

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálně pedagogických studií

Martina Hanáková

3. ročník – kombinované studium

Obor : Pedagogika – sociální práce

RODINA A JEJÍ ROLE V PÉČI O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární a ostatní prameny, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně Univerzity Palackého v Olomouci.

V Přerově 28.3.2011

.....

Poděkování:

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho cenné rady, trpělivost, ochotu, vstřícný a vlídný přístup.

Obsah:

Úvod.....	6
I TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU A JEJÍ SPECIFIKA	8
1.1 Stáří a společnost.....	8
1.2 Proces stárnutí, změny osobnosti ve stáří	9
1.3 Zhoršení kvality života v důsledku nemoci	10
1.4 Dlouhodobá hospitalizace a její vliv na seniora.....	12
2. PÉČE O SENIORY V RÁMCI RODINY.....	15
2.1 Význam rodiny ve stáří	15
2.2 Vztahy v rodině	16
2.3 Role partnera ve stáří	17
2.4 Role dětí	18
2.5 Domácí násilí	19
2.6 Dopad péče o seniory na život pečující osoby	21
3. PÉČE O SENIORY V RÁMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	24
3.1 Péče v přirozeném prostředí s možností využití soc. služeb	24
3.2 Institucionální forma péče	26
3.3 Hospicová péče.....	27
4. DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	29
4.1 Příspěvek na péči sloužící k zajištění péče o nesoběstačného Seniora.....	29
4.2 Dávky sociální péče pro těžce zdravotně znevýhodněné občany	32
II EMPIRICKÁ ČÁST.....	37
4. CÍL A OBSAH EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	37
5. METODIKA SBĚRU DAT A VÝBĚR PŘÍPADŮ.....	38
6. PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	38
7.1 Případová studie – dezorientovaný osamělý senior.....	38

7.2 Případová studie - dezorientovaný senior – stav způsobený psych. stresem a podvýživou	40
7.3 Případová studie – senior s těžkou demencí – stav způsobený Alzheimerovou chorobou	42
7.4 Případová studie – senior s počínající stařeckou demencí	43
7.5 Případová studie – senior – stav po mozkové mrtvici s následným ochrnutím těla	44
7. ANALÝZA PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	47
8.1 Problémy spojené s péčí o seniora v přirozeném prostředí	47
8.1.1 Absence rodinného zázemí	47
8.1.2 Špatné vztahy v rodině	48
8.1.3 Péče o seniora klade na rodinné příslušníky vysoké nároky	49
8.2 Problémy související s podporou péče o seniory v rodinném prostředí ze strany státu	50
8.2.1 Zneužívání příspěvku na péči	50
8.2.2 Přetěžování sociálních pracovníků	51
8.2.3 Vysoké výdaje na příspěvek na péči	52
8.2.4 Nedostatečná kapacita sociálních služeb	52
8.2.5 Nedostatečná podpora zaměstnaných pečujících osob	53
8.3 Shrnutí empirické části práce	54
ZÁVĚR.....	55
LITERATURA A PRAMENY	57
Monografie	57
Ostatní prameny	58
ANOTACE	60

ÚVOD

„Často se domníváme, že stáří s sebou přináší nějaké „specifické potřeby“, které se u ostatních příslušníků populace nevyskytují, nebo naopak máme tendenci redukovat potřeby starých lidí na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění. Objektivně vzato, je struktura potřeb starých lidí stejná jako u všech ostatních příslušníků společnosti a stejně tak jsou potřeby neoddělitelné a vzájemně propojené do jednoho celku.“ (Nešporová, Svobodová 2008, s. 27)

Senioři a stárnoucí populace jsou aktuálním tématem dnešní doby, stejně jako otázka kdo, kdy a jakým způsobem uspokojí potřeby této stále početnější části obyvatelstva. Mnoho z nás si klade otázku, jak bude vypadat naše společnost za 20 - 30 let, zda bude na výplatu důchodů, kde budou staří lidé bydlet, jak bude zajištěna péče o seniory, pokud budou odkázáni na pomoc druhých, a jak se o ně společnost dokáže postarat.

Téma, které jsem si vybrala, je mi blízké, protože pracuji jako sociální pracovníce na Magistrátu města Přerova, kde velkou část mých klientů tvoří staří a nemocní lidé. Potkávám je jak v kanceláři, tak v ústavních zařízeních sociální péče i v jejich přirozeném domácím prostředí. Jako dítě jsem zažila život ve vícegenerační rodině se seniorem, kdy naše soužití bylo založeno na vzájemné úctě a toleranci. Postupem času byla péče o seniora náročnější, ale vzájemnou pomocí celé rodiny můj prarodič dožil v domácím prostředí. Rodinní příslušníci by měli být prvotními poskytovateli péče nesoběstačným seniorům. Při samotném nezvládnutí této péče je pak potřeba zajistit institucionální sociální službu nebo se snažit o kombinaci terénní sociální a rodinné péče a umožnit tak nesoběstačnému senioru setrvat co nejdéle v rámci své rodiny. Pomoc starému člověku by měla být založena na poutu vzájemné solidarity. Bohužel se s tím, jak se mění společnost, měníme také my.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části práce charakterizuji proces stáří a stárnutí tak, jak je popsán v odborné literatuře, a popisují blíže způsob zajištění péče o stárnoucí populaci v rámci rodiny a dopad, jaký může mít péče o seniory na život pečujících osob. Shrnuji také, jakým způsobem je zajištěna péče o seniory v rámci sociálních služeb, jakou pomoc poskytuje stárnoucím lidem stát v oblasti sociálních dávek a jakou úlohu plní v této oblasti samotní sociální pracovníci.

Empirická část práce obsahuje několik případových studií z mé dlouholeté praxe sociální pracovníce, kterými chci upozornit na problémy, které vznikají při poskytování péče o stárnoucí populaci.

Cílem této práce je odpovědět na otázku, jaké jsou hlavní problémy, které mohou vzniknout při péči o nesoběstačné seniory v rámci rodiny a jakým způsobem funguje v praxi podpora, která je těmto rodinám poskytována ze strany státu. Pokusím se také popsat, v čem může být tato podpora nedostatečná a navrhnout její možná zlepšení a rozšíření. Zdrojem informací pro moji bakalářskou práci bylo studium odborné literatury, pramenů a rovněž vlastní zkušenosti z praxe v oboru sociální práce.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU A JEJÍ SPECIFIKA

V Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 je uvedeno, že lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k prodlužování délky lidského života. Stále více lidských jedinců má možnost prožít delší život než tomu bylo v minulosti. Starší lidé žijí zdravěji a aktivněji. (www.mpsv.cz [on-line])¹

Demografická prognóza vytvořená Českým statistickým úřadem, na kterou odkazuje Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, uvádí, že v roce 2050 bude v České republice žít přibližně půl milionu lidí ve věku 85 a více let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Průměrná délka života v roce 2050 bude u mužů činit 78,9 let a u žen 84,5 let. Bohužel se stále snižuje plodnost žen i mužů a v dlouhodobém pohledu nedojde k výraznému nárůstu.

Stále větší část zralého života budeme prožívat ve stáří. Pokud lidé starší 65 let budou tvořit třetinu populace, nemá smysl rozlišovat služby a produkty pro seniory a pro neseniory. Všechny poskytované služby musí vyhovovat většině populace, bez ohledu na zdravotní stav a omezení spojená s věkem. Vytvořit takové podmínky pro důstojný, zdravý a aktivní život v druhé polovině života, aby jsem si stáří užívali a neprotrpěli ho. Téma stárnutí naší společnosti a kvality života ve stáří se týká nás všech. (www.mpsv.cz [on-line])

1.1 Stáří a společnost

Na základě údajů z výzkumu o diskriminaci starší generace žijí senioři na úkor mladší generace (Vidovičová, 2008). Tento názor dle Vidovičové zastává čtvrtina mladých lidí ve věku 15 - 29 let. Uvádí, že dle mínění příslušníků této věkové skupiny jsou senioři zdrojem problémů a ekonomickou zátěží, jelikož odčerpávají finance, které by měly náležet mladým lidem. Dále uvádí, že dle názoru mladších lidí, se seniorem stává člověk už po čtyřicítce! Bohužel ani politici nejsou bez viny. Při prosazování důchodové reformy někteří z nich hovoří o velké zátěži ekonomicky činné části naší populace, nucené odvádět ze svých příjmů vysoké daně, určené na

¹ MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [on-line] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045> [cit.2010-05-02].

výplaty dávek důchodového zabezpečení. Problémy při hledání zaměstnání mají už padesátníci, i když se stále posunuje věková hranice odchodu do důchodu. Starší lidé naráží na nevraživost určité části společnosti, která je znevýhodňuje z důvodu vyššího věku. Někdy je seniorům zcela automaticky připisována neschopnost učit se novým věcem, neochota dále se vzdělávat, nebo obavy pracovat s moderní technikou. Pro staršího člověka se může stát handicapem i zhoršující se zrak, sluch, výdrž atp.

