské motivace. Zahrnuje Eriksonův epigenetický princip, Maslowovu potřebu bezpečí, sounáležitosti, lásky a uznání, dobro, růst a potřebu identity Ericha Fromma, stejně jako jeho přístup k otázkám odcizení, Rogersovo učení o přijetí a empatii. Postupné zaostávání za všemi ostatními, způsobené emočním i sociálním odloučením, vede k nerovnosti tak dalekosáhlé, že jedinci přináší problém s jeho vlastní identitou.

Sociální identita (Opatrný, 2014, s. 119) poskytuje jedinci náhled na kvalitu vlastního života. Umožňuje mu utvářet si představy o sobě samém, identifikovat se s kulturní skupinou nebo komunitou a adekvátně se tomuto vnímání přizpůsobovat. Jak podotýká Giddens (in Vondrová, 2014, s. 88), souvisí se socializací, potřebou statusu a rolí jednotlivce ve společnosti. Fyzické nebo psychické vyloučení znamenající ztrátu propojení se společností, může být ospravedlněním pro odepírání vstupu - exkluzi.

Potřebu celistvosti vidí Fromm v procesu tvoření smyslu života. Tento proces probíhá především ve všech osobních a společenských vztazích. Pouze v pozitivním vztahu s druhými můžeme prožívat pocity společenství a sounáležitosti. (Cakirpaloglu, P. 2009) Pak jsou útočištěm před tím, čeho se člověk hrozí nejvíce: před izolovaností. Proč je strach z izolovanosti v člověku tak mocný? Důležitým prvkem je dle Fromma fakt, že lidé nedovedou žít bez nějakého druhu součinnosti s druhými. „*Chce-li člověk přežít v jakémkoliv představitelném druhu kultury, musí spolupracovat s druhými.*“ (Fromm, E. 2014, s. 30)

Senioři jsou nejpočetnější skupinou ohroženou sociální exkluzí. Současné pojetí chápe „sociální exkluzi jako proces úpadku a dezintegrace vztahů mezi jedincem či určitou minoritou a majoritní společností, hlavním společenským proudem (mainstream). Ztrácí se pocit sounáležitosti, sdílení, vzájemného chápání, vzájemné vstřícnosti, pomoci, respektu a také participace včetně přístupu k informacím a možnosti ovlivňovat dění“ (Kalvach, Z. et. al 2011 s. 174) Billette a Lavoie (2010, s. 5 cit. podle Vidovicové et al. 2013, s. 346) definují sociální vyloučení z významných sociálních vazeb „jako omezení okolních a sociálních vazeb na minimum nebo je charakterizuje špatné zacházení či zneužívání.“ Důsledkem na straně vyloučených je frustrace, nejistota, mnohdy ztráta sebeúcty. Souhrnně jde o utrpení na straně vyloučených a o škody na straně společnosti, včetně nevyužití potenciálu vyloučených lidí či destabilizace vztahů, sociálního smíru, sociálního potenciálu.

Sociální izolace seniorů představuje zvláštní formu nedobrovolného sociálního vyloučení a - kvůli zásadnímu úbytku energie, vysoké intenzitě zdravotních potíží, tím spíše imobility, možných těžkých kognitivních postižení – je pro seniory výjimečně ohrožujícím procesem. Za příznivých podmínek senior vkládá své síly do realizace vlastních možností a cílů. Pod vlivem životních krizí, tlakem stresu z narušení životního konceptu, dochází k frustraci, nejistotě, mnohdy ztrátě sebeúcty, rezignaci, k agresí, asociálnímu chování, případně autoagresí. Souhrnně jde o utrpení na straně izolovaných (vyloučených) a o škody na straně společnosti, včetně nevyužití sociálního potenciálu či destabilizaci společenských vztahů, sociálního smíru. (Čevela et al. 2014)

Jestliže mají senioři milující a tolerantní pečující, rodinu, přátele, kteří se jich ujmu, pak je život přerušovaný hospitalizacemi, funkčními omezeními, možný. Uvážíme-li však faktickou neschopnost seniora postarat se o sebe z hlediska úbytku soběstačnosti, křehkosti, bolesti, nedůstojného zacházení a to, že může být ponechán o samotě a bez pomoci, je nutně nejvážnějším ohrožením jeho existence, může být otázkou života a smrti.(Fromm, E. 2014) „Někdy si myslíme, že chudoba je být jenom hladový, nahý a bez domova. Chudoba těch, kdo jsou nechtění, nemilovaní, zanedbávaní, je ta největší chudoba. Tento druh chudoby musíme léčit ve svých domovech“, cituje Kalvach (2011,

s. 61) a dodává: „jestliže senior nemůže zvládat životní krize prostřednictvím vlastních zdrojů, potřebuje pomoc jiných.“

1.1 Charakteristika současná generace seniorů

Chceme-li definovat sociální izolaci seniorů v pojmech kvality, je důležité, abychom si přiblížily některé charakteristiky současné generace seniorů. Umožní nám prohloubit pohled na stáří a lépe pochopit a vnímat současnou generaci seniorů. Osud této generace, tedy seniorů narozených před druhou světovou válkou, byl mimořádný. Její snaha vtisknout svou generační subjektivitu v podobě společenských vizí objektivnímu světu je neopakovatelná. Specifičnost byla utvářena nebývalým množstvím inovací, historickými a společenskými událostmi, kterými procházela a s nimiž se musela vyrovnávat. Jejím prostřednictvím docházelo k zásadním proměnám společnosti. Život a životní styl byl bohatý, a v řadě směrů byli současní senioři aktivnější, než mladší generace. To vše vytvořilo výjimečný charakter této generace, která má v současné společnosti své nezastupitelné místo. (Sak, P., Kolesárová, K. 2012)

Celistvé pochopení generační dráhy současných seniorů (zahrnuje období 50 – 60 let) je možné sledovat prostřednictvím předložených syntetizovaných poznatků Petra Saka (2012). Jejich prostřednictvím můžeme spatřit:

- starší generaci seniorů, která prožila jako děti a mladiství nástup fašismu, ztrátu suverenity a hrůzy druhé světové války;
- ve fázi mládeže, kdy byli účastníky února 1948. Následný poválečný optimismu se stal stimulem pro vize nové společnosti. Realizace těchto vizí byla deformována tlakem velmocenského zájmu SSSR (Svazu sovětských socialistických republik, zanikl v roce 1991, následovalo ustavení Ruské federace).
- tři mocenské převraty, které současná generace seniorů zažila, spojují tlaky na veřejně prezentované postoje (únor 1948, posrpnová normalizace 1968 a polistopadová normalizace 1989). V reakci na tyto události se profilovali morálně, charakterově i osobnostně.

- jako střední generaci, která naplňovala šedesátá léta originálním obsahem a byla generačním subjektem „pražského jara“. Nebývalá dynamika společenského vývoje byla však nebývalým způsobem zastavena – okupací země armádou členských států Varšavské smlouvy.
- vzdělanostní posun, jehož byla současná generace seniorů subjektem i objektem. Právě tato generace prolomila bariéru v přístupu žen ke vzdělání (výrazný podíl žen vysokoškolsky vzdělaných a masové je středoškolské vzdělání s maturitou; pokles porodnosti byl spojen zapojením žen do pracovního procesu);
- změnu obsahu a charakteru práce, trávení dovolených, motorismus a objev televize, který změnil jejich životní styl. Současná generace seniorů je poslední generací gramotné kultury a první generací, která mění kvalitu svého stáří pomocí počítače, internetu a mobilu. Tím, že v sobě slučuje aktivity gramotné kultury a kyberkultury je mimořádná. Představuje generaci, jejíž vzdělanost je také výsledkem celoživotní četby.
- společenský převrat v listopadu 1989, na kterém se tato generace rovněž podílela. Další vývoj již probíhal po osách, tvořených jinými znaky. *„Životní tragédií této generace je skutečnost, že všechny společenské změny, na nichž se podílela, dopadly zcela jinak, než bylo cílem generace.“* (Sak, P.; Kolesárová, K. 2012 s. 67) Pravděpodobný vrchol situace seniorů byl kolem roku 2008. *„Do té doby se jejich situace zlepšovala a od té doby se postupně zhoršuje.“* (Sak, P., Kolesárová k. 2012 s. 69) Prudce a skokově se zhoršují zvláště určité segmenty života seniorů. Tradiční rodina, ve které senioři vyrůstali, dokázala po generace absorbovat a překonávat společenské změny. Současná rodina přestala být funkční, což se projevuje v dalších změnách. Z důchodů, které získali za celoživotní poctivou práci, nejsou schopni pokrýt ani ty nejzákladnější životní náklady a ocitají se na pokraji bezdomovectví a v extrémních případech řeší svou bezútešnou situaci zcela fatálně. (Možný, I. 2012)

Ve světle Moravskoslezské studie Dany Sýkorové (2007) můžeme porozumět charakteru současných seniorů. Nelze popřít, že i při špatném zdraví, nedostatku psychických a fyzických sil, finančním problémům, rychlému růstu a množství změn, přisuzují vysokou hodnotu autonomii (kterou považují za důležitou ve vztahu k sobě), vlivu sociálních vazeb a vztahu k druhým. V nejistotě společenských změn neztratili vášeň, optimismus, humor.

Být členy této generace znamená, že jsou si hluboce vědomi našeho světa a všech jeho problémů, včetně globálních a klimatických.

V silném občanském smýšlení a s důvěrou podporují mladší generace ke společenskému rozvoji a změnám. Jejich potenciál, vycházející z bohatých životních zkušeností, může nastupujícím generacím definovat a určit směr k překonávání životních krizí, orientovat se ve světě, kde rychlá změna je nový „normál“. Exponenciálně rostoucí technologie neuvěřitelně dramaticky vstoupily do života současných seniorů a „vypráví“ přesvědčivý a jedinečný příběh o způsobech, jakými se chopili této příležitosti. Úsilí je definováno jejich ochotou přizpůsobit se i důvtipným pragmatismem zkoušet nové věci. Platformy pro sdílení jsou v současnosti rozmanitější, než kdy jindy. V diskusi o všech aspektech sociální izolace a společenského vyloučení představují významný prostor pro nacházení způsobů k začleňování. (Haškovcová, H. 2011)

1.2 Věková strukturace a věková identita společnosti

Vyšší věk je objektivně poznamenán progresivní involucí, která ale nemá identický průběh pro každého jedince. proto jsou určité změny pro některé seniory obtížněji zvládnutelné. (Vidovičová, L., et al. 2013) S tím, jak ve společnosti roste komplexita, jednotlivé věkové stupně se dále drobí, zjemňují a vnitřně diferencují. Například výrazný medicínský pokrok prodlužování délky života a oddalování morbidity do pozdějšího věku u stále početnějších skupin populace, vyvolal potřebu pro vnitřní diferenciaci stáří v závislosti na vnímaných rozdílech v potřebách asistence.

Bez ohledu na svůj skutečný věk, lidé, kteří o sobě smýšlejí jako o ne - starých, lépe zvládají objektivní změny stáří. Jak uvádí Vidovičová (2008, s. 58): „*subjektivní věk je významným indikátorem kvality života obecněji, ať byla měřena jako schopnost přizpůsobit se stárnutí, optimismus ve společenském vývoji nebo přímo jako pocit štěstí.*“ Nehovoříme proto již jen o stáří, ale rozlišujeme například rané stáří, stáří a pokročilé stáří.

Objektivně vzato, můžeme se domnívat, že stáří s sebou přináší nějaké „speciální“ potřeby, které se u ostatních v populaci nevyskytují. Také to může být naopak, jak dokládá praxe, potřeby seniorů jsou redukovány na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění. Tyto zaznamenané projevy věkové diskriminace a ageismu jsou projevem porušení práv. Myslíme tím práva na potřebu uznání a projevenou úctu. (Dugan, E. Kivett, M., 1994)

Ne všichni staří lidé jsou však moudří, stejně jako nezvládají své vývojové úkoly všechny děti, dospívající nebo mladí dospělí. Odpovědět, odkdy může být člověk pokládán za starého je nesnadná.. (Langmeier, J. Krejčířová, D. 1998)

Seniorská populace je velmi heterogenní. I mezi dlouhověkými seniory je většina soběstačných, žijících v domácím prostředí. Rozčlenění seniorské populace z hlediska zdatnosti, funkčního stavu a zaměření podpory nabízí Kalvach (et al. 2011, s.81) v následujícím schématu:

- **elitní senioři**- žijí zcela samostatně, jsou schopni mimořádných výkonů, problémem může být nedostatek příležitostí k uplatnění, k participaci,
- **zdatní senioři (fit)**- žijí samostatně, zvládají i vyšší nároky životního prostředí (např. život na vesnické samotě),
- **nezávislí senioři** – zvládají bez problémů běžné aktivity v nenáročném prostředí, např. bydlení v bytech I. kategorie, mají však nižší zdatnost, malé funkční rezervy, takže selhávají v zátěži (nap. porucha výtahu), profitují proto z rekondičních programů a z pružné pomoci v zátěžových situacích,
- **křehcí senioři (frail)** – vykazují nízkou míru potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability), nízkou odolnost i k běžné zátěži, snadno a opakovaně se funkčně dekompenzují anebo se dostávají do svízelných situací (např. pády), vyžadují aktivní prevenci, tísňovou péči, jistotu kontaktu, pomoc na úrovni instrumentálních aktivit denního života, funkční hodnocení s intervencemi, aktivaci, podporu kvality života bez infantilizace,

- **závislí senioři** –ztratili částečně či zcela soběstačnost, vyžadují trvalé zajištění rodinou či pečovatelskou službou, aktivní intervenci, aktivaci k podnětům, komunikaci, podporu pohybu mimo byt, zvládají sebeobsluhu,
- **senioři zcela závislí** – vyžadují pomoc i na úrovni základních aktivit denního života, tedy v sebeobsluze, trvalý či převážný dohled (lidé s pokročilým syndromem demence), ošetřování při imobilitě (upoutání na lůžku, nepohyblivost), obvyklé řešení inkontinence, často dlouhodobou, respektive trvalou ústavní péčí, ochranu bezpečí a důstojnosti,
- **senioři umírající** – vyžadují ucelenou paliativní péči.

Riziko, že člověk bude odkázán na péči ostatních, sice výrazně roste s věkem, ale zároveň se ukazuje, že vzdělávání a postupná informovanost a povědomí o vlastním zdraví mohou období, kdy bude člověk odkázán na péči ostatních výrazně odsunout. (Gruss, P., et al.2009)

Ovšem, počet lidí odkázaných na péči ostatních se bude přece jen zvyšovat, zatímco počet lidí ve středním věku, kteří tuto péči budou muset lidsky i ekonomicky zajistit, neustále klesá.

1.3 Definice sociální izolace

Jakkoliv může být empiricky obtížné změřit, kde končí osamělost a začíná izolace, taková hranice nepochybně existuje. Je důležité vědět, jak jsou sociální izolace a osamělost definovány, stejně tak, jako snahy objektivně měřit jejich prevalenci, rizikové faktory a důsledky.

Tabulka 1. Definice sociální izolace

Definice sociální izolace	
Matoušek, O. (2005, s. 456)	<i>„Vedle prvního, samozřejmého významu -absence sociálních kontaktů a interpersonálních vztahů, má specifické významy v rámci hlubinné psychologie (jedná se obranný mechanismus, podobný vytěsnění v rámci vytěsnění nepříjemně prožívaných obsahů z vědomí); je vědomé a záměrné vyčlenění jedince ze společnosti; motivovaná subjektivně se týká strachu a úzkosti z mezilidských kontaktů, odporu a nechuti k vytváření interpersonálních relací. Je to závažný psychopatologický projev. Dlouhodobá sociální izolace vede k sociální a citové deprivaci.“</i>
Hosák, I.; Kovářová, M. (2003 s. 505)	<i>„Sociální izolace je objektivně měřitelný nedostatek sociálních integrací. Bývá spojování s depresí a celkovým zneschopněním.“</i>
Vávrová, S. (2010, s. 69)	<i>„Vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální nebo zdravotní situace.“</i>
Vondrová (2014, s. 91)	<i>„Projevuje se malou, příp. nízkou kvalitou sociálních interakcí - tedy ne-participací v sociálních kontaktech (rodina, přátelé, komunita, společnost v širším smyslu) a omezením šíře a kvality kontaktů“</i>
Slaměník, I. (2011 s. 96)	<i>„Sociální izolace vzniká při nedostatku sociálních vztahů, např. při odloučení od rodiny, při přechodu do nového prostředí, při životě v omezeném prostoru apod.“</i>

Sociální izolace vzniká při nedostatku sociálních vztahů. Weis (in Slaměník, I. 2011) rozlišil dva druhy izolace: sociální a emoční izolaci. Sociální izolace vzniká při nedostatku sociálních vztahů, např. při odloučení od rodiny, přechodu do nového prostředí, při životě

v omezeném prostoru. Výrazně odlišný typ představuje emoční izolace, kdy člověk, byť obklopen širokou rodinou, přáteli a známými postrádá důvěrný vztah k jinému člověku, který by mu přinášel emoční uspokojení. „*Postrádá těsný vztah založený na vzájemném porozumění a důvěře, který by mu poskytoval možnost intimního sdělování, možnost mluvit o zastávaných názorech a postojích, spolehnutí, opory a bezpečí.*“ (Slaměník, I. 2011, s. 96)

Sociální izolaci lze objektivně měřit použitím observačních metod (Life Space Score měří četnost sociálních interakcí), jejichž prostřednictvím sledujeme jedince a jeho interpersonální vztahy, velikost sociální sítě a četnost společenských interakcí. Termíny osamělost a sociální izolace jsou často zaměňovány a integrovány do definic, které oba pojmy směšují. Spojení subjektivních prvků osamělosti a objektivních příčin sociální izolace může vést k nepochopení povahy aktuálního stavu, ve kterém se senior nachází, i k volbě chybných intervenčních zákroků. (Hortulanus, R. et al. 2009)

Nepochopení sociální izolace může vést k mylnému a pro seniory nebezpečnému hodnocení jejich životní situace, jako projevů např. maladaptace (apatie, nezájem o společenskou dění, zhoršení komunikace, ztráta zájmu o sebe i okolí, lhostejnost či upnutí se na zdravotní problémy, vyžadování analgetik). Je dána poměrem mezi silou sociálních a zdravotních determinant a osobnostními dispozicemi seniora, jeho psychickou a fyzickou odolností a adaptabilitou. Existují však přidružené rizikové faktory, které pravděpodobnost sociální izolace zvyšují. Na straně seniora patří k rizikům pokročilý věk, kvalita rodinných a sousedských vazeb, zhoršení zdravotního stavu, omezení soběstačnosti, nekompetentnost, finanční a materiální stav, syndrom vyhoření u pečujících seniorů, alkoholismus či jiná závislost. Důležitější, než zdravotní postižení, představuje riziko sociální izolace skutečnost, že se o seniora z nějakého důvodu nemá (či nechce) kdo postarat (vdovství, osaměle žijící senioři, ztráta domova a hospitalizmus, bezdomovectví) a nevhodné zacházení, týrání a zneužívání seniora. (Čevela et al. 2014)

Na rozdíl od osamění neoznačuje termín sociální izolace stav, nýbrž je odkazem na proces, který jedince odsouvá z jeho dřívějšího místa ve společnosti a uvrhává do situace výrazně

horší, než v jaké byl poměrně dlouhou dobu svého života zvyklý žít. V tomto procesu postupně vypadává ze systému sociálních pozic a rolí, ztrácí přístup k důležitým životním šancím, zejména k těm, které mohou seniora do společnosti „připojit“. Je konfrontován se skutečností, že zbytek života pravděpodobně prožije způsobem, který se nebude příliš lišit od živoření. Tito lidé nemají naději, že by se jejich situace výrazně změnila a jsou nuceni k individualizovaným životním strategiím. Jejich projevy jsou natolik specifické, že je nelze nijak zobecnit. Klíčovou otázkou zůstává, nakolik je možné formulovat hypotézy o mechanismu příčin. (Keller, J. 2011)

Dle Kellera nemá sociologie pro tyto izolované a osamělé jedince žádné všeobecně přijímané označení. „*Právě tak, jako jsou zapomenutí společností, zapomíná na ně i věda o společnosti.*“ (Keller, J. 2011. s. 103) V sociometrii existuje pro osobu, která není v sociometrickém testu nikým pozitivně vybírána, označení izolát. Odlišuje osoby opomenuté od izolovaných takto: „*osoby izolované ani neprovedly, ani neobdržely žádný výběr, zatímco osoby opomenuté výběr sice samy provedly, ale nebyly nikým vybrány.*“ (Matoušek, 2005, s. 456) Sociometrická izolace nemusí být totožná s celkovou sociální izolací osoby, vyjadřuje postavení individua pouze ve struktuře nějaké konkrétní malé sociální skupiny. Je málo pravděpodobné, že by osoba, která je jen v jedné skupině, měla současně v jiné vysoký sociometrický status. „*Výjimečné případy tohoto druhu, zejména ve sféře politického života, jsou ovšem možné,*“ dodává Matoušek (2005, s. 456).

Ztráta společenských vazeb a sociální akceptace vystavuje seniora snížené společenské kontrole a sociálním tlakům. Jejich obsah představuje především jeho ochranu, rozvoj a posilování. Nedokáží-li senioři kontakty udržovat, upadají do nezáviděníhodné pozice marginálních. (Keller, 2012) Sociální vyloučení bylo vázáno na individuální handicapy obtížně adaptovatelných jedinců a celých rodin (např. duševní poruchy, špatné zdraví, alkoholismus, ztížená vzdělavatelost). Dnes představuje významný osobní deficit nemožnost nebo neschopnost vytvářet a udržovat sociální vztahy. „*Omezení, přerušování či neexistence kontaktů blokuje nejen rozvoj silných vazeb (rodina, příbuzenství), ale také omezuje rozvoj vazeb slabých.*“ (Keller, J. 2012, s. 93) Tento vývoj, ovlivněn zanikáním rozsáhlých sociálních vzorů a struktur, vyžaduje nejen nové kompetence, ale také s sebou

nese velké nejistoty. Překlenout osamělost a obavy z ní plynoucí mohou senioři pouze ve vytváření konkrétních vztahů s druhými. Jejich význam spolu s jejich kvalitou potvrzují přirovnání k jakémusi nárazníku či filtru, který pomáhá kompenzovat životní ztráty a udržovat kontinuitu života.

Sociální izolace je dle Koukolíka (2014) nejen psychickým a sociálním problémem, ale může být i zdravotní komplikací. Pro organismus seniora představuje dlouhodobá izolace a osamění biologickou zátěž, srovnatelnou se zátěží při dlouhodobém stresu. Nejvýznamněji působí na kardiovaskulární systém, ovlivňuje kvalitu spánku a působí poruchy imunitního systému.

Dle Kellera (2011) ti, kdo žijí osamoceně a izolovaně uprostřed mobilní, živé, sdílející společnosti, často strádají více v psychické než materiální rovině. *„Jestliže nebudeme brát v potaz oprávněné zájmy a potřeby seniorů, diskriminujeme je, a mnohdy se dopouštíme přímo systémového ponižování, jedné z forem týrání“*, apeluje Kalvach (2011, s. 56) a dodává: *„ukazuje to na obtížnost a existenciální náročnost života ve stáří. Zdá se, že hlavní příčinou sebevraždnosti, která dramaticky stoupá po 75. roce věku, nejsou samotné choroby, bolest, úbytek soběstačnosti, nýbrž ztráta vlivu na nakládání se sebou a především pocit, že se člověk stává obtížným břemenem pro okolí, pro rodinu, pro ošetrovatelský personál.“*

Izolací mizí vnější svět. Podle Fromma (2013, s. 16) představuje odloučení od společnosti: *„zbavení jakékoli možnosti využít svých lidských schopností. Proto být odloučen znamená být bezmocný, neschopný aktivně uchopit svět, věci i lidi. A tak je zdrojem intenzivní úzkosti, která vyvolává zároveň i pocity studu a viny.“* Říčan (2014) vnímá ztrátu tmelících mezilidských vazeb jako „nemoc doby“, o které je třeba vědět, a se kterou je nutné bojovat, aspoň ve svém neblížejším okolí.

1.4 Osamělost (opuštěnost)

Složité životní události mohou senioři lépe zvládat v péči, založené na posilujících vzájemných vazbách, s láskou a ve společném sdílení. Ztráta této perspektivy (a lidskou zkušeností hluboce posilující naděje), způsobená skutečností, že senior nikoho nemá, nebo se o něj rodinní příslušníci nemohou či nechtějí postarat, přispívá k myšlenkám, že je nepotřebný, bezcenný, na posledním místě. Jak uvádí Křivohlavý (2011, s. 76): *„konfrontace s realitou a bolest přítomná v úvahách i v prožívání je velmi obtížně sdělitelná a ostatním takřka nepřístupná.“*

Osamění patří mezi nejvýznamnější rizika a břemena seniorského věku, včetně penzionování, ovdovění, závažného onemocnění, případné ztráty soběstačnosti. Zvláště dnes, kdy se rozkládají právě ty stabilní sociální struktury (rodina, příbuzenství, sousedství), které zajišťovaly pevný rámec sociální integrace. Samota je napájena subjektivními pocity vlastní zranitelnosti. Když pozбудou senioři práci, životního partnera, zdraví, autonomii, jsou konfrontováni se skutečností, že zbytek života mohou prožít v osamělosti. Takový způsob života se příliš neliší od živoření. Synonymem osamělosti je opuštěnost. *„Mnohdy znamená nemít komu umřít.“* (Čevela, R. et al., 2014, s. 129) Je úzce spojena s tématy, jakými jsou rodinné vztahy, sociální integrace, kvalita života a životní spokojenost. Většina z nás vztahy a společnost lidí aktivně vyhledává. Snaha o život s druhými lidmi je rozšířenou snahou o sebezachování. Je přirozeným základem jakéhokoli konceptu sociální struktury. *„Řadu lidských motivů, které vycházejí zejména z psychických potřeb, lze uspokojit pouze v přímém anebo nepřímém kontaktu s jinými osobami“.* (Cakirpaloglu, P. 2009, s. 283) Míra těchto sociálních investic formuje vztahy nejen v rodině, ale mezi všemi členy společenství. Je vyjádřena fyzickým úsilím a citovým zapojením, identifikací s potřebami druhých. Znevýhodněn nebo vyloučen může být ten, který je zranitelnější.

„Osamělost je vnímána jako soubor negativních nebo nepříjemných subjektivní pocitů z nedostatečné kvality nebo kvantity sociálních vztahů, vazeb a podpor. Představuje subjektivní prožitek diskrepance mezi kvalitou nebo počtem vztahů, které jedinec má a které by si přál mít, které potřebuje pro pocit jistoty, sociální podpory, sounáležitosti,

životní spokojenosti.“ (Čevela, 2014, s. 129) Paradoxně, mohou pocity osamocení nastat i v případě přítomnosti druhých lidí (např. v domovech pro seniory, sociálních ústavech aj.) Naopak, takové pocity nemusí nutně prožívat člověk, který je sám, nebo má jen minimum kontaktů.