Stále více mladých lidí odmítá svou vlastní identifikaci se staršími osobami jako lidskými bytostmi a dochází k věkové diskriminaci - ageismu. Symbolem dnešní doby je mládí, úspěch, dravost a také bezohlednost. K falešnému obrazu stáří a seniorského věku přispívají i média a reklamy, ve kterých je starý člověk diskriminován nebo zesměšňován. Jedná se například o dobře míněné rady, jaké pomůcky používat při inkontinenci či při připevnění zubní náhrady kosmetickým přípravkem atp. V televizním zpravodajství jsou senioři často představováni jako roztržití popletové, kteří vpustí do svého bytu podvodníky. Málokdo se zabývá pozitivní rolí těchto osob ve společnosti. Přitom v současnosti odchází a v nejbližší době budou do důchodu odcházet i vysokoškolsky vzdělaní lidé, kteří uspěli v tvrdých podmínkách tržní ekonomiky.

1.2 Proces stárnutí, změny osobnosti ve stáří

Podle Gregora (1983) stejně tak jako je individuální a neopakovatelný život každého z nás, je individuální a neopakovatelné i naše stáří. Neexistuje žádná šablona na spokojené stáří. Celý proces stárnutí lidského organismu v podstatě odráží styl života, jakým jsme žili, a to zejména ve středním věku. Každý člověk si může položit otázku, jak jsem vlastně starý. Na tuto otázku obecná odpověď neexistuje. Obecně se říká, že člověk je tak starý, na kolik se cítí. Gregor (1983) uvádí, že záleží na okolnostech každodenního života. Naše pocity o stárnutí mohou být pozitivní či negativní podle toho, jak na nás působí naše okolí.

Někteří autoři jako Stuart-Hamilton (1999) a Kalvach a kol. (2004) dělí stáří na kalendářní (chronologické), sociální a biologické. Kalendářní věk stanoví délku lidského života. Jedná se o objektivní měřítko stárnutí. Velkou nevýhodou však je, že kalendářní věk nerozlišuje individuální rozdíly mezi jednotlivci. Ne všichni sedmdesátníci jsou stejní. Z tohoto důvodu nemůže být kalendářní věk pokládán za spolehlivý indikátor stáří.

V dělení kalendářního stáří se jednotliví autoři rozcházejí. B.L. Neugartenová (Kalvach a kol., 2004) rozděluje seniory na mladé seniory (65 – 74 let), staré seniory (75 – 84 let) a velmi staré seniory (85 a více let).

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součásti životní proměny. Neexistuje žádná uspokojivá definice okamžiku, kdy končí střední věk a začíná stáří. Jsou sedmdesátníci, kteří zcela odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vráscitá kůže atp.), pak ale existují i zachovalí jedinci, kteří tyto znaky zčásti nebo zcela postrádají, nebo naopak mladší lidé, o kterých se říká, že jsou předčasně zestárlí. Chronologický věk proto jen orientačně naznačuje celkový fyzický a psychický stav průměrného člověka.

Míra stáří člověka, kterou uvádí Stuart-Hamilton (1999), je věk sociální, přiměřený k určitému věku biologickému. To znamená, že se očekává, že lidé kteří jsou na prahu šedesátého roku života, se budou chovat v zásadě klidně a usedle. Za jeden ze znaků počátku stáří je považováno ukončení pracovního poměru na plný úvazek a odchod do důchodu. Většina lidí mezi šedesátým až šedesátým pátým rokem začne vykazovat příznaky stárnutí, které lze rozdělit na mladší stáří (vymezené roky 65 - 75) a pokročilé stáří (75 a více let). Další variantou je rozdělení lidí starších 65 let na kategorie třetího a čtvrtého věku. Třetí věk označuje aktivní a nezávislý život ve stáří, zatímco čtvrtý věk znamená období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé.

„Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu individua. V každé fázi ontogenetického vývoje lze identifikovat změny vzestupné povahy (progrese) i povahy sestupné (regrese). Stáří a stárnutí je specificky biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 57).

1.3 Zhoršení kvality života v důsledku nemoci

„Stáří není nemoc! Starší lidé mohou být samozřejmě také nemocní. Avšak díky některým opatřením, která činíme během celého života! – lze nemocem předcházet, a tím si stáří usnadnit. Zdraví však nespočívá pouze v nepřítomnosti nemoci. Znamená také být ve své kůži a mít hlavu na svém místě a přizpůsobit se svému prostředí.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s.66)

Pacovský (1990) uvádí, že zdravotní stav starého člověka se zhoršuje s přibývajícím věkem. Odhaduje se, že v šedesáti letech se kolem 60 % osob cítí zdravými, kolem sedmdesátky asi 40 %, z osmdesátiletých a starších již jen 5 %. Zkušenosti ale ukazují, že nemocných starých lidí je podstatně více. Jednou z metod sledování celkové nemocnosti starých lidí jsou lékařské

prohlídky. Starý nemocný často nehodnotí své potíže jako příznak choroby, lékaře nevyhledá nebo odmítá k lékaři jít.

Mezi nemoci, které u starých lidí nejčastěji převládají tak, jak je uvádějí Stone a Darlingtonová (2000, s. 211), patří:

- ateroskleróza - jedna z příčin vysokého krevního tlaku. Jde o postupné zužování krevních cév, do jejichž stěn se ukládají tukové látky. Při ateroskleróze může dojít k ucpání významných tepen, např. koronárních, což vede k nedostatečnému prokrvení, tvorbě krevních sraženin a infarktům myokardu.

- poruchy pohybového ústrojí – osteoartróza (osteoartritis) je nejčastějším onemocněním kyčelních a kolenních kloubů a postihuje asi 20 % celkové populace a 50 % populace starší 60 let. Vyskytuje se častěji u žen než u mužů.

- osteoporóza (choroba, kdy mluvíme o zvýšené křehkosti kostí). Při stárnutí dochází k úbytku vápníku a jiných minerálů. U žen jsou tyto ztráty větší, zapříčiněné menopauzou, kdy klesá hladina ženských pohlavních hormonů. Projevuje se bolestmi zad, snadnou lomivostí kostí, zmenšením tělesné výšky a zhoršenou pohyblivostí.

Mezi dalšími nejčastějšími jsou uváděny tyto choroby:

- choroby dýchacího ústrojí,

- nervového systému,

- jater a žlučových cest,

- cukrovka,

- duševní choroby,

- nemoci ledvin a močových cest atp. (Pacovský, 1990)

Sýkorová (2007) považuje za nejčastější onemocnění seniorů kardiovaskulární choroby (hypertenze nebo hypotenze), infarkt, mozkovou příhodu, onemocnění pohybového aparátu, potíže s trávicím a vylučovacím ústrojím, poruchy spánku atp. Bohužel se nejedná jen o jednu nemoc, ale z pravidla jde o sloučení několika nemocí. Zmiňuje se o tom, že psychické problémy senioři uvádějí velmi zřídka i přesto, že provázejí stárnutí a stáří. Každý z nich prožil životní ztrátu jako je ovdovění, úmrtí dětí, přátel atp.

Kalvach (2005) se zabývá problémem, zda existují specifické zdravotní problémy seniorů. Jsou zdravotní problémy, které nás mohou postihnout bez rozdílu věku. Je ale řada nemocí, které se vyskytují převážně ve vyšším věku a v mládí se s nimi téměř nesetkáme. Dá se tedy hovořit o nemocech stáří. Při léčbě se vyžaduje odlišná léčba než v mladším věku. Část seniorů jsou lidé křehcí, kteří potřebují specifický přístup především při nutnosti nemocničního pobytu. Nelze léčit jen choroby, ale také nefunkční zdatnost starého člověka.

Pichaud, Thareaunová (1998) se zmiňují o té skutečnosti, že každý člověk je svým pečovatelem a stará se sám o sebe. Při zhoršení zdravotního stavu žádá o pomoc ostatní. „*Všichni ti , kteří obklopují starého člověka se mohou nazývat pečovatelé. Péči o starého člověka se snaží pečovatelé pomáhat mu kvalitně žít, přispět k udržení nebo znovunabytí zdraví, nebo ho alespoň v této poslední životní etapě doprovázet.*“ (Pichaud, Thareaunová, 1998, s. 66)

Dále tito autoři uvádí, že péči v domácnosti o starého nemocného člověka může zajišťovat pečovatelský personál, rodina a další pracovníci. Ti poskytují služby, které umožňují starému člověku žít v čistém a hygienickém prostředí, mít potěšení z jídla, které může zpříjemnit jeho život a rozprout komunikaci. Z dalších důležitých úkonů jde o pomoc při osobní hygieně, oblékání, chození, při základních životních úkonech atp. Při zhoršení zdravotního stavu je péče poskytována ve zdravotnickém zařízení, v zařízení poskytujícím sociální služby nebo v zařízeních kombinovaného typu.