Pidrman, V., Kolibáš. E (et al 2005) definují přesněji osamělost jako „*stav podobný dlouhodobé stresové zátěži, kdy je organismus vyčerpáván.*“ Skličující emoční rozpoložení provázejí pocity prázdnoty a izolace, oddělenosti a odcizenosti od ostatních lidí. Jeho extrémní forma souvisí s nedostupností pomoci, se sociální a komunikační deprivací, případně s pocity vyloučení.“

Osamělost zvyšuje četnost a zhoršuje průběh řady psychických i somatických onemocnění. Faktory ovlivňující zdraví seniorů v souvislosti s osaměním popisují rovněž další autoři (Štěpánková, H., et al., 2014)

Čevela (et al. 2014, s. 149) identifikuje u seniorů, kteří žijí nezávisle ve svém domácím prostředí tři nejvýznamnější prediktory osamocení: „*psychologické bariéry* (tzv. self-efficacy, sebedůvěra, víra ve vlastní schopnosti); *nedostatečné finanční zdroje a příležitosti pro sociální kontakty* (enviromentální bariéry) a *zdravotní bariéry* (např. potíže s mobilitou).“

Osamělost jako sociální koncept tedy zdůrazňuje význam osobního vnímání a vyhodnocování vztahů. Různé projevy osamělosti se stávají palčivější, když si uvědomíme, jaký význam naše společnost přikládá osobním vztahům a společenskému životu.

2 FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO SOCIÁLNÍ IZOLACE SENIORŮ

2.1 Zdravotní stav a disabilita

Zdravotní stav je zcela klíčovou komponentou kvality života, a ve vztahu k pozitivní a nadějně perspektivě seniora, funguje jako jedna část spojených nádob. Pro naše účely akceptujeme širší definici zdraví, která lépe odráží mnohorozměrnost konceptu zdraví. Dle Vidovićové (et al. 2013, s. 52) o něm hovoříme tedy nejen jako o absenci nemoci, ale jako „o stavu fyzické, psychické, sociální a estetické pohody.“ Respektive, smysluplná definice zdraví ve stáří dovoluje seniorům užít si sil, jimiž aktuálně disponují, k uzdravování z vyléčitelných nemocí, k žití s nemocemi, které léčitelné nejsou a k tomu, aby mohli přispívat a být užiteční druhým. (Sýkorová, D. 2007)

Významnou determinantou zdraví je disabilita, definována jako „*funkční významné chronické zdravotní postižení (dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav) omezující aktivity (provádění úkonu nebo činu), sociální role, participaci (zapojení se do životní situace) a uplatňující se jako faktor znevýhodnění.*“ (Vidovićová, L. et al. 2013, s. 52) Matoušek (2005, s. 46) definuje disabilitu jako „*omezenou schopnost (limited activities). V češtině zatím málo užívaný a v platné legislativě nezakotvený termín označuje přechodné, dlouhodobé nebo trvalé omezení člověka bez ohledu na to, jestli stagnuje nebo se vyvíjí.*“ Dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MFK) je disabilita považována za „*důsledek složitého vztahu mezi zdravotními problémy člověka a osobními faktory a faktory vnějšími, ve kterých člověk žije.*“ (2010 s. 29) Ve skutečnosti může disabilita zahrnovat zhoršení smyslových funkcí, mentální poruchy, vysilující choroby, fobie, ale také skutečnost, že člověk nevychází mimo byt, v poslední době upadl či se pádu obává, pro venkovní aktivity potřebuje doprovod nebo při pohybu venku používá pomůcky (hůl, berle, chodítko).

Koncepční rámec, který MFK (2010) vytváří, umožňuje poznat, posoudit, lépe definovat a vyhodnotit pozitivní nebo naopak negativní dopady různých aspektů závažných zdravotních onemocnění a disability na participaci v sociálním prostředí. Spolupůsobící

faktory prostředí, jako jsou sociální a emoční podpora, sociální zabezpečení, postoje lidí ke zdravotnímu postižení, právní systém služby, systémy a principy řízení, jejichž cílem je zvětšovat zapojení všech lidí se zdravotním problémem do všech oblastí života, mohou důsledky zdravotního postižení zmenšovat nebo je vytvářením nových překážek umocňovat.

Zaměříme se na definici participace, která přináší do celého konceptu vzájemně ovlivňujících se procesů vhléd, protože nenaplněnost potřeb v této oblasti, může být příčinou sociální izolace. Dle MFK (2008, s. 237) participace zahrnuje pojmy „*být účastný, být včleněn nebo angažován v dané oblasti života, být přijat, mít vztah nebo mít přístup k nezbytným zdrojům*“. Nepříznivý zdravotní stav znamená ztráty. Jsou pomalé, ale představují nezadržitelný proces s nežádoucími důsledky pro zdraví, psychiku i celkovou kvalitu života seniora. Přítomnost zdravotního postižení může ovlivňovat sociální interakce. Je důležité na ně pomýšlet, aniž bychom se dopouštěli negativní stereotypizace.

Míra společenské integrace a perspektiv participace je měřena počtem formálních a sociálních rolí nebo specifických typů vazeb. „*Zdravotní postižení a disabilita statisticky významným faktorem, který může vést k jejich ztrátě, restrikci (omezení), redukci (snížení) a chybění, což je posuzováno jako obecně nepřijatelný standard.*“ (MFK, 2010 s. 27) Odráží a udává nejvyšší pravděpodobný stupeň výkonnosti a možností, na kterou senior v dané chvíli může dosáhnout. Snížení nebo omezení představuje rozdíl mezi stavem se zdravotním postižením a zkušeností seniora bez specifických zdravotních problémů.

Návaznost na předcházející vymezení je dána tím, že je nutné zdůraznit, že se disabilita netýká pouze seniorů. Vlivem životních krizí (ovdovění, opuštění, ústavní péče), kumulací rolových ztrát, veřejnými a mediálními postoji, povahou zdravotních problémů a mírou poklesu potenciálu (bio-psycho-sociálního) zdraví, činí disabilita seniory zranitelnými a křehkými. Úloha empatie, porozumění a ohledu spočívá v tom, že nás vede k odpovědnosti, respektu, sociální soudržnosti a uvědomění si jejich ohroženosti a zranitelnosti. (Štěpánková, H. et al. 2014)

Nejen v období životních krizí usilujeme o sociální přijetí a kladné vztahy s druhými lidmi. Prostřednictvím sociálních interakcí a procesů s vnějším okolím čerpáme potenciál k jejich zvládnutí. Význam společenství pro stabilitu, projevy jednání, zmírnění dopadů krizí a zachování osobnostní integrity proti beznaději, zoufalství a strachu je nesporný. Čím těžší je zdravotní postižení (tělesné, duševní, smyslové či kombinované omezení), tím důležitější je podpůrná role prostředí (okolí), jeho vstřícnost, přátelskost, přístupnost, bezbariérovost, nediskriminačnost i obecná znalost problematiky zdravotního postižení a lidských potřeb. (Křivohlavý, J. 2006)

Zdraví je složitě podmíněno a není k dispozici návod, jak zvládat sociální determinanty zdraví. Podpůrné sociální síť, sociální soudržnost, tzn. vzájemná úcta a dobré mezilidské vazby schopny poskytnout oporu, mohou působit jako amalgám a zmírnit nedobrovolnou ztrátu společenského bytí, způsobenou závažnými zdravotními problémy. „Zeptáme-li se, co je nejdůležitější determinantou zdraví lidí, pak je odpověď jednoznačná. Jsou to lidé. Pokud bychom se tedy zeptali, kdo má vliv na zdraví, nezbývá než odpovědět, je to každý z nás, jsme to my.“ (Čevela, R. et al. 2014, s. 81)

2.2 Nesoběstačnost a křehkost

Zhoršení soběstačnosti v důsledku změny zdravotního stavu či jiné významné životní události představují v životě seniora radikální změnu. Zvyšují pravděpodobnost omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění (demence, Alzheimerova choroba, delirium, mechanická omezení, imobilita, přijetí do sociálního či zdravotnického zařízení), vykonávání určitých sociálních rolí (ovdovění, změny a ztráty rolí v partnerství i rodině), vzdálení se, odcizení nebo vyloučení ze společnosti (dlouhodobá péče o seniora), ztrátu zájmu okolí a nedobrovolnou ztrátu pozice v rámci sociální struktury. (Haškovcová, H. 2010)

Křehkost představuje „výrazný pokles potenciálu zdraví s úbytkem funkčních rezerv, s nízkou odolností k zátěži, zvýšenou spotřebou zdravotní péče, zhoršením prognózy dalších onemocnění i zdravotnických výkonů, se zvýšeným výskytem jejich komplikací a nežádoucích účinků se závažnými, existenciálními a psychosociálními souvislostmi,

s ohrožením a posléze i ztrátou soběstačnosti. Rozvíjí spirálu „chátrání“ směřující k disabilitě, ke ztrátě soběstačnosti a mnohdy až k trvalému upoutání na lůžko.“ (Kalvach, Z. et al. 2011, s. 51)

Dle Kalvacha (et al. 2014 s. 365) bylo významné pro ujasnění fenoménu křehkosti její hodnocení v rámci Cardiovascular Health Study v devadesátých letech 20. století (soubor 5317 mužů a žen starších 65 let v USA). Uvádí Lindu Friedovou, která formulovala: „základní postuláty aktuálního somatického konceptu.“ Geriatrickou křehkost následně charakterizuje přítomnost alespoň tří z pěti základních znaků:

- nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za posledních 12 měsíců
- subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost
- svalová slabost, nízká síla stisku ruky (hand grip)
- pomalá chůze
- nízká úroveň pohybové aktivity (hypomobilita, hypoaktivita)

Takto definovaná křehkost postihuje ve věku 65 let a více asi 7% populace, je vyšší u žen a s věkem narůstá. Ve věku 80 let se vyskytuje u 20 – 30% lidí, ve věku nad 90 let téměř u 50%.

Personál běžných zdravotnických a sociálních zařízení této disabilitě a křehkosti nerozumí. Jednotlivá onemocnění ve vyšším věku se projevují atypickými příznaky. Senioři tak často podstupují mnohdy invazivní a nákladná vyšetření a intervence, včetně těch, které nemají k obtížím ani prognóze žádný vztah. Místo šetrného režimu s důrazem na mobilitu, nutriční, hydratační, minimalizaci tlumivých psychofarmak podstupují hospitalizaci a následnou dlouhodobou ústavní ošetrovatelsko-sociální péči. Chybí kvalifikované poradenství, stejně jako depistáž rizikových seniorů – seniorů velmi starých, funkčně nezdatných, osaměle žijících, trpících závažnou kognitivní poruchou. (Čevela, R. et al. 2014)

I běžná somatická událost (např. zvýšená teplota, zánět dýchacích cest) může vést u křehkého seniora ke zhoršení celkového zdraví, ke ztrátě soběstačnosti i k úmrtí. Sociální událost, jako je přestěhování, může vést k depresi či delirantnímu stavu, dehydrataci, ke ztrátě motivace či smyslu a naprosté izolaci od společnosti. Fyzické stresory nelze od psychosociálních oddělit. Tělesné stresory, jejichž příkladem je zvýšený krevní tlak, chronická bolest, dehydratace, dyskomfort, poruchy spánku sluchová, zraková postižení, závratě aj. aktivují kmenové a hypotalamické struktury. (Štěpánková, H. et al. 2014)

Psychosociální stresory, jež představují např. osamělost, izolace, nemožnost seniorů opustit dočasně nebo trvale sociální zařízení, ovdovění, odchod pečovatele, nedostatečná komunikace aj. ovlivňují systémy, které zpracovávají emoce, zejména amygdala a prefrontální kůra a spolu s oblastmi, na jejichž funkci záleží učení, paměť a rozhodování. Vzájemná přímá interakce a vazba představuje nejen konkrétní mechanismus vzniku stresu a symptomů deprese, ale mimořádnou zátěž pro seniory. Rostoucí počet seniorů a stále ještě relativně malá pozornost věnovaná jejich zdravotní a psychosociální situaci podtrhuje potřebu hlubších znalostí laické i odborné veřejnosti. (Koukolík, 2014)

S výše uvedenými životními souvislostmi úzce souvisí způsob, jakým senior vnímá sám sebe a svoji hodnotu. Vědomí vlastní důstojnosti ovlivňuje osobní zkušenost. Úbytek energie, vysoká intenzita zdravotních potíží, tím spíše imobilita, fyzická nesoběstačnost, osamělý život, život v ústavní nebo zdravotnickém zařízení, kognitivní hendikepy *„pootevírají dveře druhým (příbuzným, personálu formálních institucí), aby převzali kontrolu nad mnohými oblastmi jeho života.“* (Kalvach et al. 2011, s. 51)

Jak uvádí Vidovičová (2008), ve zdravotně-sociální oblasti se lze setkat s „profesionálním“ ageismem, při němž dochází ke generalizaci patologických jevů ve stáří. Nerespektování důstojnosti a osobní autonomie seniora se projevuje se mnoha způsoby. Výsledkem je *nálepkování* (hanlivé označování na základě nesprávného pochopení problémů: potíží, hysterky, chroničtí stěžovatelé), infantilizace (např. žvatlání, zdobněliny, volba dětských námětů dekorací), *despekt*, *ignorování*, *zneschopňování*, *ponižování*, *nerespektování tempa* (zvláště u seniorů s demencí, rychlé předávání informací, bez možnosti porozumění

a zapamatování, typická jsou citoslovce „šup, šup“, používají se příkazy a zákazy místo poskytnutí prostoru, aby si klient vybral), *zesměšňování* (chování, zveličování a zveřejňování chyb, deficitů), *zvěcnění* (senioři se označují čísly pokojů, a lůžek, názvy diagnóz), *podvádění lsti, zrádcovství, zneužívání* (Šmejdi, záměrné zastírání skutečností, manipulace), nerespektování studu (provádění úkonů v přítomnosti jiných osob, nevhodné oblečení), *nerespektování osobní vůle* (necitlivé řešení inkontinence, vynucování močení do plen) jež roztácejí „spirálu neúspěšnosti.“ (Čevela et al. 2014)

Nad přímým omezováním a diskriminací převažuje problematika stereotypů, předsudků a neznalostí. Atmosféra, která je ve zdravotnických a sociálních zařízeních, je seniorům nepříznivá. Vznikají otázky: Jak moc a proč léčit starce, kteří jsou nemajetní, nepřínosní, neperspektivní a neuzdravitelně nemocní? Nemedicinujte stáří, je to nepřirozené. Stárnutí a umírání je přirozená záležitost, nedělejte z ní medicínskou disciplínu, vždyť – „proti věku není léku. (Kalvach, Z. et al. 2011)

2.3 Sociální síť

Světová zdravotnická organizace představuje aktivní stárnutí jako „*celoživotní projekt, který primárně neodkazuje k fyzické aktivitě, ale spíše k zajištění možnosti participace na dění ve společnosti ve všech fázích života*“. (Vidovičová et al 2013, s. 131)

Interpersonální vztahy mohou mít charakter psychologický i materiální. Mezilidské vztahy, sociální pouta a vazby se vyznačují tím, že si v nich lidé vzájemně poskytují oporu a pomoc. Je to jeden z podstatných momentů, který podporuje trvání vztahů, zároveň je pozitivně emočně přijímán a přispívá k psychické pohodě jedince. Pokud se vzájemná opora, pomoc, spolehnutí, důvěra začnou vlivem redukce vazeb vytrácet, jedinci prožívají tuto situaci velmi negativně., často s dopadem na jejich psychické zdraví, protože ztrácejí jistotu zakotvenosti v sociálním světě.