1.4 Dlouhodobá hospitalizace a její vliv na seniora

Podle Kalvacha (2005) část starých lidí trpí závažnými zdravotními, ale i funkčními problémy. Jedná se o svalovou slabost, pády, omezenou pohyblivost, závratě atp. Často se jedná o kombinaci i několika onemocnění najednou, tak zvanou polymorbiditu, jež může být způsobena přirozeným stárnutím lidského organismu, ale i nedostatečnou nebo nezdravou výživou a omezeným pohybem, jehož následkem dochází ke svalové ochablosti.

Klevetová (Sociální péče 6/2009) uvádí, že u seniorů dlouhodobě upoutaných na lůžku nastávají velmi rychle změny v celém organismu. Některé se projeví už během 24 hodin, jiné se rozvinou během několika dní a týdnů. Zdravotnický personál a pečující osoby se snaží vést seniory ke zvládnutí soběstačnosti s využitím kompenzačních pomůcek a jejich vlastního úsilí. Hrozí rizika, kterým se musí předcházet, aby se zabránilo projevům imobilizačního syndromu. Proto je potřeba věnovat pozornost následujícím tělesným systémům:

- Systém kardiovaskulární: Při dlouhodobé poloze na lůžku se srdeční činnost přizpůsobí klidovému režimu a podává menší výkon. Pokud dojde k náhle změně polohy těla, srdce nezvládá náhlý zvýšený nárok a dochází ke snížené srdeční výkonnosti s nedostatečným prokrvením jednotlivých orgánů. Ve všech důležitých orgánech organismu chybí kyslík a hrozí mdloby, závratě, plicní embolie aj. Preventivním opatřením jsou cévní cvičení (přitahování špičky nohou k tělu, krčení nohou v kolenu, dechová cvičení atp.) prováděné několikrát za den.

Pokud si senior nemůže sám sednout, tak je mu potřeba podepřít záda nebo umožnit sed v lůžku nebo v křesle. Také se doporučuje provádět bandáže dolních končetin.

- Systém respirační: V horizontální poloze je ztíženo dýchání, obtížně se odkašlává a sekret se hromadí v plicních cestách. Protože je snížena samočisticí schopnost dýchacích cest, tvoří se půda pro množení řady bakterií a virů. Obtížné odkašlávání způsobuje bronchitidu, pneumonii aj. Doporučuje se provádět dechová cvičení prostřednictvím molitanového míčku a jemně masírovat hrudník, dále udržovat polohu v polosedu, přesunovat nemocného do křesla alespoň na půl hodiny atd.

- Gastrointestinální systém: Dlouhodobá poloha vleže je pro tělo nepřirozená, dochází ke zpomalení činnosti střev. Příjem stravy v jiné poloze, než je tělo zvyklé, má za následek nechutenství. Proto dochází ke sníženému příjmu stravy a tekutin. Rizikem je porucha metabolismu, snížení hmotnosti, porucha vyprazdňování stolice aj. Doporučuje se podávat stravu vsedě, pro snadnější polykání podložit zátylek malým válečkem a masírovat břišní stěnu ve směru hodinových ručiček.

- Kožní systém: U dlouhodobě ležících dochází k poklesu obranné funkce kůže, tvoří se dekubity, otlaky. Riziko je spojené s infekcí a s pomalým hojením ran. Proto se preventivně ohrožená místa musí chránit polohovacími pomůckami, pravidelně ošetřovat kůži ochrannými krémy a provádět změny na lůžku každé dvě hodiny (i v noci).

- Urogenitální systém: Při poloze na zádech moč zůstává v močových cestách, kdy dochází ke sníženému vylučování moče. Následně vznikají močové kameny, tvoří se infekce močových cest, inkontinence aj. Pro zlepšení je nutný pitný režim, změny poloh na lůžku a pravidelné vyměšování.

- Pohybový systém: Po 4 až 6 týdnech nečinnosti dochází u seniora ke ztrátě svalové hmoty, zhoršení nebo úplné ztrátě pohybových činností. Metabolické změny uvolňují větší množství vápníku, což vede ke zlomeninám a osteoporóze. U starého člověka dochází v důsledku imobility už po dvou dnech ke zkrácení vaziva u dolních končetin. Proto se starý člověk už nedokáže sám postavit a tyto změny jsou nenávratné. Tělo je ztuhlé, deformuje se a pacient trpí bolestmi. Preventivním opatřením je časté polohování, aktivní i pasivní cvičení. Jen takto se dá zabránit nenávratným změnám. Senior po dohledem zdravotníka může posilovat svaly i vleže.

Při zvládnání chůze je důležitá každodenní procházka s chodítkem nebo o berličích. Vždy je nutný dohled i u chodících pacientů, aby nedošlo k pádu. Senioři se mají pohybovat podle svých schopností.

- Centrálně nervový systém: Obecně se říká, že mládí je schopnější. Otázkou je proč. Zralý mozek nepracuje ani lépe ani hůře než mozek mladý, ale prostě jen jinak. Podle Klevetové (Sociální péče 6/2009) starší mozek potřebuje sice více času na zpracování informací, ale jde-li o složitější výkon, má lepší výsledek. *„Ve stáří se zlepšuje výkon mozku v oblastech důležitých pro poslední třetinu života. Mozek starší 45 let je výkonnější o získané zkušenosti a to má zásadní význam při rozhodování. Okamžitá použitelná IO – tj. shromažďování a využívání nových informací – funguje ale pomaleji, což je výsledkem ztráty podkorových buněk, které zajišťují schopnost nadchnout se pro nové zážitky a mít připravenou energii k nějaké činnosti. Ztráta těchto buněk negativně ovlivňuje pozornost a ztěžuje koncentraci a soustředění“.* (Klevetová, Sociální péče 6/2009) Znalosti získané během života jsou ve stáří zachovány. Proto si starý člověk pamatuje vše, co kdysi prožil, ale přítomnost jakoby nebyla. Dochází ke ztrátě povědomí o sobě samém, k poruchám rovnováhy, pádům z lůžka, ztrátě schopnosti sebeobsluhy a soběstačnosti. Prevencí je cvičení proti poruše rovnováhy, trénování paměti, skupinová cvičení, nácvik sebeobsluhy a vedení k soběstačnosti.

- Psychické projevy: Jsou typické poruchou osobnosti, zhoršením smyslových vjemů, náladovostí, depresemi, poruchami spánku aj. Pro zlepšení je potřeba dostatek informací, o které má senior zájem, ochota projevit zájem o jeho potřeby a umožnit seniorovi podívat se ven. Prostředí, kde se senior nachází, vybavit hezkým obrázkem, umožnit mu mít na očích oblíbenou věc, kalendář aj.

- Sociální projevy: Senioři trpí nedostatkem sociálních kontaktů, změnou dosavadního životního stylu a narušením mezilidských vztahů. Snížená soběstačnost je způsobena osamělostí a sociální izolací. Senioři ztrácí zájem o dění kolem sebe, jsou neochotní spolupracovat a může vzniknout úplná závislost na druhých. Preventivním opatřením je kontakt dlouhodobě hospitalizovaného seniora s rodinou a s přáteli. Problém nastává tehdy, pokud senior s rodinou neudrží kontakty nebo nemá žádné příbuzné. Potom se rodinou pro seniora stávají zdravotníci a pečující a může dojít k tomu, že senior na ně klade velké nároky, které se nedají splnit. V těchto případech se snaží sociální pracovníci zajistit dobrovolníky nebo vytvořit individuální aktivizační program dle stávajících možností. (Klevetová, Sociální péče, 6/009)

2 PÉČE O SENIORY V RÁMCI RODINY

„Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukují člověka nejen jako živočicha, zprostředkují mu vrůstání do jeho kultury a společnosti. Rodina kromě toho propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.“ (Matoušek, 1997, str.8) Rodinné společenství je podle Matouška pro dítě prvním a závazným modelem společnosti. Je důležité pro jeho osobní vývoj a tvorbu mezilidských vztahů. Rodiče předávají dítěti sociální dovednosti, bez kterých by se v dospělosti neobešlo, jedná se o socializační funkci. Každá rodina je unikátní a jedinečná, respektuje obecně závazná pravidla fungování společnosti. Dítě se učí mnoha dovednostem, přejímá chování podle rodičovského vzoru a stálá citová přítomnost rodičů je důležitá pro jeho zdravý duševní a tělesný vývoj. Žít rodinným životem je významné i pro dospělého člověka. Najít si svého stálého partnera a mít děti je prvotní hodnotou lidského života. Spolu se svými dětmi znovu prožíváme vlastní dětství, máme možnost se vyhnout chybám, které při výchově dělali naši rodiče. Rozšiřujeme si sociální pole díky příbuzným svého partnera a kontaktům svých dětí. Podpora rodinných příslušníků při vážném onemocnění někoho z blízkých navozuje pocit bezpečí. Většinou se snažíme pomáhat i tehdy, když jsme sami unavení nebo nemocní. Na druhé straně ale může být rodina i příčinou stresu. A dospělí (partneři) se musí sobě navzájem přizpůsobovat, protože aby vztah fungoval, musí být založen na kompromisu

2.1 Význam rodiny ve stáří

Podle Pacovského (1990) je rodinná struktura v současné době pestrá. Rodinná seskupení jsou dvougenerační, ale i čtyřgenerační, tvořená svazkem starých manželů. Dospělé děti se osamostatňují a dochází k rozpadu vícegeneračních svazků, tvoří se menší, tzv. nukleární rodiny. V nukleární rodině je snaha o oddělené bydlení, ale i oddělené hospodaření a masové zaměstnání žen. To se všechno odráží v rodinném životě seniorů. Na počátku minulého století, v převážně zemědělské společnosti, se děti při založení rodiny usazovaly z pravidla v blízkosti svých rodičů, aby jim mohly poskytovat jakoukoliv pomoc. S rozvojem průmyslové společnosti dochází ke vzniku malých rodin, staří rodiče jsou častěji prostorově i sociálně izolováni od svých dětí. Současná rodina, i přes veškeré změny kterými prošla, má stále důležité místo ve vztahu ke starým lidem. Senioři mají snahu si co nejdéle udržet svou domácnost, žít v blízkosti svých dětí

a nebýt na nich závislí. V rodině existují emoční pouta a přetrvávají i tehdy, když si děti založí vlastní rodiny. Starý člověk má v rodině danou úlohu, snaží se materiálně vypomáhat mladší generaci a očekává zájem rodiny o svou osobu.

2.2 Vztahy v rodině

Pacovský (1990) dále ve své knize O stárnutí a stáří uvádí, že rodinné vztahy mohou mít také psychosociální patologický charakter. Opuštěnost ve stáří je velmi tíživá, vzniká při náhlém přerušení kontaktu s rodinou nebo se známými a dotyčný je sociálně izolovaný. I generační rozpory uvnitř rodiny mohou být zdrojem konfliktů. Při péči o starého a nesoběstačného seniora dochází k narušení zaběhlého režimu v rodině, k materiálním a psychickým nárokům.

Podle Sýkorové (2007) senioři velmi těžce nesou absenci kontaktů se svými dětmi, které mohou být výsledkem konfliktních vztahů nebo i jejich pracovní zaneprázdněnosti. *„Špatné vztahy mezi generacemi vzdalují spíše dospělé děti od starých rodičů, než rodiče od dětí.“* (Sýkorová, 2007, st. 175) Partneři dospělých dětí jsou seniory brány na stejné úrovni jako jejich děti (označují je jako můj syn, moje dcera). Proto se mohou také stát snadným terčem seniorů a nést vinu za špatné vztahy mezi tchány a jejich vlastními dětmi. K vnoučatům mají senioři láskyplný vztah, dokonce kvalitnější než ke svým dospělým dětem. Senioři vnímají vnoučata jinak než jejich rodiče, je tu absence přímé rodičovské odpovědnosti, mají odlišná očekávání.

Vztahy seniorů mezi sourozenci podle Sýkorové (2007) mají citový rozměr, stručně formulováno (máme se rádi, jsme součástí rodiny). Sourozenecké pouto je zvláště intenzivní u svobodných či ovdovělých bezdětných seniorů (jsou to jediné, co mám). Nesmíme si ale vztahy mezi sourozenci idealizovat, může se stát, že na základě konfliktu v minulosti se pohádali a dodnes spolu nemluví, i když je to mrzí.

Jak uvádí Říčan (2004), touhou většiny gerontů je, aby v pozdním stáří nezůstali sami, nebo nebyli nuceni dožít zbytek života v ústavních či zdravotnických zařízeních. Ochota a možnosti mladých žít se starými klesá, proto žádostí o umístění do domovů pro seniory přibývají. Mladí lidé se přestávají stydět dát najevo, že je stáří nezajímá a předávají své staré členy do péče státu. Proto je důležité vytvořit takové vztahy mezi generacemi, aby staří lidé mohli dožít mezi svými blízkými. *„Současný způsob života rozložil tradiční společenství, tradiční soudržnost rodu a širokého příbuzenstva. Staří i dnes potřebují mladé a mladí potřebují staré, ale tradiční formy, ve kterých se tyto potřeby uspokojovaly, jsou narušeny. Staří tím trpí viditelněji, protože zůstávají sami, mladým to zdánlivě tolik nevadí.“* (Říčan, 2004, s. 359)

I v rodině se ve vztahu mladých ke starým projevuje ageismus, který všechno ztěžuje. Jednodušší bude pěstovat solidaritu vrstevníků bez ohledu na příbuzenské svazky a najít citovou a existenční jistotu pro pozdní stáří.

„V sociální interakci převažují osobní setkání a doplňují je, či při větší geografické vzdálenosti nahrazují, telefonické a písemné kontakty.“ (Sýkorová, 2007, s.165) Senioři bydlí převážně blízko alespoň u jednoho dítěte nebo některého z dalších příbuzných. Významné místo v sociální síti seniorů zaujímají taktéž sourozenci, přátelé, vrstevníci a sousedé. Staří lidé nejsou ochotni se přestěhovat, byť do kvalitnějších podmínek, výslovně kvůli sousedským vztahům, z nichž se mnohé přeměnily v přátelství.

2.3 Role partnera ve stáří

Podle Říčana (2004) bývají manželství gerontů velmi šťastná, ale i nešťastná. Za dlouhé roky soužití se partneři dobře znají, rozumí si a navzájem se dokonale přizpůsobili. Mají společné vzpomínky na prožité a překonané krize. Pokud zdraví slouží, vedou společenský život, cestují, poznávají nové známé atp. Při nešťastném manželství kladou pocity zklamání životem za vinu partnerovi. Při nedostatečném kontaktu s jinými lidmi se manželství uzavírá do sebe a snadno může vzniknout ponorková nemoc. V šedesáti letech se ještě uvažuje o rozvodu, aby měl jeden z manželů konečně pokoj od toho druhého. Manželé se navzájem zraňují, protože znají dokonale svá citlivá místa. V seniu se také ještě uzavírají nová manželství, staří snoubenci mají za sebou zkušenost nejistoty a samoty. Partneři chtějí mít někoho, o koho se budou moci opřít v nemoci, tísní i ve sporech s dětmi. „Mohou tak i získat šťastnou pozdní lásku, milostnou intimitu. I oni ovšem musí projít obtížným stadiem vzájemného přizpůsobování.“ (Říčan, 2004, s. 352)

Sýkorová (2007) na rozdíl od Říčana (2004) uvádí, že v průběhu dlouholetého soužití je vztah s životním partnerem prožíván jako vztah spolehlivý a prověřený. Je založen na vzájemném porozumění, úctě a ohleduplnosti, na pomoci a podpoře a v neposlední řadě jde také o citové pouto. O manželovi či manželce se často hovoří jako o životním druhovi, životní opoře, o někom, koho mají vedle sebe a mohou si s ním popovídat. Vdovci a vdovy se vracejí ve svých vzpomínkách k zemřelému životnímu partnerovi většinou v dobrém. Počítá se i s tím, že někteří si mohou svůj vztah idealizovat. Dnešní staří manželé uzavírali sňatek v době, kdy manželství mělo vysokou sociální prestiž. Díky dlouhé životní zkušenosti se dokázali povznést či vyřešit různé neshody. Svou roli tu hraje i sblížení názorů a hodnot obou manželů. Partnerský život však může být ve stáří ohrožen zdravotními potížemi spojenými se zátěží osobní péče.

Pichaud, Thareauová (1998) ve své knize uvádějí, že smrt partnera je jedna z nejtěžších zkoušek, se kterou se musí lidé vyrovnávat. Po společně strávených letech tu najednou jeden z partnerů není. Partner jenž zůstal pociťuje, jako by jedna část z jeho bytosti zemřela. Mnoho vdov i vdovců se snaží těžké období překonat a začít znovu žít. Ale i přesto se u některých starších lidí rána už nezažijí, smysl spatřují pouze v minulosti, kdy byli ještě s partnerem.