Koukolík (2014) zmiňuje psychologické studie zabývající se vztahy mezi lidmi, které pojednávají o dvou základních, vzájemně souvisejících vlivech. Prvnímu říkají „pocit

zmařené sounáležitosti“ (thwarted belonging). Člověk s tímto pocitem si říká: „Nikam nepatřím, jsem osamělý, nemám rodinu, nemám přátele, nemám se ke komu obrátit o pomoc.“ Druhý nazvali „pocit jsem na obtíž“ (perceived burdensomeness). Postihuje bezdomovce, vězně, nezaměstnané, osamělé, nemocné. „Jsem pro ostatní jen zátěž,“ říkají si například.

Pocit izolace a bezmocnosti je v současné společnosti ještě více zesílen charakterem, který získaly všechny lidské vztahy. Osobní vztahy mezi lidmi mají rys odcizení. Nejnaléhavějším a nejdestruktivnějším příkladem je vztah člověka k sobě samému. Rodina přestává být zdrojem důstojnosti. Manželství představovalo pevný vztah. Vedle rodiny k pocitu důležitosti přispívala národní hrdost. V běžném životě si pocit izolovanosti průměrný normální člověk neuvědomuje. Příliš se toho bojí. Překrývá ho rutina každodenních činností, všemožné formy rozptylování, zábava, vytváření kontaktů prostřednictvím sociálních sítí, cestování. (Fromm, R. 2014, s. 37)

Naplnilo se projeví s příchodem životní krize, závažném narušení životního konceptu, ztrátě sociálních rolí, narušením sociálního statusu, vyřazením z pracovního procesu, změnou nebo ztrátou známého prostředí, v němž se jedinec pohyboval, změnou souboru osob, v němž se jedinec pohyboval, v případě smrti milovaného člověka, změnou perspektivy, respektive ztrátou budoucnosti. (Kalvach, Z. et al. 2011)

2.4 Omezení mobility, pády

Ať již samotná zkušenost pádu, nebo „jen“ obava z něj představuje pro významné omezení mobility a zasahuje do kvality života seniorů. Pády významně přispívají k omezení mobility, čímž také snižují možnost participace na širším spektru volnočasových nebo ekonomických aktivit. Opakované pády patří k nejčastějším příčinám umístění seniorů do trvalé ústavní péče.

Věk, správná životospráva, dědičné dispozice, některé často užívané druhy léků, účinky léků, nadměrné požívání alkoholických nápojů a alkoholismus jsou rizikovými faktory pro

vývoj osteoporózy. Nepřesně se mluví o řídnutí kostí. Její důsledky jsou pro seniory velmi závažné a časté. Dle Koukolíka (2014) utrpí mezi padesáti a devadesáti lety věku osteoporotickou zlomeninu jedna ze dvou žen a jeden ze čtyř mužů. „*Člověk v této věkové skupině, který má zlomeninu krčku kosti stehenní, umírá během roku od úrazu s pravděpodobností 1:5. Před deseti lety stály Evropskou unií osteoporotické zlomeniny plných 32 miliard Eur.*“ (Koukolík, F. 2014 s. 43)

2.5 Osamělý život

Osamělý životní styl urychluje účinky stárnutí a indikuje mechanismy, které vedou k nárůstu rizikových faktorů, například alkoholové a lékové závislosti, chronických onemocnění a nakonec i k předčasné smrti. „*Je charakterizován snižováním objemu realizovaných sociálních aktivit a naopak vzrůstajícím objemem psychického stresu.*“ (Morschitzky H., Sator, S. 2014, s 56) Seniors zachvacuje velký nepokoj z toho, co se stane, kdyby sami onemocněli tak, že by byla nutná péče. Setrvalé a stále se měnící starosti způsobují „četné tělesné symptomy, zejména závrať, omámenost, častou nevolnost, dušnost a bušení srdce. Jak se ukazuje, mezi nejzávažnější a nejčastější psychické poruchy ve vyšším věku však patří depresivní porucha. Jak uvádí Štěpánková (et al. 2014), představuje jeden z nejzávažnějších problémů veřejného zdravotnictví.

Ve stáří má deprese mnohdy atypický obraz, nebo se projevuje jako „larvovaná.“ Do značné míry může napodobovat syndrom demence a být za něj zaměňována. Dle Slaměníka (2011) se především objevuje v situacích spojených s dlouhotrvajícím či často se opakujícím sociálním stresem. Je-li vyvolána v souvislosti s pocitem sociálního nepřijetí, odstupem, či dokonce společenského vyloučení, depresivní maladaptace může být jejími dalšími projevy. Je otázkou, zda se jí podaří zastavit, nebo kompenzovat. Při trvání negativních podnětů může vést u osmi – patnácti procent seniorů ve vlastním prostředí a až u 30 procent pacientů v institucích k plné manifestaci deprese včetně rizik suicidia. „*Devadesát procent lidí, kteří se pokusí o sebevraždu, je psychiatricky nemocných, šedesát procent z nich stůně n nějakou formu deprese, chorobného smutku. Zvýšeným rizikem sebevraždy je zatíženo stáří. Deprese, stejně jako onemocnění schizofrenií je velkým rizikem.*“ (Koukolík, F. 2014, s. 146)

2.6 Ztráta domova, institucionalizovaná péče

Význam domova ve stáří stoupá nejen z důvodů rostoucí disability a snižující se mobility, ale také na úrovni posilování autonomie. „Zvykli jsme si na uspořádání domu, na dráhy svých každodenních kroků, na známé prostory a tyto rutiny považujeme za samozřejmé a jakoby neviditelné, ale jsou podstatnou součástí vztahu stárnoucího člověka k jeho prostředí, neboť jsou založeny na dlouhodobosti jeho budování.“ (Rowles in Vidovičová et al. 2013 s. 79) V této předvídatelnosti a spolehlivosti prostředí vyplývá bezpečí a stabilita. Důležitost domova vystoupí teprve tehdy, je-li vztah narušen či zprerhán. Tyto situace mohou nastat.

Život seniora v zařízení sociální péče představuje zvýšené nebezpečí sociální izolace. Nejčastější afektivní poruchou seniorů v sociálních a zdravotních zařízeních je deprese. Porucha nálady je významný problém, který je spojený s horším přizpůsobením seniora životu v zařízení. Projevuje se zhoršením fyzických funkcí, odmítáním péče, neschopností se účastnit každodenních činností, zvýšenou citlivostí k fyzické bolesti a izolací. Pidrman a Kolibáš (2005) v souvislosti s izolací poukazují na zvýšenou přítomnost úzkosti, smutné nálady, projevy strachu a obav ze společnosti, intenzivní strach z konkrétních předmětů nebo situací. Senioři v institucionální péči hodnotí stáří jako čas samoty a vyřazenosti, s problémem hovořit o svých pocitech a uzavírat nová přátelství.

V roce 1991 vyhlásilo Valné shromáždění OSN v kontextu prvního Světového shromáždění o stárnutí (Vídeň, 1986) **5 základních principů**, priorit přístupu k seniorské (a vlastně každé znevýhodněné) subpopulaci. (Kalvach, Z et al. 2011, s. 82) Staly se jimi:

- **zabezpečení** – zajištění základních životních potřeb, potravy, vody, přístřeší, hygieny, základní zdravotní péče alespoň s tlumením obtíží (netrpění),
- **autonomie** – svébytnost, zachování rozhodovacích kompetencí, podpora samostatného života v přirozeném životním prostředí,
- **důstojnost** – neponižování, zachování sebeúcty a respektu,

- **participace** – sociální včlenění, podíl na životě společnosti, mezigenerační solidarita,
- **seberealizace** – smysluplná existence, osobnostní rozvoj, naplnění.

2.7 Nevhodné zacházení se seniory

Senioři ohroženi různými formami nevhodného jednání – domácím či ústavním násilím, týráním, omezováním, zneužíváním či zanedbáváním. Důvodem je snížená schopnost sebeobrany i omezená soběstačnost, závislost na lidech, kteří se nevhodného jednání dopouštějí, reálná nemožnost „zvednout se a odejít“. V tom se situace a možnosti jejího řešení zásadně odlišují od prostého domácího násilí. Nejčastější a prototypovou formou je syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starých lidí, mezinárodně známý jako elder abuse, elder abuse and neglect.

Povahu a závažnost nevhodného zacházení se seniory či lidmi se zdravotním postižením si veřejnost nechce či dostatečně neuvědomuje. Společnost nemá vytvořeny účinné monitorovací ani nápravné mechanismy, chybí jí znalosti o problému, zvláště u policistů, úředníků, zdravotníků, právníků (ochrana lidských práv a zájmů je choulostivým problémem, včetně otázek kolem omezení způsobilosti k právním úkonům. Prostředí, které senior nemůže opustit, závislost na dětech, příbuzných či opatrovnících, bránění v sociálních kontaktech, nadměrné omezování, nemožnost či neschopnost dovolat se pomoci, vedou nejen k dalším zdravotním postižením, ale také k sociální izolaci. Tím významnější je role všech „druhých“, kteří mohou pomoci, jako například sousedé, známí, bývalí pracovníci. (Kalvach, Z et al. 2011, s. 309)

2.8 Sociální práce orientovaná na péči o seniora

Péče o seniora může provázet zážitky až nesnesitelně stresující. Celodenní starost představuje pro pečujícího partnera výraznou fyzickou, emocionální, psychickou a sociální zátěž, která se může projevit konkrétními zdravotními problémy. Většina symptomů, které se u pečujících seniorů objevují, lze vztáhnout k jejich chronické, především psychické zátěži. Je prokázána „zvýšená depresivita, poruchy spánku, psychosomatické stesky,

chronická únava, bolesti zad, neklid, nervozita, nikotinismus, abúzus alkoholu, ale také hypertenze a srdeční choroby. Výraznější depresivní příznaky, tenze a tíseň představují rizikové faktory pro rozvoj vaskulární demence.“(Kalvach et al. 2014 s. 107)

Je-li pečování dlouhodobě náročné, představuje ztrátu soukromí, vede k absenci volného času, společenských vztahů, ztrátě přátel a postupné společenské izolaci. V České republice je 80 procent péče o nesoběstačné seniory zajišťováno rodinou. Průměrná doba pečování je pět let.(Sýkorová, D. 2008) Pečující partner, jenž prožívá péči jako velmi tíživou, uvažuje o institucionalizaci partnera dříve než ti, kteří jsou se svou péčí víceméně vyrovnání. Podpora a pomoc v prvních obdobích pečování může ovlivnit rozhodnutí pečujících nevyužít nebo oddálit rozhodnutí pro umístění seniorů do institucionální péče. Ukazuje se, že péči stále ještě ve větším množství případů ukončuje nikoli vědomé rozhodnutí, ale krizová situace, která vychází ze zhoršeného zdravotního stavu nemocného nebo pečujícího.(Tošnerová, T. 2009)

2.9 Vdovství

K nejtěžším životním zkouškám v životě člověka patří ztráta životního partnera, která je ve stáří téměř nenahraditelná. Ve věku nad 80 let je v ČR ovdovělých jen asi 20 procent mužů, ale kolem 80 procent žen, uvádí Kalvach (et al. 2011) Po ztrátě partnera má okolí tendenci považovat smutek jako atribut vdovství. Smutek se prohlubuje v tzv. zármutek. Svými projevy může překrýt vznikající depresi, která potom není diagnostikována ani léčena. Sklíčenost, schoulený postoj, obavy, úzkost, utlumení a odmítání sociálních aktivit vedou k postupné sociální izolaci. Psychickou bolest a strádání senioři zmírňují dlouhodobým užíváním tlumivých léků, které mohou vést až k závažným nežádoucím účinkům. Farmakoterapie (léčení pomocí léků) ve stáří může mít výrazný potenciál nejen terapeutický, ale i toxický. K nejčastějším projevům těchto nežádoucích účinků patří nechutenství, apatie, zmatenost, zhoršení kognitivních funkcí, pády. S ohledem na stoupající věk případný kognitivní deficit může ovlivnit soběstačnost seniora.(Tošnerová, T. 2009)

Pro ženu ztráta partnera představuje ztrátu své téměř celoživotní rodinné role. Ztrát manželského statusu aktivuje obranné mechanismy. Organismus je vybaven regulačním mechanismem, který by zabránil „nepřiměřené“ obraně a „sebezničení“. Pokles nálady krátkodobě umožní organismu zvládat psychosomatickou zátěž. V případě patologie však může zapříčinit depresi. (Damasio, A. 2004)

3 MOŽNOSTI PREVENCE SOCIÁLNÍ IZOLACE

3.1 Význam osobní asistence, hodnoty dobrovolnictví a společenství

Osobní asistence představuje optimální způsob, umožňující lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby žít ve vlastní domácnosti, a to životem, který se co nejvíce blíží běžnému standardu. Osobní asistence se poskytuje podle potřeby osob v průběhu celého dne bez časového vymezení, a to jak v domácnosti osob, tak v jiném přirozeném prostředí a při činnostech, které jsou součástí všech jejich aktivit. Zahrnuje i další základní úkony jako např. aktivizační činnosti či pomoc při obstarávání osobních záležitostí, bez nichž by se uživatelé neobešli bez pomoci jiné osoby. (Křivák, D. Krhutová, L. 2013)

Podle autorky Hrdé (2006) je hlavním cílem osobní asistence „zachování integrity (celistvosti a neporušenosti) člověka i přes jeho nemohoucnost, která plyne z postižení, stáří, nemoci nebo jiné příčiny. Nezbytnou podmínkou pro zachování integrity úcta k jeho důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění jeho smyslu života

Společenství je pro osaměle žijící seniory je významnou podporou, kterou obvykle poskytují dobrovolníci či sousedé, ale může se jednat i o placený vztah. Jde o historicky ověřené účinné formy pravidelného setkávání, konverzování, společných vycházek, někdy společného cestování, předčítání. Pro seniory představuje významnou „jistotu kontaktu“, řeší závažný problém chybění komunikačního či vycházkového partnera, překonává strach z pádů či pouliční kriminality. Tato integrační role je ve vztahu k seniorům zvláště významná. Potřebují pozitivní přijímání, pocit, že někam patří.