Ke vztahům mezi muži a ženami Řičan (2004) uvádí, že sexuální život ve stáří má poněkud jiný význam než v mládí. Sexualitu chápeme jako složku milostného života a ten se odehrává v lidském vztahu. Venglářová (2007, st. 65) uvádí, že *“... jednou z oblastí zájmu sexuologie jsou změny v pojetí a prožívání sexuality v průběhu života, tedy i ve stáří, kdy na to navazují problémy, sexuální dysfunkce a partnerské neshody v sexuálním životě“*. Senioři žijící v institucích mají sexuální život zasažen. Uspokojování sexuálních potřeb je u lidí trpících duševní či somatickou poruchou podstatně složitější. Frekvence sexuálních kontaktů už není tak častá jako v produktivním věku, záleží na sexuálním životě v minulosti a na vzájemné dohodě jedinců v páru. Formy sexuálního kontaktu se mohou omezit jen na doteky, které bývají zcela přirozenou variantou lidského sexuálního chování v tomto věku. Rozdíl je také mezi mužským a ženským vnímáním sexu. Ženy jsou mnohem citlivější, emotivnější a orgasmus nemusí být pro pohlavní uspokojení to nejdůležitější. Není ale žádný důvod na sex ve stáří úplně rezignovat. Mezi nejčastější sexuální dysfunkce patří u žen bolestivý pohlavní styk způsobeným nedostatečným zvlhčováním pochvy, u mužů jsou to poruchy erekce. Psychické obtíže mohou způsobit ztrátu zájmu o sex, ale většinou se dají řešit s odbornou pomocí. *„Sexualita je velmi intimní záležitost a měla by být prováděna s radostí.“* (Venglářová, 2007, st. 68)

2.4 Role dětí

Podle Alana (1989) během stáří rodičů se vzájemné vztahy s dětmi mění. V první fázi představují rodiče pro děti podporu, jak finanční, kdy přispívají dospělým dětem při zařizování nové rodiny, pomoc v domácnosti, pomocnou ruku při péči o svá vnoučata atp. Děti přijímají s povděkem, pokud jejich rodiče ještě v důchodu pracují. Jednak tím získávají finanční prostředky na tuto výpomoc, jednak mají stále náplň života, kterou jim ony samy dát nemohou. Postupem času se tento vztah obrací. Rodičům se zhoršuje zdraví, ubývá jim sil a sami potřebují podporu. Děti bývají často zaskočení situací, když péče o starého člověka vyžaduje pravidelné návštěvy, nebo i dokonce přijetí do vlastní domácnosti. Většina rodičů péči od svých potomků

očekává a dává jí přednost před jakoukoli jinou formou. Tyto situace obsahují řadu dramatických momentů.

Říčan (2004) uvádí, že rodiče okolo šedesátého roku života bývají více citově závislími na svých dětech než naopak. Někdy se své děti se snaží získávat formou úplatků v podobě koupě nového auta nebo zaplacení dovolené. Čekají, že jim taková snaha bude vrácena péčí o ně v době, kdy ji sami budou potřebovat. Závislost na dětech s přibývajícím věkem roste ať se snaží držet sebelépe, zvláště pokud zůstanou sami, s nízkým důchodem, jsou nemocní a těžce pohybliví a přátelé, kteří by jim mohli pomoci jsou sami nesoběstační, nebo zemřeli. V tomto období života přichází okamžiky pravdy, kdy senioři zjišťují, zda jsou jejich děti schopny a ochotny se o ně postarat. Jde například o hospitalizace v nemocnici, kdy je zapotřebí si vzít rodiče do své domácnosti. Některé děti se v tomto případě budou snažit o prodloužení hospitalizace z důvodu toho, že se o rodiče nemá kdo postarat, když všichni pracují. Někteří blízcí jsou naopak schopni opustit své zaměstnání, protože otec nebo matka nemohou být sami a vyžadují domácí péči.

V případě snahy o prodloužení hospitalizace nesoběstačného seniora jde často spíše než o neochotu postarat se o své stárnoucí rodinné příslušníky, o to, že stát svou legislativou nevychází dostatečně vstříc zájmu dětí o takovou péči. Při odchodu ze zaměstnání z důvodu péče o seniora je velmi těžké se zase vrátit, když je péče o starého nemocného rodiče ukončena.

„Poslední zkouška vzájemnosti – bezmocnost stáří. A jestli se nám nakonec zakalí rozum demencí, budeme na svých dětech i psychicky plně závislí – znovu jako děti.“ (Říčan, 2004, s. 362) Dále Říčan pokračuje, že největším štěstím pro starého nemocného člověka je vlídná řeč a zacházení, laskavé pohlazení. Naši stárnoucí rodiče jsou odkázáni na dobré srdce, svědomí, soucit a úctu ke stáří. Měli bychom si uvědomit, že stejně jako se my chováme ke svým rodičům, tak se jednou budou chovat k nám naše děti.

2.5 Domácí násilí

Domácí násilí je nejrozšířenější formou násilí vůbec, zároveň platí, že je nejméně kontrolovatelným a se co se týče závažnosti nejvíce podceňovaným. *„Zahrnuje všechny formy fyzického, sexuálního a psychického týrání ve všech druzích blízkých vztahů, včetně vážných pohrůzek k použití podobného násilí. Partneri nebo osoby blízké mohou žít ve společné domácnosti, mohou být rozvedeni, mohou žít odděleně, anebo spolu dlouho, či dokonce nikdy nežili. Ve většině případů jde o násilí páchané muži vůči ženám (vlastním manželkám, družkám,*

partnerkám), někdy i vůči dětem a prarodičům.“ (Matoušek a kol., 2005, s. 227)

Charakteristickým rysem pro domácí násilí je opakované, dlouhodobě stupňované týrání, kdy jedna osoba se snaží různými donucovacími prostředky ovládat jinou osobu (případně jiné osoby). Týrání může mít rozmanitou podobu ve formě nadávek, stálé kritiky, zesměšňování a ponižování, omezování osobní svobody, ekonomického vydírání, nebo vyhrožování tělesnými tresty. (Matoušek a kol., 2005)

Gjuričová, Kocourková, Koutek (2000) ve své knize uvádějí, že lidé a jejich možnosti se v průběhu života proměňují. Nejcitlivěji na tyto změny reagují blízcí členové rodiny. Omezené možnosti mohou být následkem nemoci, úrazu nebo v souvislosti s involučními změnami lidského organismu v průběhu stárnutí. Nároky seniorů kladené na blízké osoby často přináší sebou napětí ve vzájemných vztazích. Vzniká riziko použití násilí a to především u těch jedinců, kteří už mají s násilím zkušenost, a to buď jako oběť nebo jako násilník. O násilí na starých lidech se ví velice málo. Při vyhledávání dostupné literatury na toto téma, bylo zjištěno, že preferovanou skupinou co se týká zkoumání domácího násilí jsou ženy a děti. Odborné literatury která pojednává o násilí na starých lidech je nedostatek. Mám pocit, že toto téma je v naší společnosti tabu, o kterém se ví, ale moc se o něm nemluví, ani nepíše.

Starý člověk byl v minulosti většinou společností považován za pasivní objekt, a převládá názor, že jeho potřeby se věkem snižují. Za doby socialismu stát dokonce důchodcům při dosažení vyšší věkové hranice snižoval důchod, to lze chápat jako zvláštní případ ekonomického násilí. V dnešní době se situace přece jen začíná měnit k lepšímu. Stárnoucí lidé projevují zájem angažovat se ve věcech veřejných, rádi cestují, vzdělávají se na Univerzitách třetího věku, pomáhají lidem nejen ve své rodině, ale i ve svém okolí.

Pro velkou část lidí, a to převážně pro mužskou část populace je závažnou a náročnou změnou odchod do důchodu. V rodinách, kde byl muž výrazně dominantní, může při odchodu do důchodu dojít ke změně mocenské situace mezi partnery. Z tohoto důvodu může docházet ke kritice, nadávkám, nebo zesměšňování ze strany manželky. Výrazně lépe se s touto skutečností vyrovnávají ženy, jejichž náplní života nebyla jen práce, ale i péče o domácnost, kdy tato činnost jim i po odchodu z aktivního života zůstává.

Dochází také ke zdravotním potížím, kdy se musí jednotlivci a členové jeho rodiny na novou situaci adaptovat. Důsledky zjevného zdravotního problému (zlomenina atp.) jsou rodinou pochopeny a uznány. Bohužel při změnách, které nejsou zjevné nebo jsou okolí nesrozumitelné (úbytek mentálních schopností atp.), jsou ostatními zdravými členy rodiny přijímány s nepochopením, postoj blízkých vede k podceňování staršího člověka a bagatelizování daného problému. Involuční změny ve stáří probíhající u obou jedinců souběžně jsou srozumitelné jak

manželům navzájem tak i jejich dětem. Při změně jen u jednoho z dvojice může mít ten druhý pocit, že mu partner dělá něco naschvál. Zdravému člověku také může přinést pocit absolutní moci nad bezmocným blízkým a začne využívat své převahy k šikanování a k použití násilí. Velkou roli z hlediska zneužití moci hraje předchozí životní historie obou partnerů.