3.2 Vstřícné technologie podporující začleňování

Současná společnost je silně spjata s využitím moderních technologií. Jedná se zejména o různou výpočetní a komunikační techniku. Do této kategorie patří kromě počítačů také

např. mobilní telefony, bankomaty, informační kiosky a není pochyb o tom, že mohou kvalitu života seniorů výrazně zlepšit.

Seniorům pomáhá v začlenění do společnosti mj. využití internetu. Plní nejen roli prostředku pro vyhledávání praktických informací užitečných pro každodenní život (úřední informace, informace o hledání aktivit), ale rovněž roli sociálně komunikační. Umožňuje přenos informací v rodině či vzájemné komunitě.

Rovněž je třeba zmínit využití mobilních telefonů jako komunikačního prostředku. V současné době celá řada výrobců nabízí modely zaměřené speciálně na seniory. Tyto telefony mají zjednodušené ovládání, velkou klávesnici a dobře čitelný displej. Také velmi často obsahují „SOS“ tlačítko, jehož stisknutím se dovolají okamžité pomoci. Některé přístroje nabízejí i GPS lokalizaci, díky které mohou např. blízké osoby vyhledat polohu seniora a poskytnout tak efektivněji pomoc.

V budoucnosti pravděpodobně tlak na využití moderních technologií ještě zesílí. Je zároveň třeba dodat, že v současné době existuje mnoho odborných kurzů, které nabízejí seniorům možnost se s výpočetní a komunikační technikou seznámit, naučit se novým dovednostem a znalostem a využít možností, které přináší.

3.3 Sociální práce v prevenci orientované na pomoc seniorům

Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích, způsobených sociálními či zdravotními faktory. Především musí směřovat k nejvíce ohroženým seniorům, tedy osaměle žijícím, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným, léčeným doma, křehkým, zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijícím v nich, žijícím v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci. (Matoušek et al 2005)

Jak uvádí Matoušek (et al. 2005, s. 164): „nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb; proto je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně.“ Z toho vyplývá, že sociální pracovník má pracovat v týmu se zdravotníky. Platí i opačný vztah. Sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou zejména změny přinášející zpretrhání sociálních vztahů, odchod do důchodu, změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Sociální pracovník pomáhá seniorovi adaptovat se na změnu, případně integrovat se do nové sociální sítě. Pamatuje zároveň na nutnost uchovat kontinuitu života, podržet souvislost mezi minulostí a současností, pracuje s klientovým životním příběhem. Podporuje tak jeho zdraví a kvalitu života. (Mlýnková, J. 2011) Kapacita navazujících sociálních služeb poskytujících ubytování v kombinaci s ošetrovatelskou péčí, terénní pečovatelskou či asistenční službu nebo domácí ošetrovatelskou péčí je limitována, pacient nemá možnost volby a často mu hrozí neodůvodněné a nehumánní překládání z jednoho zařízení do druhého, ve kterém on sám hraje jen pasivní roli. Vyhledávání a sledování ohrožených starých lidí není u nás věnována náležitá pozornost. V rámci regionálního řízení sociálních služeb neexistuje závazné rozdělení povinností mezi praktické lékaře, agentury domácí péče, pečovatelskou službu nebo pověřeného sociálního pracovníka. Před lety tuto funkci naplňovaly geriatrické sestry, které úzce spolupracovaly s praktickými lékaři. Dnes prakticky žádná systematická práce v této oblasti neexistuje. (Matoušek, O. 2014)

Na první pohled by se mohlo zdát, že sociální determinanty osamělosti a zdraví může ovlivnit zejména vláda a všechny dostupné veřejné správy. Zkušenosti ze zemí západní a severní Evropy dokládají, že rostoucí roli představují nejrůznější organizace, instituce a aktivní jednotlivci. Jako nejméně aktivní v řešení problémů stárnutí populace v České republice se jeví evropské instituce, podniky a odbory. Tato trojice je nejčastěji viděna jako instituce s nulovým vlivem. Oproti tomu vláda, podniky, regionální samospráva jsou vnímány jako instituce s nulovým vlivem. Největší přínos je přisuzován církvím a neziskovým organizacím. (Čevela, R. et al. 2014) Pokud postavíme tato dvě zjištění do vzájemné souvislosti, vplyne nám – například konkrétně v případě místních komunit,

že jejich vliv na řešení problémů stárnutí je negativní a zároveň zapojení seniorů v tomto řešení je malé.

Je velmi obtížné poskytovat pomoc seniorům, u kterých je vlivem izolace ztížena možnost vstoupit do jejich prostředí a hledat způsoby pomoci. Příležitosti k navázání kontaktů jsou vlivem zdravotních a sociálních bariér silně narušeny. Je to však jedině senior, který má právo rozhodovat o způsobech řešení svého životního problému. V našich možnostech je vytvářet vhodné podmínky. Kompetence a zodpovědnost musí být vždy jasně stanoveny a respektovány. Nejpřirozenějšími koordinátory mohou být všeobecný praktický lékař, ambulantní lékař - geriatr, zdravotní sestra pracující v agentuře domácí péče, zdravotně sociální pracovník a multioborový tým. Multioborový tým tvoří podle věcného záměru zákona o dlouhodobé péči sociální pracovník a komunitní sestra (variantně zdravotně sociální pracovník). Pracovní tým, působící na obecním úřadu obce s rozšířenou působností zajišťuje podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb seniorů dlouhodobé péče. (Kalvach et al. 2011)

Nezbytnou výbavou sociálních pracovníků musí být znalosti proměn rodinného života. Přesto, že se jedná o jednu z nejstabilnějších sociálních institucí, její proměny jsou neobvykle dramatické. Vztahy začaly mít v pozdně moderní době své vlastní osudy. Dochází ke vzrůstu tlaku na samostatné zvládnutí života. Ne všichni jsou však těmto nárokům dostát. (Možný, I., 2008)

Ukazatelem kvalitní péče je spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví měřitelné poklesem morbiditativní a mortality, nižší spotřebou léků a zdravotnických i sociálních služeb. Kvalitní péče o staré lidi vede k tomu, že větší počet starých lidí zůstává aktivních, žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci, účastní se společenského života v komunitě. Úprava vztahů, úspěšnost začleňování, integrace i inkluze jsou procesy, která usilují právě o kvalitu společenských vztahů. Jednotlivé úrovně kvalit těchto vztahů mohou vést k naprosté společenské a osobní pohodě a plné účasti v sociálních vztazích na straně jedné, jako k naprostému vyřazení jednotlivce do vlastního světa, na straně druhé. (Matoušek, O., 2005)

3.4 Hodnota dobrovolnictví

Fenomén pomoci je těsně spjat s dobrovolnictvím. Dle Krause je současná společnost nebývale pluralitní, diferencovaná a značně individualizovaná. V takovém světě není jednoduché se orientovat a dostát zvyšujícím se nárokům a požadavkům, zvláště pro všechny, kteří jsou ve svých životních možnostech limitováni. „*Tak, jak narůstá počet lidí, kteří se ocitají v tísní, vzrůstá i význam pomoci a pomáhajících profesí.*“

Dobrovolnictví zahrnuje činnosti různých nadací a charitativních organizací, diakonie, občanských sdružení a veřejně prospěšných společností, které svou práci ve značné míře zakládají právě na dobrovolnících.

Dle Navrátila je „*dobrovolníkem člověk, který bez nároků na finanční odměnu, poskytuje svůj čas, energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti.* Pomoc, vycházející z lidského altruismu se uplatňuje v nejrůznějších situacích, v nichž člověk potřebuje pomoc. Může mít charakter: poskytování podpory (ochota naslouchat, snaha o stabilizaci), výchovně-vzdělávacího působení (vysvětlování příčin, přínos nových informací, souvisejících s daným problémem) a poradenský (např. hledání možných postupů řešení). Dle Matouška (2005) nabízí jedinečnou příležitost pro spojování jednotlivců, komunit i generací. Napomáhá zvýšen kvality života seniorů, kteří potřebují podporu pomoc či péči a poskytuje alternativní příležitosti pro aktivní zapojení do společnosti, tak slouží jako prevence, proti sociálnímu vyloučení. ve vyšším věku.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část výzkumu odhaluje konkrétní problematiku sociální izolace a osamělosti seniorů, kteří jsou jejími dopady vlivem různých životních okolností postiženi. Pouze senioři se mohou se vyjádřit k vlastním hodnotám, které za dané životní situace nejvíce postrádají. Jejich preference koresponduje s jejich naléhavostí a mohou vyjevit, jak problematický jev sociální izolace představuje

4.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

V předchozích kapitolách teoretické části byl rozebírán význam sociálních determinant na kontinuitu, kvalitu a perspektivu života seniorů. Sociální izolací může senior trpět z mnoha různých vnějších i vnitřních důvodů. Závažným způsobem však roztáčí „spirálu neúspěšnosti“, která může nevratně narušit důstojnost osobní identity, životní a hodnotový systém a oslabit zdraví. Hlavní důvod je pocit: „jsem přítěží a jsem na obtíž“, pocit beznaděje. Sociální izolace neznamena selhání jednotlivce, ani rodin. Tito lidé jsou velmi často opuštěni, zemřeli jim partneři, mnohdy jim zemřeli i děti.

V životě seniorů sužovaných sociální izolací je třeba hledat a za pomoci druhých nacházet cestu, k realizaci smysluplného a důstojného života. Zdraví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života. Kvalita života však není vázána pouze na stav zdraví. Smysluplná seberealizace, sounáležitost s druhými, participace na společenském dění a zabezpečení představují principy, z nichž můžeme odvozovat, že kvalita života může existovat i v absenci zdraví a výrazné redukci mezilidských vazeb. Smysluplnost života představuje pro seniory možné perspektivy, vědomý zájem, společenskou pomoc a oporu. Skýtá absentující způsoby zvládnání zátěže, obranné strategie, protože jsou podmíněny vlastní aktivitou seniora. Vyšší míra naplněnosti umocňuje nejen vlastní aktivitu, vytváří „ochranný štít“ proti sklonům k beznaději, úzkosti, depresi, rezignaci, regresi. Spolu se sociální oporou mohou přispět k dobrému psychickému stavu seniora.

Budování a rozvíjení kvalitních mezilidských vztahů, poskytujících potenciál k možnému začlenění do komunity, je založeno na zpětnovazebním cyklu. Může být narušeno

a omezeno v jakékoli rovině. do společnosti ohrozit nebo zcela znemožnit. Cílem výzkumu je definovat možné důvody sociální izolace, poskytnout pohled na související způsoby života.

Základní výzkumná otázka zní:

Jak zvládají senioři svůj život v situaci, kdy je jeho průběh komplikován chronickým onemocněním a sociální izolací?

Pro zúžení a bližší zaměření se na problém osamění a sociální izolace, jsme zvolili dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké formy aktivit mají potenciál poskytovat seniorům postiženým sociální izolací příležitost k opětovnému začlenění do společnosti?
2. Jak může být problém sociální izolace řešen ve společnosti?

4.2 Zvolená metoda získávání dat

Pro dosažení výzkumného cíle byla zvolena kvalitativní strategie. Podstatou této strategie je do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. (Švaříček, R. Šed'ová, K. et al. 2014). Technikou zjišťování dat byly metoda zakotvené teorie, hloubkové polostrukturované rozhovory a metoda zúčastněného pozorování, v jejichž centru byl životní příběh účastníka výzkumu. Tyto kvalitativní výzkumné metody vyžadují porozumění, citlivost a empatické naslouchání v situacích, kdy se jedná o citlivá a osobní témata. Osobní zkušenosti umožňují zachovávat autentičnost a výpovědní hodnotu, i v případě malého vzorku účastníků výzkumu.

Polostrukturované rozhovory umožňovaly zachycení výpovědi a konkrétních slov v jejich přirozené, bezprostřední podobě a spontánně přinášely nová témata, která poskytovala volný prostor k vybavování, zamýšlení a interpretaci životních příběhů. Technikou pro vyhodnocování rozhovorů byla kombinace axiálního a selektivního kódování. Analýza postupovala od přepsaného textu ke kódům, které představovaly důležité dimenze jevu

probíhající v čase a kauzalitu a tvořila výchozí bod pro rozčlenění do kategorií. Kategorie představovaly již určitá obecná témata.

4.3 Formulace výzkumných otázek

4.3.1 Přehled otázek zaměřených na minulost

Ráda bych vám položila několik otázek, které by mohly být zamyšlením na tím, co se v minulosti událo ve vašem životě a co mělo a dosud pro vás má určitou důležitost.

- Zažil/a jste v minulosti něco, co pro vás mělo velký význam a co se zdá důležité i pro váš současný život?
- Jaké osoby nebo okolnosti váš život významně ovlivnily a to tak, že je tento vliv znatelný i v současné době?
- Vzpomínáte si na nějaký zážitek z minulosti, který ovlivnil vás a váš život až do dnešních dnů?

4.3.2 Otázky zaměřené na přítomnost

- Existuje ve vašem životě něco, co má vliv na vaši současnou situaci a váš život?
- Je ve vašem životě osoba nebo situace, která na vás má významný vliv?
- Jak se vám v současnosti daří?

4.3.3 Zaměření na budoucnost

- Přemýšlíte nad tím, co pro vás bude v budoucnu důležité?
- Koho máte nyní ve své blízkosti?
- Myslíte si, že na vás může mít nějaká osoba nebo situace určitý vliv?
- Co v nejbližší budoucnosti plánujete?

4.4 Charakteristika výběrového souboru

Výzkumný vzorek byl vybírán záměrně. Pracuji jako dobrovolník a prostřednictvím návštěv seniorů v sociálních zařízeních mám prostor pro navazování kontaktů se seniory. K účasti ve výzkumu projeví ochotu a po celou dobu výzkumu byli velmi laskaví a sdílní. Etapa, ve které se rozhovory uskutečňovaly, byla od listopadu 2014 do února 2015, většinou v místě bydliště – v bytě seniora. Každý rozhovor byl zaznamenán a přepsán doslovně. Rozhovory se konaly v období od listopadu 2014 do února 2015 v místě, kde účastníci výzkumu aktuálně žijí. Většina rozhovorů trvala necelé dvě hodiny.

Seznam a krátká charakteristika účastníku výzkumu (jména jsou smyšlená):

1. Anna /68 let/vdova

žije v rodinném domě na vesnici

přemýšlivá, sdílná, komunikativní

pečuje o domov a také o svůj vzhled

spolehlivá, ochotná, dávající, má zájem o dění kolem sebe

velmi ráda chodila do společnosti, moderovala společenské akce, měla velký okruh přátel

2. Věra /78 let/vdova

žije v rodinném domě

velmi skromná, hodná, tichá, těší se z každé společnosti a návštěvy

v místě, kde žije, je již posledním žijícím původním obyvatelem

velmi ráda si povídá

vášnivá čtenářka

3. Marie/95/vdova

bílé, husté vlasy

žije v bytě zcela sama již mnoho let
pokladnice moudrosti, se svérázným přístupem k životu
sdílí, na návštěvy se vždy velmi těšila

4. Josef 76/vdovec

žije v ústavním sociálním zařízení
vysoký, štíhlý, přemýšlivý
velmi citlivý
je srdcem tramp, miluje přírodu, lesy
pomáhal s organizováním dětských lesních táborů
četba je jeho život

5. Stáňa /89/ vdaná

žije v panelovém domě
manžel velmi těžce onemocněl
nyní je v bytě zcela sama
bez životního programu
zdrčená, opuštěná, plačící
velmi komunikativní
komunikace ji velmi chybí
pečující o svůj vzhled i o své zdraví

4.5 Způsob zpracování dat

Metoda axiálního a selektivního kódování přispěla k výrazně přesnějšímu uchopení a uvědomění si obsahů rozhovorů a postupnému vytváření následujících osmi kategorií:

- 1. Život pohledem z okna**
- 2. Bud' vůle má**
- 3. Píšete si to?**
- 4. Druhý program**
- 5. Nezvaní**
- 6. Autonomie proti zranitelnosti**
- 7. O síle**
- 8. Kouzelný prsten**

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

5.1 Život pohledem z okna

Uvedenou kategorii představují následující kódy:

(M20) podívejte se • (A51) pošťačka • (Ja87) výhled • (V40) příjezdy a brány • (S36) manželství

Kategorie je „oslavou“ všech oken, která spojují seniory s lidmi a okolním světem. Každý si přeje být vidět. Okna neoddělují a mají svůj konkrétní rozměr a význam. Umožňují respondentům přísun informací a stále nové podnětů a stimuly, nabízejí prostor ke sdílení, komunikaci, navazování osobních kontaktů. Podporují vztah k nejbližšímu okolí a slouží jako zdroj podpory.

Janovi zdravotní stav již znesnadňuje pohyb a jen stěží zvládne krátkou procházku po chodbě na lůžko. Dlouhodobé a těsné soužití v malém pokoji s druhým imobilním seniorem způsobuje „ponorkovou nemoc“. Pohledům z okna věnuje většinu svého času. (Ja87): „...už jsem přestal chodit. Dříve jsem si to počítal a nebudete mi věřit, ale já jsem s chodítkem těch sto jarních kilometrů opravdu ušel. Ted' nemůžu vůbec chodit, zhubnul jsem pět kilo, byl jsem od té doby tolikrát v nemocnici, to si ani nedovedete představit. Tak se dívám tady přes souseda ven z okna, ale podívejte se, jak jsme nízko. Vidím lidi jen od kolen dolů. Proto tu nemáme moc světla a ani to okno nemůžeme mít otevřené, protože soused má pod ním postel. Musíme mít pořád otevřené dveře, a to je špatně, protože mi je zima“

Kdyby Anna nepohlédla každou chvíli z okna, řekli by si sousedi, že onemocněla. (A51): „...mám krásné záclony, ale tady na verandě je mám stále odtážené. Musím vidět ven, kdy půjde pošťačka, hlídám sousedkám trošku barák. Hlídáme se navzájem. Jsme tady na ulici samé vdovy a bojíme se. Kolikrát přijede neznámé auto, tak si napíšu i značku. Ale hlavně vidím na svého psa, hned, jak zaštěká, vím, že ke mně někdo jde. Z druhé strany vidím

na cestu a na zahradu, no, pojdte se podívat, stačí, když se ukáží v okně a ty moje slepičky už ke mně utíkají.“

Věrka stojí u okna každou chvíli, pozorování okolí zaujímá v celodenním režimu významné místo: (V40): *„...minule tady zase byla ta srnka, myslím, že mi přivedla ukázat svoje mladé. Jak se na mě krásně dívala. A ta rezavobílá kočka se potuluje pořád kolem domu. I bych si ji vzala, ale nemůžu kvůli psům. No a sousedovi seděli tady na tom ovocném stromku zase ti barevní ptáčci. Minule, kdy to bylo, počkejte, to jsem ani nevěděla, že už tady jsou, když může ještě napadat sníh.“*

(M20): *„...ale není dobré pořád ležet. Musím troška pochodit. Já tady v tom paneláku bydlím už od osmdesátého pátého roku. Tady jsme se museli stěhovat, protože tam, kde jsem bydlela, tak předělávali celý barák. Ale teďka se mi tu líbí. Tady vidím lidi. Já bych se někde jinde zbláznila, kdybych nikoho neviděla. A tady mám veselo. A teď si říkám, kdybych tam zůstala bydlet, tak bych viděla jen na kus lesa (smích). A ještě šla se mnou do paneláku sousedka. Podívejte, ona bydlí tam úplně nahoře, vidíte to? Tam, jak jsou ty tři okna. Ale teď jsem ji dlouho neviděla. Bůh ví, co s ní je.“* Pro Marii je okno jediným zdrojem podnětů a možností k navázání možné komunikace. Stojí u okna často i v noci, když nemůže spát.

(S10): *„Podívejte se z okna na ty bezdomovce! To za komunistů nebylo takoví chudáci lidi. Nemají byt, byli velcí páni, nadělali si půjčky a teď nemají kam jít a pořád jsou v těch autech i v noci. Na vlastní oči jsem to viděla. Už dva roky jsou tady. To je pravda. I malé děcko tam mají. A kde se umívají a kde chodí na záchod, to já nevím. A tady pod oknem za mnou přišla ta bezdomovkyně a říká: „Paní, neudělala byste mi kávu?“ Ona si tu kávu koupila. Ona nechtěla kávu, ona chtěla, abych jí ohřála vodu, že si tu kávu zaleje. No a tady plakala. Ležela na zemi a plakala. A víte, že si jí nikdo nevšimnul? Kdybyste spadla a umírala, tak vám nikdo nepomůže.“*

Pro jedny představuje okno příležitost, motivaci, radost, zájem, pro jiné jen zdroj světla v pokoji. Kategorie s sebou nese hluboké poznání a možnosti. Pro seniory, personál v zařízeních sociální péče, dobrovolníky. Pohled z okna zmírňuje pocity osamělosti, sklíčenosti, smutku, vnitřní tenze, poskytuje kognitivní vzpruhu. Dlouhodobé setrvávání na lůžku přináší seniorům trýznivé pocity. Nepodnětné prostředí vede k postupné ztrátě zájmů, jeho důsledkem jsou projevy smutku, další projevy diskomfortu, smích už se v pokojích nevyskytuje.“ Okno“ nabízí příležitost ke komunikaci, kognitivnímu tréninku. Důsledky mohou být závažné. Nechutenství, snižování příjmu potravy nebo přejídání, zvýšená spotřeba léků, poruchy spánku, pláč, podnětová deprivace, deprese. Proč nemají senioři v zařízeních sociální péče natočená lůžka k oknům? Proč směřují ke dveřím, kde po celý dlouhý den hledí na jedno místo? Čas je relativní veličina. Někomu uběhne čas sledováním okolí a pro jiného je jedna minuta nepředstavitelně dlouhý čas.

5.2 Bud' vůle má

Této kategorii přináší kódy:

(M25) přírodní zákon • (S17) poděkování • (A42)víra • (V38) klid a pokoj • (Ja70) vydržet

Modlitbou a vírou respondenti redukují nejen stres a napětí z fyzických omezení, účinků léků. Narůstá u nich s věkem a s léty se také mění. Poskytuje jim příležitosti k zamýšlení, souvisí s denními rituály i aktivitami na bohoslužbách. Pomáhá jim zvládat různé těžkosti a přispívá k vyrovnanějšímu postoji k vlastnímu stáří.

Pro Annu je důležitá i pro společenství druhých věřících, a poskytuje ji novou sociální roli. Opět, po tolika letech navázala na tradice z dětství a ze svého mládí, kdy chodila pravidelně do kostela. (A42): „*Každou sobotu chodím do kapličky, která je v domově pro seniory. Máme tam nového faráře a už jsem byla i u zpovědi. Modlím se za mé děti a za vnučky, aby byli všichni zdraví, abych ještě aspoň chvílku vydržela. A vždycky koupím nějakou kávu, oplatek a posedím tam s jednou paní, která už na mě čeká a ptá se, jestli pro ni mám kávu. Minule jsem jí říkala, že musí jíst a musí se mnou mluvit, jinak že za ní nebudu chodit.*“

Víra dává možnost poznání, že všechna prožitá trápení a těžké životní okamžiky, nejsou všechno. Věra nechodí do kostela a nemodlí se, ale vlastní přesvědčení a víru považuje za zdroj životního smyslu a podpory. Umožňuje ji snadněji přistupovat k vlastním omezením a častým bolestem se skromností. (V38): *„Lepší už to nebude. Mám nové léky, věřím, že pomůžou na ty nohy. Když jsem se starala o manžela, to bylo opravdu těžké. Pět let ležel jenom na lůžku a musela jsem ho zvedat, umývat. Musím věřit, že tak nedopadnu.“*

Stáňa se modlí za dobrý konec a za svého manžela, kterého postila mozková mrtvice. (S70): *„Chybí mi dědoušek. V noci se mi zdálo, že jsme šli jako úplně mladí po louce, drželi jsme se za ruce a uprostřed té louky stál strom. Ale ty plody byly tak, jako by je spálil mráz. Modré a scvrklé. Moc mi chybí. Pořád se za něj v tichosti modlím a nemůžu vidět, jak v té léčebně chřadne. Říkám, dědo, otevři oči, mluv na mě. Já jsem věřila, že když jsem starší, postará se o mě on. Já mám osmdesát devět let, já bych ho doma mít nemohla. On potřebuje dvacet čtyři hodin péče. Minule mi volal vnuk a stěžoval si, že je pořád nemocný. Tak jsem mu říkala, že je mi skoro devadesát, a jsem taky moc nemocná, ale snažím se nebýt.“* Věří, že se o ni postarají synové, až přijde čas.