Podle Vykopalové (2002) jsou senioři nejrizikovější populační skupinou, protože obyvatelstvo celé Evropy stárne. Kanada a USA se snaží zmenšovat rozdíly mezi jednotlivými generacemi a již několik let hledá cesty k řešení tohoto problému, na který upozorňují poměrně podrobné statistiky přicházející právě z těchto dvou zemí. Násilí v rodině je často podceňováno a je spojeno s neochotou identifikovat viníky, z důvodu strachu, studu atp., což přímo nahrává pachatelům a poskytuje jim volné pole působnosti. Ve světě sou z tohoto důvodu zřizována Centra na pomoc seniorům, u nás zařízení tohoto charakteru chybí. V České republice slouží obětem násilí a to i seniorům Bílý kruh bezpečí, krizové linky – Dona linka, Linka důvěry, občanské sdružení Život 90, atd.

2.6 Dopad péče o seniora na život pečující osoby

Pacovský (1990) uvádí, že staří lidé potřebují péči. Péče je základním pravidlem gerontologie a má humanitární poslání. Péče o seniory má mnoho různých podob a je zabezpečována podle jejich potřeb.

„Rodina je již od nepaměti pokládána za základní stavební jednotku každé moderní civilizované společnosti. Původní orientační rodina je prostředím, ve kterém na tento svět přicházíme, v ní trávíme své dětství i dospívání. Později zakládáme své vlastní rodiny, abychom v nich prožili převážnou část dospělosti, rodina nás zpravidla doprovází i na naší cestě z tohoto světa .(Příručka pro pečovatele, 1998, s. 6) Tato příručka pečovatele, je určena všem, kteří se v rodině starají o starého nesoběstačného seniora který částečně nebo úplně ztratil schopnost sebeobsluhy. Může se jednat o stavy po cévní mozkové příhodě, úrazy hlavy a páteře, Parkinsonovu chorobu, demenci Alzheimerova typu atp.

Mlýnková (Sociální péče 6/2009) se zabývá stresujícími situacemi v práci pečujících a také tím, kam až mohou vést neuspokojené potřeby pečovatele. Povolání pečovatele je velmi náročné a vyčerpávající profesí po stránce fyzické i psychické. To samozřejmě platí i pro laické pečovatele, kteří se starají o nemocné dítě či o nemocné rodiče. Mohou se u nich prolínat smíšené pocity, na jedné straně uspokojení z péče o nemocného člena rodiny, na druhé straně mohou takové osoby trpět rozmrzelostí ze ztráty soukromí a ztrátou duševní rovnováhy. O to víc

je pro pečovatele náročnější sledovat, jak senior postupně slábne a zhoršuje se jeho zdravotní stav. Pocity bezmoci vedou k pocitu viny a stresu, zda udělali vše pro jejich nemocného blízkého člověka. Pečující osoba musí z tohoto důvodu mít možnost odpočívat, nabírat síly, energii a myslet i sama na sebe. Nemoci a umírání jsou běžnou součástí života a není nutné se sebeobviňovat. Úkolem laických pečovatелů je uvědomit si, co je v jejich silách, stanovit si reálné cíle a ujasnit si v jakém rozsahu jsou schopni péči poskytovat. Musí si uvědomit, že jsou to právě oni, kdo musí zůstat fit. Při nezvládnání péče o svého člena rodiny se může laický pečovatel obrátit na některého z poskytovatelů sociálních služeb. V současné době existuje široká nabídka sociální a zdravotní pomoci poskytovaná státními i nestátními organizacemi, která slouží i k tomu, aby si rodinní příslušníci mohli odpočinout nebo odjet na dovolenou. Při nedostatečné regeneraci organismu hrozí syndrom vyhoření. Mnozí pečovatelé řeší stres užíváním návykových látek, pitím alkoholu, kouřením atp. Aby k vyhoření osobnosti nedošlo, je důležité aby si pečující uvědomil, co ho stresuje a ubírá mu energii. V těchto situacích je důležité aby pečovatel nezůstal pasivní, je zapotřebí aby sám hledal způsob, jak čelit složité životní situaci, nenechával na sebe stresory působit tak dlouho, než se z toho zhroutí, protože pak už může být pozdě na jeho záchranu. Pro lepší zvládnání stresu je důležité aby pečující osoba dbala na dobré vztahy s přáteli, věnovala se svým koníčkům a příjemným aktivitám, doporučováno je cvičení a relaxace, které přináší psychické i tělesné uvolnění.

Příručka pro pečovatele (1998) popisuje, nejběžnější pečovatelské problémy spojené s péčí o seniory kterými jsou:

- tělesná zátěž – poskytování péče o bezmocnou osobu je fyzicky náročné, zvláště pokud pečovatel má ještě svou vlastní domácnost, je vyčerpávající se starat i o domácnost bezmocné osoby. Zatěžující je také osobní péče při kontrole léků, udržování hygieny (inkontinence, kolostomie atp.), při přemísťování osoby s omezenou hybností může dojít k poranění pečovatele.
- finanční zátěž – pokud jde o služby, které členové rodiny nemohou nebo nezvládnou poskytovat (ošetřovatelské, rehabilitační atp.), je nutné se rozhodnout, jak tato služba bude zajištěna a uhrazena. Pobírá-li osoba která ztratila schopnost své vlastní sebeobsluhy příspěvek na péči jsou tyto služby hrazeny z příspěvku, při nedostatečné úhradě se finančně podílí i rodina.
- zátěž plynoucí z okolního prostředí – zvolit vhodné místo pobytu příjemce péče, při rozhodnutí zůstat ve své domácnosti je nezbytné nainstalovat potřebné pomůcky, provést zásadní změny v každodenním rozvrhu činností. Pokud příjemce péče nemůže zůstat ve své domácnosti, je

nutné hledat jiná alternativní řešení (přestěhování k příbuznému, byt zvláštního určení, domov pro seniory atp.).

- sociální zátěž – při poskytování osobní péče může dojít k izolaci pečovatele od rodiny, přátel a společenského života, pečovatel se cítí unavený, a výsledkem může být vztek a odpor k pečující osobě.

- citová zátěž – všechny výše uvedené typy zátěže mohou vyústit v citovou zátěž. Pečovatel nemůže svobodně rozhodovat o svém volném čase, musí se vyrovnat s velkou zodpovědností a zvýšenou závislostí příjemce péče.

„U členů rodiny, kteří poskytují pečovatelskou službu, mohou různé formy zátěže vyvolat řadu nepříjemných pocitů. Výsledkem může být hněv, odpor a znechucení z trvalé odpovědnosti a pocit izolace a ztráty duševní rovnováhy.“ (Příručka pečovatele, 1998, s. 13) Mohou se objevit dávno nevyřešené konflikty a u pečovatele touha zbavit se svého břemene umístěním příjemce péče do zařízení poskytujícího pobytové sociální služby, nebo dokonce přání jeho smrti.

3 PÉČE O SENIORY V RÁMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Systém sociálních služeb v České republice je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální služby nabízejí pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

„Zákon o sociálních službách rozlišuje tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány, a to služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pojmovým znakem pobytových sociálních služeb je poskytování ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními sociálními službami se rozumí takové druhy služeb, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, jejich součástí však není ubytování. Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí osob, například v domácnostech nebo v místech, kde osoby pracují nebo se vzdělávají. Rozlišení formy sociálních služeb má v systému zákona význam též z hlediska stanovení způsobu úhrady za poskytované služby a stanovení dalších specifických podmínek a povinností poskytovatelů.“
(Králová, Rážová, 2009, s. 68 - 69)

3.1 Péče v přirozeném prostředí s možností využití sociálních služeb

Podle výkladu Králové a Rážové (2009) pečovatelská služba zajišťuje sociální službu osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o službu terénní nebo ambulantní. Pečovatelská služba poskytuje předem dohodnuté úkony v daném časovém úseku, a to především v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb, například v centrech denních služeb. Domácností osob se taktéž rozumí byt v domě s pečovatelskou službou, jejíž zřizovatelem je obec, která si stanovuje podmínky pro umístění osob. Podmínkou pro umístění je vymezení věku a zdravotního stavu žadatele a využívání služeb pečovatelské služby. Při zhoršení zdravotního stavu klienta, kdy pečovatelská služba nebude dostačující, bude zapotřebí umístění seniora v jiném vhodném zařízení sociálních služeb a ukončení bydlení v domě. Jedná se o byty zvláštního určení, ve kterých jsou poskytovány terénní a ambulantní sociální služby.

Pečovateľská služba obsahuje tieto základné činnosti a úkony:

- zajišťuje pomoc pri zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajišťování chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Cílem služeb je umožnit setrvat člověku co nejdéle v domácím prostředí, žít běžným způsobem života a zachovat si vlastní životní styl. Cílovou skupinu tvoří uživatelé, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického nebo zdravotního postižení, vyžadující pomoc jiné osoby. Převažující skupinu tvoří senioři.