Pro Marii je víra každodenní život. Víra je pro ni cenným zdrojem životní síly. „Co vám zbývá? Brečet nepomůže. (25): *Když mě přijde myšlenka, na něco smutného, tak to nechám na Pánu Bohu. Já nic nedělám sama. Když někdo ublíží, řeknu si: „Nepřej nikomu nic!“ Ani tomu nepříteli To se vám hned vrátí. Ten to vyřeší. A já tomu věřím. Já nemusím chodit do kostela! Bůh vás zkouší. Když budete naříkat, bude to horší. Když jsem byla mladší, já jsem si o sobě myslela. Já jsem byla hubatá holka. To si pamatujte, když si říkáte, že byste něco nechtěla. Já jsem nechtěla ženatého a dostala jsem ho. To si musíte všechno dobře promyslet.“*

Jan o Bohu mluvit nechce. Nechce mluvit ani o dětech. (Ja70): *„Já už nevěřím v nic. Už tady ani nejsem. Tady je takový divný život. Tady když člověk leží, tak je to na závalu. Stačí, když vyjdete na chodbu, sednete si na lavici a budete sedět. To úplně stačí. Lidé se mezi sebou nebaví, moc málo. Já jsem myšlenkama pořád v minulosti. Kdo mně ublížil, to si všechno pamatuju. Už nemám důvěru v moc lidí. Co jsem na světě, všichni věděli,*

že jsem takový dobrý vůl...a oni mě zneužívali. Všechno vidím, jak kdyby to bylo včera. Věřím, že se ještě uvidíme a že si přijdete za mnou zase popovídat. Vystříhнул jsem si takový malinký obrázek jedné paní, ona mi vás připomíná a každý den se na ten obrázek podívám.“

5.3 Píšete si to?

Kategorii vytvořily kódy:

(Ja56) napište si to • (V81) korespondence • (S48) deníček • (A83) kalendář • (M74) fotky a fotečky

Tato kategorie má co do činění s „nemateriálními dary“. Souvisí s potřebou uspořádat své osobní záležitosti, předat zkušenosti, sdělit svůj životních příběh. Je také o empatickém naslouchání a úctě. Účastníkům výzkumu poskytovala příležitost hodnotit své životní úspěchy i zklamání, řešit konflikty a hovořit o obavách a starostech. Stále jsou jedinečným zdrojem úžasných informací. Sdílení životních příběhů poskytuje příležitosti ke komunikaci, vytváření nových vztahů. Jsou si vědomi, že mohou poskytnout užitečné rady a poznatky. Většina respondentů také po nových poznacích upřímně touží.

(V81): *„Je to velmi upřímné a příjemné, že se ptáte. Já jsem si kdysi psala všechno. Recepty, rady do domácnosti.“*

Jan si vede si záznamy už léta o každém prožitém dni: (Ja56): *„Tam, kde jsem žil, mám schované deníky. Prosil jsem syna, jestli by tam se mnou nezajel, ale to je marné. Tady, podívejte se, píšu si všechno do kalendáře. Každý den. Víte, co to je kvelb? To byl obchod se smíšeným zbožím. Cukr se vážil do kornoutů, stejně jako mouka, sůl, krupice. Chleba stál před válkou 7,40 a čtvrt kila cukru 1,25. Pamatuju si, jak jsme dělali z cukru tajně štolverk. Vzalo se podmásli s cukrem, muselo se hodně topit, aby z toho vznikla krupice. Až to bublalo, tak se kaše vylila na papír a na tom papíře se to na té plotně hrálo, dokad' to nebylo hnědé. Mohl jsem vylízat jenom ten papír, kluci všechno snědli a maminka se hlavně nesměla dozvědět, že na ten cukr chodíme.“*

Stáňa velmi ráda vypráví o minulosti.(S48): *„Píšu si se svou sestřenicí a ještě minulý rok si manžel psal s kamarádem z vojny, ale pak už se neozval, asi už nežije. Paní, které jsem posílala peníze, ona se nám krásně starala o hrob mých rodičů, ta už taky umřela. Všechny adresy mám tady napsané a manžel má tady deníček. Našla jsem ho na skřínce, jak jsem dělala vánoční úklid. Má tam čísla sportky a moje telefonní číslo i od kluků. Kdysi se psaly jenom dopisy a pohledy. A jaké byly krásné.“*

Nemá příležitost k pravidelné komunikaci. Z bytu prakticky nevychází, po společné chodbě v panelovém domě prochází jen v brzkých ranních hodinách, nebo potmě. (M74): *„Dříve bylo hodně žebráků a byla bída. A kolik mladých děvčat bylo bez práce. Dělalý třeba zadarmo u paniček. Aby byly pod střechou a aby měly co sníst. Pracovaly jenom za jídlo, nebo aby měly nějaké šaty, po těch děvčatách, po těch studentkách. Tu práci rozdělávala šikovatelka. To si napište. To nikdo neví, co se dělo, jak přišlo gestapo. Zrovna jsem štopkala. Vy nevíte, co je to štopkala? Zašívala jsem punčochy a slyšela jsem, jako to v rádiu vyhlásili. Byla vyhlášená mobilizace.“*

(A83): *Říkám pořád dceři, že ji musím ukázat všechny papíry a dokumenty, aby věděla, kdyby se něco stalo, co všechno si vedu, že je všechno zaplacené, že mám naspořeno na pohřeb, ale nechce o tom ani slyšet. Vnučkám ukážu tady moje vysvědčení. Ani jsem se nemusela moc učit, šlo to samo. Hlásila jsem se na lékařskou fakultu, ale pak jsem se zamilovala a bylo po studiích.*

(A84): Marie se musela vyrovnávat se ztrátou syna, manžela, kamarádek, vrstevníků, sousedů. *Už za mnou nikdo nechodí, tak aspoň vám to můžu povykládat. Už všichni poumírali. I tady, v domě. Všichni jsou pryč. Chodili tady za mnou, chodili, ale všichni jsou pryč. Poumíralo mi to. Já jsem nejstarší. Ale já nejsu sama. „Ten“ je nade mnou. On vám pomůže.“*

Ztráta rolí, společenského statusu, přestěhování do domova pro seniory, sociální izolace spějí k tomu, že senioři potřebují společnost, aby se nezačaly uzavírat. Sdělení velké

problémy zmírní, vytváří odstup a náhled, takže sdílené obavy a těžkosti už nejsou tak hrozné. Účastníci výzkumu nezasťřeně hovoří o svých nemocech, o bolesti a ztrátách. Svědectví o sobě, všech významných lidech v jejích životech, nevyžadování se lítosti a nároků, si zaslouží jen respekt. Vyprávění o tom, co bylo, je blízké schopnosti „nechat být, pustit to, nelpět už na tom, vzdát se toho.“

5.4 Druhý program

Kategorii tvoří tyto kódy:

(S112) rodina • (M62) péče • (A66) osobní plány • (Ja57) knihy • (V34) domácí mazlíčci

Účastníci výzkumu potřebují vědět, že mohou být stále užiteční, přinášet druhým cit a lásku. V zájmu o druhé nacházejí životní energii a smysl života. Obávají se odmítnutí, vnitřní prázdnoty, nudy a potřebují vědět, že jsou hodni zájmu, bez ohledu na své zdravotní problémy. Z takových radostí čerpají sílu. Komunikace nebo jen pouhá přítomnost druhých pomáhá zmírnit depresi a smutek a těší se z pouhé přítomnosti.

(M62): *„Já furt čtu. Všelijaké časopisy. Knížky už ne. Jak byla potopa, všechno mi to vytopilo. Všechno už je pryč. Škoda. Knihy se mají číst.“*

(A66): Anna zastává v rodině i nadále velmi důležitou roli. Velmi silně prožívá svou roli babičky: *„...co jim jejich nervózní rodiče neřeknou, tak s nima proberu. Beru to už s takovým nadhledem, u mě mají klid.“*

(J57): *Zase musíte přijít. Já jsem svázel tady ty vaše knihy do balíku a už jsem si byl zase nějaké půjčit. Ted' je tam nový knihovník, znáte ho? To je dobrý chlap. Dneska mám i teplotu. Zkusím si ji změřit. Až budu lepší a nebudu mět horečku, tak to půjdu s váma tady kousek...*

S věkem stoupá význam rodiny. Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací nebo emoční nebo podnětovou deprivací.

5.5 Nezvaní

Kategorii tvoří kódy:

(Ja114) chodítka • (S26) samota • (V69) strach • (A101) léky • (M109) bolest

Existuje velká variabilita strategií vyrovnávání se s vlastním stářím. Způsob jeho zvládnání je u každého účastníka výzkumu jiný, je velmi individuální a nelze ani hodnotit, který je lepší nebo horší. Každý je jedinečný, něčím charakteristický, tak jako každý účastník výzkumu.

(M129): *„Strašně mě bolí nohy. Stěžovala jsem si doktorovi a taky mi zase řekli: „Paní, to už máte roky. Jako s těma brýlema. Nic jsem nepořídila. Sestra mi řekla: „To už máte léta paní, to už nepomůže,“ tak vás odbudou. Někdy ani nemůžu na nohách stát. Ted' už nemůžu vyjít ven. Bojím se, po lékách špatně vidím.“*

Nezvaný je pocit osamělosti a opuštěnosti u Vlasty. Projevuje se střídavými návaly pláče, lítosti, častým voláním rodinných příslušníků: (S107): *„toto se nemělo stát, nemělo. Já jsem nemocná. Už jsem i spadla, tak mám tady tu hůlku. Cítím se hrozně nejistá. Budou mi montovat do obýváku zvonek, abych slyšela, kdo zvoní, protože se mě minule nemohl syn dozvonit. Já... abych pravdu řekla, tak já už si přeju, abych tady vůbec nebyla.“*

(V120): *„Jenom chci mít dobré nohy. Já už bych z domu nechtěla nikam.“*

5.6 Autonomie proti zranitelnosti

(V125) domov • (A95) práce • (J15) vztahy • (S23) pomoc • (Ja96) syn

Účastníci výzkumu nevyžadují od rodinných příslušníků mimořádnou péči. Na jejich pomoc spoléhají až v případě, že bude aktuální. Tomuto tématu se také záměrně vyhýbají. Fyzické soběstačnosti, o kterou nesmírně usilují, si cení také proto, že z ní čerpají pocit

užitečnosti, sebevědomí a sociální uznání, seberealizují se. Přiznávají otevřeně, že už vše nezvládají jako dříve a regulují své aktivity.

Věra usiluje, aby mohla plnit povinnosti v domácnosti, ale často na úkor svého zdraví. (V125): *„Někdy jsem taková přehnaně aktivní, i když už nemůžu. Syn se zlobí, a má pravdu, že nemám stoupat na tu židli, že by mě nikam nedal, a musel by skončit v práci. Ale co bych dělala? A já to mám za chvíli. Strašně ráda vařím, teď mám nový recept na maso s hlívou, chcete ho? Já vám ho ráda dám. Nemám nic na práci. Mám svoje dva milované pejsky a těším se, až bude osm hodin večer. To si už jdu do postele číst. To je moje.“*

(J65): *„Ráno si udělám kafe, kolikrát tady mám bordel, ale lehnu si pak a ležím, pak jdu zase něco udělat a zase si lehnu. A pak dostanu takové vnuknutí a řeknu: „Ježíš Marjá, plyn! A mám ho vypnutý.“*

(S56) *„Dětem nemůžu říct sama od sebe, aby se o mě postarali. Mně by stačilo, kdyby mě v sobotu někdo přišel vypomocť s koupáním, umýt hlavu, trošku s tím úklidem, já se snažím. Volala mi paní z úřadu a říká mi do telefonu „To volám k té paní, co má tak krásně všechno uklizeno?“ To si všechno já uklidím. Ale pak mě oteče celý koleno a je to ještě horší.“*

5.7 O síle

Kategorii tvoří následující kódy:

(S66) snažím se • (Ja29) vůle • (A54) musíte • (V67) pohyb • (M78) píseň

Těžké životní osudy a překonávání problémů vedou k překonávání těžkostí a pozitivnímu postoji. Je pořád důvod, pro na něčem „stavět“ (M78): *„Já, když jsem smutná, tak si zazpívám. Poslouchejte. To jsme zpívali jako mladí. To byly krásné písničky: „Svet nemá slzy rád, eště ťa vysmeje, v životě vyhrává len ten, kdo sa usmeje. A preto nikdy neplač, aj keď máš v srdci žiaľ, svetu sa vždycky ukáž, jak bys žiaľ nepoznal,“ krásné, že? No,*

zazpívejme si to spolu! Svet nemá slzy rád...Když jsem byla mladá a sedávali jsme na zápraží, tak to jsme taky vždycky zpívali“

(Ja29): *„Minule jsem brečel. Omlouvám se, ale nemohl jsem to zastavit. Děcka jsou děcka a nikdy nevíte, jak se k vám zachovají. Dneska už je to lepší. Co nadělám? Problémy jsou. Řešit se pro stáří nedají. Televize pro mě neexistuje, slyším hlas, ale vůbec nerozumím a dívat se na to, jak někdo jen kýve bradou, tak to nemusím. Při rozhovoru s někým se musím ptát třikrát až pětkrát. Někdy je to pro mne trapné. Chybí mi akorát lesy a příroda. Vzpomínám na trempování autem, na výlety na kolách a nejvíc na pěší túry se stanem a kotýlkem.“*

Utěšení je představuje pomoc před upadáním do pesimismu. Anna často nachází úlevu a další sílu v tom, pokud může sdělit své obavy dětem, vnučkám kamarádce. (A54): *„...byla jsem na tom dokonce tak špatně, že jsem podepsala nějaký papír a doktoři na mně zkouší nějaký nový lék. Beru devět léků, to je hodně. Tak mám brát nějaký nový prášek, všechno musím pečlivě uvádět, měřit si hladinu cukru v krvi...“*

Koncentrace na to, co se právě děje, patří k aspektům života v osamění. *„Aktivita je opravdu důležitá“, říká Věra. (V67): „Pořád přemýšlím, co bych mohla dělat. Pořád je co. Ale už to taky není ono. Starám se o syna, těším se, že se daří druhému synovi v práci. A je veselo, když za mnou přijedou synovci a dětma, klidně jim ráda budu vařit všem celý víkend. Mají malé děti a to je v baráku rušno.“*

Jestliže senior týden nepromluví, jeho psychika značně trpí. Právě rozhovor,

5.8 Kouzelný prsten

Kategorii tvoří tyto kódy:

(S29) postel • (V30) zdraví • (A41) vnučky • (Ja12) chůze • (S87) děda

Kategorie vystihuje přání, která účastníky výzkumu překvapivě nijak nezaskočila. Velmi otevřeně a s důvěrou odkryli své tužby, sny, představy. Promlouvají o skromnosti, již mnohém vyřešeném, ale také o bolesti, ztrátě, která způsobuje velký smutek, žal a může být příčinou dalších zdravotních problémů.