Další službou sociální péče je osobní asistence, která je terénní sociální službou a je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje také pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba zabezpečuje potřeby osob z hlediska časového vymezení v průběhu celého dne i noci bez omezení, a to v domácnosti nebo v jiném přirozeném sociálním prostředí osob. Osobní asistence obsahuje tyto základné činnosti a úkony:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv,
- oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální službou, která je poskytována osobám, se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem této služby je podpora osob, které žijí ve vlastní domácnosti: (Králová, Rážová, 2009)

- služba zajišťuje pomoc při chodu domácnosti,
- výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenských prostředím,

- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.2 Institucionální forma péče

Odlehčovací služby mohou poskytovat terénní, ambulantní nebo pobytové služby. Slouží osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Zpravidla o tyto osoby pečuje rodina nebo jiné osoby v jejich domácím prostředí. Cílem této sociální služby je zajistit potřebný odpočinek pro pečující osoby nebo v době, kdy pečující osoba musí nastoupit do zdravotnického zařízení, ústavní péče, nebo lázeňský pobyt. Služba se poskytuje jen na přechodnou dobu.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tyto osoby potřebují pomoc při zajištění péče o vlastní osobu, podporu svých schopností a dovedností a poskytnutím služeb, které si samy nezajistí.

Denní stacionáře (dříve denní pobyty) jsou ambulantní sociální služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním. Je určena těm, kteří potřebují pravidelnou pomoc v osobní péči a soběstačností. Služba se poskytuje jen v průběhu denních hodin, odpoledne nebo večer se klient vrací do svého domácího prostředí. Kromě denních stacionářů jsou ještě týdenní stacionáře (dříve týdenní pobyty), které poskytují služby v pracovních dnech, o víkendech zůstávají tyto osoby ve svém domácím prostředí.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením zajišťují sociální služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o trvalou péči v zařízeních nahrazující domácí prostředí.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové sociální služby osobám, které mají z důvodu vyššího věku sníženou soběstačnost a potřebují pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. V případě že, z důvodu nepříznivé sociální situace nejsou senioři schopni sami žít ve vlastní

domácnosti. Domov pro seniory jim nahrazuje domácí prostředí, kde mají zajištěnou komplexní péči.

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny osobám se specifickými potřebami vyplývajícími z jejich onemocnění. Je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které vyžadují pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby. Tato specializovaná pomoc je poskytována jednomu okruhu osob nebo i osobám s několika obdobnými typy onemocnění.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou pro osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale z důvodu svého zdravotního stavu se neobejdou bez pomoci jiné fyzické osoby. Nejsou propuštěny do té doby, než mají zabezpečenou pomoc osobou blízkou, jinou fyzickou osobou nebo zajištěnou terénní, osobní nebo pobytovou sociální službou. (Králová, Rážová, 2009).

3.3 Hospicová péče

Matoušek a kol. (2005) uvádějí, že každý člověk má právo na důstojnou smrt, bohužel v praxi to bývá mnohem složitější. Problémem mnoha pečujících je neadekvátní chápání procesu umírání a smrti. „*Jestliže pacientova rodina nechápe proces umírání jako mimořádně důležitý a neopakovatelný úsek lidského života, pak vědomě či nevědomě umírajícího vyloučí ze svého společenství a odevzdá ho odborníkům. Za této situace je umírající izolován od svých nejbližších, může se za bílou plentou cítit jako pouhý případ, jako věc.*“ (Matoušek a kol., 2005, s. 195) Smrt každého člověka je osobní a jedinečná, každý před smrtí bilancuje a v této fázi svého života potřebuje lásku a úctu druhých, potřebu být doprovázen. Mnoho lidí si přeje náhlé a nečekané úmrtí, ale o kolik lásky by byl svět chudší, kdyby mu právě nemocní a umírající nedávali každý den příležitost lásku projevit. Utopií by bylo odstranění utrpení ze života, už proto, že smrt k životu zákonitě patří. Pochopit smysl utrpení může být největší pomocí nemocnému a jeho rodině.

Dále Matoušek a kol. pokračují, že zlidštění procesu umírání se snaží řešit hospice. V České republice bylo počátkem roku 2009 celkem 13 lůžkových hospiců a několik domácích (mobilních) hospiců. Uživateli těchto zařízení jsou nejčastěji nemocní v terminálním stádiu

onkologického onemocnění. V hospicích je pacientům poskytována převážně paliativní léčba a péče. *“Neznamená to však, že každý kdo je do hospice přijat, tam musí zemřít. Pomine-li důvod přijetí pacienta do lůžkového hospice, vrací se domů.”* (Matoušek a kol., 2005, s. 201)

Při zvládnutí bolesti a jiných symptomů je možné v léčbě pokračovat v domácím prostředí. Nemocný je do hospice přijímán na základě vlastní žádosti a je poučen o tom, že úkolem lékařské péče v tomto zařízení je pouze tišení bolesti. Touto cestou je možné zlepšit kvalitu života umírajících. Průměrná doba pobytu trvá tři až čtyři týdny a přibližně třetina nemocných se vrací do domácí péče. Kromě lidí v seniorském věku přibývá i nemocných středního věku, a na základě nárůstu nádorových onemocnění, vznikají i hospice dětské. Všechny hospice se řídí zásadou: *„Pomáhat v umírání – ano, pomáhat k smrti – ne, neslibujeme uzdravení, ale také nebereme naději, slibujeme léčitelnost“* (Matoušek a kol 2005, st. 203). Pacienti hospiců vědí, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována jejich lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstanou sami. Denní režim hospiců se výrazně liší od režimu dne v klasických nemocnicích. Vše je přizpůsobeno nemocnému, zařízení jim umožňuje návštěvy 24 hodin denně, 365 dnů v roce. Hospicová péče se také liší od nemocniční tím, že úmrtím pacienta péče nekončí, ale je-li potřeba, pokračuje i v podobě péče o pozůstalé. Při ztrátě blízké osoby někdy stačí lidsky upřímná podpora formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, ale hlavně empatické naslouchání, které poskytují speciálně vyškolené zdravotní sestry, lékař nebo sociální pracovník.

4 DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE

Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou sociální situaci nebo nepříznivé životní poměry. Sociální péče je charakterizována vysokou mírou individualizace při posuzování existence nároku na plnění i při plnění samotném. (Králová, 2010)

Tento přehled dávek sociální péče je uveden se zaměřením pouze na cílovou skupinu seniorů, o které tato bakalářská práce pojednává, a kteří mohou být občany se zdravotním znevýhodněním.

4.1 Příspěvek na péči sloužící k zajištění péče o nesoběstačného seniora

System sociálních služeb v České republice je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služby nabízejí pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posilují schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby je poskytována dávka sociální péče - příspěvek na péči. Náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti péče o vlastní osobu a v úkonech soběstačnosti.

Příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný při existenci určitého zdravotního znevýhodnění je u každého člověka individuální. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů uvádí čtyři stupně závislosti, a to podle věku a stupně závislosti příjemce příspěvku na pomoci jiné osoby:

- a) **I. stupeň** (lehká závislost) – ve výši **800,--Kč** (do 31.12.2010 byla vyplácena částka 2.000,--Kč , která se změnila v souvislosti s úsporných opatření v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí, kdy došlo i ke změně výše uvedeného zákona) - jestliže osoba potřebuje každodenní pomoc či dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- b) **II. stupeň** (středně těžká závislost) – ve výši **4.000,--Kč** - jestliže osoba potřebuje každodenní pomoc či dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- c) **III. stupeň** (těžká závislost) – ve výši **8.000,--Kč** - jestliže osoba potřebuje každodenní pomoc či dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- d) **IV. stupeň** (úplná závislost) – ve výši **12.000,--Kč** - jestliže osoba potřebuje každodenní pomoc či dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.