(S29): *„Ať umřu v posteli. Já už nic nepotřebuju. Co bych potřebovala? Všechno mám. Kdybych nemusela myslet na smrt. Jinak mě už nic netrápí. Něco mi dává sílu. Nesmíte na nic špatného myslet a musíte se zapodívat něčím jiným. To si já neříkám. To si neporučíte. Kdepak. To je ten zákon přírody. Nesmíte si to brát do hlavy. Berte to tak, že to je. Stejně to nezměníte. A děkujte za to, co máte. Já jsem do osmdesáti let nechodila. Já jsem létala. A to jsem měla studený byt, a starala jsem se o nemocnou dceru. Říkám si, co já můžu naříkat? Když vidím ty druhé lidi, kteří nemají kde být. Každý den máte poděkovat. Nemusíte se modlit. Já taky zapomenu. Buďte opatrná a nevěřte lidem.“*

(A41): *Ještě bych chtěla napéct vnučkám na svatbu. Ted' jsou obě na střední škole, tak to ještě musím fungovat... a taky jim něco našetřit. Ale jestli se budou vdávat až ve třiceti, jako se vdávají dnešní holky, tak to asi nestihnu....No a kdy mi ten můj syn mladší přivede nevěstu? To už by měl.*

(V30): *Kdyby se mi vrátil děda, nebo aspoň, aby nám vyřídili ten pobyt v tom domově seniorů. Já jsem tady tolik sama. Nikdo za mnou nechodí. Jen mě dovedou domů, zkontrolují, jestli jsem zamknutá a tak jsem tady pořád sama....“*

(Ja12): *Vy nevíte, co bych si vyčaroval? No zkuste to uhádnout....Vstal bych z postele, zabouchl bych ty dveře tady a šel bych pěšky domů...klidně i týden. A doma na plotně bych vám udělal ty sisinky...jestli tam ten dům ještě stojí*

6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Jaké výsledky přinesla tato práce a empirické šetření? Poznání, že rizika, ohrožující seniory jsou v odborné literatuře dostatečně popsána, nikoliv však postupy a metody, jak je eliminovat, zvláště pak v širším společenském měřítku.

Sociální izolace, osamělost, opuštěnost si osobují právo určovat těm, kteří jsou jí zasaženi, život. Určovat výrazně a zcela konkrétně životní styl, kvalitu vztahů, jejich dynamiku a postupně zaplňovat obsah lidského života prázdnotou a beznadějí. Logickým důsledkem je odklon od všeho a všech. Současná generace seniorů byla vychovávána k tomu, že má právo na realizování vlastního života, seberealizování, na autonomii, na lásku. Byli a stále jsou přesvědčení, že si zaslouží důstojné, zajištěné a spokojené stáří. Nedovolávají se ho, ale mnozí z nich, již nemají na své straně zdraví, schopnosti, možnosti, rodinu, domov, přátele, sousedy, spolužáky, vrstevníky či nejbližší komunitu.

Výzkum prokázal, že sociální izolace nesouvisí se vzděláním. Zralé zkušenosti neustálého se potýkání s těžkostmi a překážkami, často s velkým utrpením, paradoxně poskytují potenciál ke zvládnání zdravotních potíží i pocitů osamělosti, opuštěnosti a sociální izolace. Celoživotní angažování se, nezůstává v životech účastníků výzkumu bez odezvy. Svědčí o tom fakt, že se ochotně realizují i nadále. Ukázalo se, že i při ztrátě domova, rodiny, materiálního zázemí, dokáží zvažovat a modulovat svůj životní postoj, program a cíle. Objevuje se celá řada projevů, které jsou příznačné jak pro otevřenost k novým zkušenostem a „pokusům“, tak pro návrat do vztahů a do společnosti.

Ukázalo se, že pracovní zatížení dětí a geografické bariéry staví účastníky výzkumu do situace zranitelnosti - ve vztahu mobilizovat své blízké k častějším kontaktům. Lze pozorovat znaky odpoutávání, které charakterizuje vliv zdravotních problémů a ztráta energie. Pro kvalitu jejich života mají význam zdroje, které jim domov skýtá.

Změny životního režimu, přizpůsobené osamělému životu se jeví viditelnější, než změny spojené s vytvářením nových příležitostí k začleňování do komunity.

Ukazuje se, že i skryti před světem, v bytech, v sociálních a zdravotních institucích, stále jeví zájem o druhé lidi, dění v nejbližším okolí, o sociální problematiku, jsou zaujati a radují se i v bolesti a strádání z rodiny, vnoučat, z krás přírody, domácích mazlíčků i. Cení si nových poznatků, získávají si, mnohdy velmi skromně, nové informace, které implementují do řešení svých každodenních problémů. Informovanost v nejširším slova smyslu může poskytnout příležitost k objasnění a zmírnění mnohých obav a tenzí.

ZÁVĚR

Porozumění jevu sociální izolace a souvislostí, jsem hledala v dlouhodobém studiu odborné literatury, v častých setkáváních a rozhovorech se seniory, se sociálními pracovníky, zaměstnanci sociálních a zdravotnických zařízení, vlastní rodinou, přáteli i spolupracovníky v zaměstnání. Tak jako při společných rozhovorech vystupovala postupně na povrch povaha sociální izolace, působí svými dopady v různých dimenzích na život seniorů. Sociální izolace představuje multidimenzionální jev, má celou řadu charakteristik a ve své podstatě – nedobrovolnosti- je jednoduším celkem.

Na základě teoretických znalostí a výzkumných dat vychází závěry této práce. Ať již částečně nebo zcela osamělí, odloučení od společnosti, nesoběstační a křehcí, potřebují naši ochranu a pomoc. Statistická data, demografické údaje, předvídají pravděpodobnost, jak se bude určitý jev vyvíjet. Tyto údaje samy o sobě však pro práci s izolovanými seniory nejsou relevantní, a to z etických i praktických důvodů. Nejen pro společenské vědy, sociální práci, pomáhající profese, ale také pro veřejnost vystupuje do popředí otázka, co můžeme udělat, abychom zmírnili strádání seniorů v sociální izolaci a zcela snížili pravděpodobnost, že nebudou umírat zcela opuštěně, bez pomoci.

Uvědomění si, že jsme některé informace v první fázi výzkumu považovali jako nepodstatné, má analogii s lidským životem. Nepodstatné ještě neznamená, že nepodstatné skutečně je nebo bude. Objasnění podstatných informací ve výzkumu představuje vyjasnění hodnot v životě účastníků výzkumu. Obojí umožňuje nalézt odpověď na podstatu smyslu. Budeme-li vnímat hodnoty účastníků výzkumu za „posvátné“, protože představují aktuálně to nejhodnotnější, čím disponují, budeme schopni zmírnit sociální izolaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČEVELA, Rostislav et al., 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-8247-444-2.
- [2] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2009. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2295-4.
- [3] DAMASIO, Antonio, 2004. *Hledání Spinozy. Radost, strast a citový mozek*. Praha: Dybbuk. ISBN 80-903001-9-7.
- [4] DUGAN, Elisabeth a Melissa KIVETT, 1994. The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist* 34 (3), p.340 – 346.
- [5] FROMM, Erich, 2013. *Umění milovat*. Praha: Nakladatelství Josefa Šimona ISBN 978-80-86922-32-4.
- [6] FROMM, Erich, 2014. *Strach ze svobody*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0615-6.
- [7] GRUSS, Peter et al., 2009. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-605-6.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [10] HORNEY, Karen, 2000. *Neuróza a lidský růst*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-715-4.
- [11] HORTULANUS Roelof et al., 2009. *Social isolation in Modern Society*. New York: Routledge - Taylor & Francis Group. ISBN 978-0-415-54388-0.
- [12] KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [13] KAŠPARŮ, Max, 2011. *O bludných kruzích a bludných kamenech*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-135-2.
- [14] KOUKOLÍK, František, 2012. *Nejspanilejší ze všech Bohů*. Praha: Karolinum ISBN 978-80-246-2042-8.

- [15] KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2362-4.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [19] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 90-7169-195-X.
- [20] MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR, 2014. *Deset tváří úzkosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0688-0.
- [21] MOŽNÝ, Ivo, 2008. *Rodina a společnost*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-87-8
- [22] NYKL, Ladislav, 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4055-3.
- [23] ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 987-80-246-1977-2.
- [24] PIDRMAN Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
- [25] ŘÍČAN, Pavel, 2014. *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
- [26] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- [27] SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3311-1.
- [28] SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON. ISBN 978-80-864229-62-5.
- [29] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana et al., 2014. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2682-4.

- [30] ŠTICHAR, Jiří et al., 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1339-0.
- [31] ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0788-3.
- [32] TOŠNEROVÁ, Tamara, 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer press. ISBN 978-80-251-2104-7.
- [33] VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Stárnutí, věk, diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN:978-80-210-4627-6.
- [34] VIDOVIČOVÁ, Lucie et al., 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-141-1.
- [35] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. (MFK)*. Praha: Grada. MFK. ISBN 978-80-247-1587-2.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Definice sociální izolace	20
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Zdravotní rizika vedoucí k sociální izolaci

PŘÍLOHA P I: ZDRAVOTNÍ RIZIKA VEDOUcí K SOCIÁLNÍ IZOLACI

Sluchové postižení	<p>Problémem sluchově postižených seniorů je v podstatě nikým nepřiznaná segregace způsobená komunikační a následně informační bariérou ve všech oblastech života. Sluchový hendikep není vidět, ale má silný dopad na psychiku seniora. Často se stává, že se před náročnou situací ve společnosti raději sami izolují a uzavírají se do sebe z obav před dalším nepochopením. Vzniká tak cyklus hlubších problémů, nechtěné ztráty informací a nedobrovolného sociálního vyloučení. Potíže se sluchem má v populaci nad 60 let asi 30% seniorů (Kalvach, Z. et al. 2011 s. 70)</p>
Sarkopenie	<p>Jestliže si seniori postěžují, že jim jídlo vůbec nic neříká, začnou-li ztrácet nedobrovolně na váze a není-li jiná příčina, je nutné myslet nejen na depresi ve stáří, onemocnění časté a velmi závažné. Pokud seniorům ubývá svalová hmota, mluví se o sarkopenii. Představa, že by šla léčit vylepšením stravy je naivní. Sarkopenie souvisí se zhoršením nutričního stavu, úbytkem svalové hmoty, atrofii svalů a s poklesem síly. Zjevná je únava, svalová slabost, depresivita. Snížením síly dechového svalstva dochází k mělkému, povrchnímu a zpomalenému dýchání (hypoventilaci), což má vliv na kvalitu lokomoce i udržení stability. Četné pády, které jsou charakteristickým projevem geriatrické křehkosti, přispívají ke zvýšenému riziku úrazů. Vytváří se tak bludný kruh, ve kterém nedostatek pohybu a imobilita vedou k prohlubování i zhoršování tohoto stavu a postupné sociální izolaci seniora. (Štěpánková, H. et al. 2014 s. 83)</p>

<p>Hluchoslepota</p>	<p>Nejvyšší výskyt (prevalence) je ve věku nad 80 let, kde dosahuje až 20%. Většinou se jedná o kombinaci funkčně významných poruch obou smyslů. Dochází k omezování aktivit a kontaktů, rozvíjí se úzkost, deprese a uzavřenost vedoucí ke společenskému vyloučení. Může docházet k poruchám sebeuvědomování, existencialisty a identity. Lidé si tíži postižených seniorů s kombinovaným postižením a ztíženou komunikací neuvědomují, nevědí, jak mají komunikovat a mnohdy je podezírají z demence či mentální retardace. Těžké případy úplné hluchoslepoty (deafblindness) představují extrémní postižení, které se dokonce vymklo z mezinárodní klasifikace funkčních postižení. (Kalvach, Z. et al. 2014 s. 76)</p>
<p>Inkontinence (samovolný únik moči)</p>	<p>Představuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém. V geriatrici se chápe jako jeden z nejvýznamnějších problémů, tzv. „geriatrických obrů“. Nejvýznamnějším faktorem je věk. Nemoc je provázána pocitem studu z důvodu používání absorpčních pomůcek a možnému neregulovanému zápachu. Strach, že „nestihnu“ a „nebudu moci“, proto raději nikam nepůjdu je velký. Seniora omezují a mnohdy od druhých vzdalují nedostatečná či neexistující hygienická zařízení s přístupem veřejnosti. Rizikovým faktorem u seniorů nad 65 let je kognitivní deficit a přijetí seniora do ústavní péče. Inkontinenci v ústavní péči navozují či zhoršují léky, omezovací pomůcky a imobilizující postupy.(Kalvach, Z. et al. 2011 s. 348)</p>
<p>Delírium</p>	<p>Delíria jsou závažné a časté. Jedná se o syndrom, který je často odborným personálem nerozpoznaný a může vést k výraznému funkčnímu zhoršení. Tento stav lze zařadit mezi akutní a život ohrožující. Je vždy sekundárního původu, vzniká na podkladě somatogenním,</p>

	<p>farmakogenním či psychickém. Příznaky se rozvíjejí během hodin až dnů a mohou se v čase měnit. Mohou vznikat ve kterémkoliv věku a jejich četnost roste s věkem. Je obtížné však zjistit, co je spouštěč a co faktor.</p> <p>Nejčastější příčiny delírií: dehydratace, hypoglykemie (snížená hladina glukózy v krvi), záněty a vysoké teploty, vliv nevhodné medikace, halucinogenní drogy, epilepsie, úrazy hlavy, závažný psychosociální stres. Delíria představují velmi závažný a dosud naprosto nedoceněný problém medicíny i sociální péče o seniory. Prevence a léčba významně zlepšují kvalitu života postižených a snižují jejich úmrtnost. (Štěpánková, H. et al. 2014)</p>
--	--