Žadatel o příspěvek na péči musí dodržet zákonem stanovené povinnosti. O příspěvek je možné požádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý pobyt. Na základě podané žádosti na předepsaných tiskopisech MPSV provede sociální pracovník sociální šetření v přirozeném prostředí. Toto sociální šetření vychází z rozhovorů s žadatelem a dalšími relevantními osobami, z pozorování prostředí, ve kterém žadatel žije, a z chování žadatele a dalších osob v době sociálního šetření. Jde vlastně o polostandardizovaný rozhovor, kdy jedna jeho část je volná a druhá část je prováděna formou dotazníku s předem přesně stanovenými otázkami a možnostmi odpovědí. Účelem je zjišťování schopnosti žadatele zvládnout úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. Které jsou:

I. Úkony péče o vlastní osobu:

- a) příprava stravy,*
- b) podávání a porcování stravy,*
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,*
- d) mytí těla,*
- e) koupaní nebo sprchování,*
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,*

- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,*
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,*
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,*
- j) stání, schopnost vydržet stát,*
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,*
- l) chůze po rovině,*
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,*
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,*
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,*
- p) orientace v přirozeném prostředí,*
- q) provedení si jednoduchého ošetření,*
- r) dodržování léčebného režimu.*

II. Úkony soběstačnosti:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,*
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,*
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,*
- d) obstarávání osobních záležitostí,*
- e) uspořádání času, plánování života,*
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,*
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů,*
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,*
- i) mytí nádobí,*
- j) péče o úklid v domácnosti,*
- k) péče o prádlo,*
- l) přepírání drobného prádla,*
- m) péče o lůžko,*
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,*
- o) manipulace s kohouty a vypínači,*
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,*
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,*
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti (Králová, Rážová, 2009, s. 304 - 310)*

K 1.1.2011 došlo i ke změně sociálního šetření v rámci systému příspěvku na péči, kde výstupem sociálního šetření je písemný záznam, který obsahuje popis situace žadatele z hlediska těchto okruhů:

- *schopnost pečovat o vlastní osobu,*
- *výdělečná činnost / školní povinnost,*
- *rodinné vztahy,*
- *sociální vztahový rámec (mimo rodinu),*
- *domácnost,*
- *prostředí (zákon č. 347/2010Sb., poslední novela k zákonu č. 108/2006).*

Po provedení sociálního šetření se žádostí o příspěvek na péči zabývá lékař posudkové služby příslušné okresní správy sociálního zabezpečení, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele pečovat o sebe a být soběstačným a vychází přitom z výpisu ze zdravotní dokumentace žadatele a výsledku sociálního šetření, které je jedním ze závazných podkladů pro vyhotovení zdravotního posudku pro účely rozhodování o příspěvku na péči. O tom, zda bude příspěvek přiznán či nikoliv, rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě výše uvedeného zdravotního posudku. (Králová, Rážová, 2009)

4.2 Dávky sociální péče pro těžce zdravotně znevýhodněné občany

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Poskytují se podle § 31 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů občanům s těžkým zdravotním postižením podle jeho stupně a druhu. Často jsou předpokladem pro vznik nároku na některou dávku sociální péče. S přiznáním mimořádných výhod jsou spojeny některé další úlevy v oblasti daňové, správních poplatků, ale i placení pojistného

na všeobecné zdravotní pojištění atp. O přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany je možné požádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý pobyt. Tento rozhoduje na základě zdravotního posudku, který je vyhotoven lékařem posudkové služby příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.

Mimořádné výhody se poskytují občanům starším jednoho roku, kteří jsou těžce zdravotně postižení podle přílohy č. 2 která je součástí této prováděcí vyhlášky. Jde o zdravotní omezení které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost.. Podle druhu a stupně postižení se poskytují mimořádné výhody I., II. a III. stupně podle přílohy 3, která je součástí této vyhlášky. Osobě které jsou mimořádné výhody rozhodnutím obecního úřadu s rozšířenou působností přiznány, vystaví tento správní orgán průkaz dle přiznaného stupně mimořádných výhod s označením TP (určen pro občany s těžkým postižením), ZTP (pro občany zvláště těžce postižené) nebo ZTP/P (pro občany zvláště těžce postižené s potřebou průvodce), který jej opravňuje například k nároku na přednost při projednávání osobních záležitostí, ke slevám jízdného veřejné hromadné dopravy atp.(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

Dalšími příspěvky sociální péče pro těžce zdravotně postižené občany o které je možné požádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý pobyt, a o kterých tento rozhoduje na základě zdravotního posudku, který je vyhotoven lékařem posudkové služby příslušné okresní správy sociálního zabezpečení jsou například:

Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Je určen podle § 33 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů občanům těžce zdravotně postiženým na opatření pomůcek, které jsou nutné pro odstranění, zmírnění nebo překonání následků postižení a které nepropůjčuje nebo plně nehradí příslušná zdravotní pojišťovna. Pokud zdravotní pojišťovna hradí potřebnou pomůcku, nebo její část, přihlíží se při stanovení výše příspěvku k této skutečnosti. Žadatel se předem zavazuje, že za určitých okolností vrátí příspěvek nebo jeho část. Jde především o občany tělesně, zrakově a sluchově znevýhodněné.(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

Příspěvek na úpravu bytu

Poskytuje se podle § 34 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícím ve značném rozsahu jejich pohyblivost a občanům úplně nebo prakticky nevidomým se poskytuje příspěvek na úpravu bytu, který užívají k trvalému bydlení. Je určen k přizpůsobení bytu, který je užíván k trvalému bydlení, potřebám občana.(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Je určen podle § 35 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů pro občany s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze 5 písmenech a) až g) výše uvedené vyhlášky občanovi, který bude vozidlo používat pro svou vlastní dopravu. Podmínkou je, že není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, případně ve zdravotnickém zařízení a je odkázán na individuální dopravu. Příspěvek lze poskytnout také rodiči nezaopatřeného dítěte staršího 3 let s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí která je uvedena v příloze č. 5 písmenech a) až g) vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, úplně nebo prakticky nevidomému nebo dítěti s mentálním postižením které odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně, jehož rodič bude motorové vozidlo používat pro jeho dopravu. Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla může činit až 100 000,- Kč, výše příspěvku na opravu motorového vozidla se poskytuje do výše 60 000,- Kč. Při rozhodování o výši příspěvku se přihlíží k celkovým majetkovým poměrům. Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytne občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí podle přílohy č. 5 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, pokud motorové

vozidlo řídí sám, a pro své trvalé zdravotní postižení zvláštní úpravu motorového vozidla nezbytně potřebuje. Ve všech případech se žadatel zavazuje, že za určitých okolností uvedených v § 7, písmene a), b), c) a d) vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů příspěvek nebo jeho část vrátí.(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

Příspěvek na provoz motorového vozidla

Tento příspěvek se poskytne podle § 36 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, v případě, že zdravotní postižení samotného žadatele, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod ve II. nebo ve III. stupni, s výjimkou postižení praktickou hluchotou, pokud tato osoba bude motorové vozidlo používat pro svoji pravidelnou dopravu. Příspěvek na provoz motorového vozidla může být rovněž poskytnut osobě, která dopravuje osobu blízkou, které byly přiznány mimořádné výhody ve II. nebo ve III. stupni, s výjimkou postižení praktickou hluchotou. Výše příspěvku je určena taxativně a vyplácí se na období jednoho kalendářního roku. V současné době činí výše příspěvku na provoz motorového vozidla:

- 7.920,- Kč u občanů, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod III. stupně (3.360,- Kč u jednostranného vozidla)
- 3.000,- Kč u občanů, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod II. stupně (1.150,- Kč u jednostranného vozidla).(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

Příspěvek na individuální dopravu

Podle § 37 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů se tento příspěvek poskytuje občanovi s těžkou vadou pohybového nebo nosného ústrojí podle přílohy č. 5 písmene a) až g) této vyhlášky, občanovi úplně nebo prakticky nevidomému. Tyto osoby

přítom nesmějí být zároveň vlastníky nebo provozovateli motorového vozidla ani osobami, které jsou dopravovány vozidlem, na které byl poskytnut příspěvek na provoz motorového vozidla. Příspěvek na individuální dopravu v současné době činí 6.500,- Kč.(Úplné znění: Sociální zabezpečení, 2009)

II EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍL A OBSAH EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Cílem empirické části práce je prostřednictvím popisu jednotlivých případů péče o seniory v rámci rodiny identifikovat hlavní problémy, které mohou v rámci této péče vzniknout. Jak již bylo výše naznačeno, potíží, se kterými může být péče o seniora v rámci rodiny spojena, je celá řada. Snahou této práce je zmapovat především ty, které vznikají bezprostředně po tom, kdy se senior stane nesoběstačným do té míry, že je na péči druhé osoby závislý a není schopen samostatného života. Pozornost je věnována dopadu této situace na rodinné příslušníky, kteří jsou nuceni vzniklou situaci řešit, roli sociálního pracovníka, který v této situaci do rodiny přichází, způsobu podpory a pomoci, kterou seniorovi a jeho rodině poskytuje a zprostředkovává, a také podmínkám, které mohou v dané situaci poskytování péče v rámci rodiny komplikovat nebo naopak usnadňovat.

Uvedené případové studie jsou podloženy dlouholetou praxí sociálního pracovníka Magistrátu města Přerova, Odboru sociálních dávek. Jedná se o obec s rozšířenou působností, kde byl kromě dávek sociální péče podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, do 31.12. 2006 poskytován příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. Výplata tohoto příspěvku náležela osobě pečující. Od 1.1. 2007 došlo ke změně zákonných norem, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost zanikly a byly nahrazeny příspěvkem na péči, který je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tento příspěvek je poskytován přímo osobě, která sama péči potřebuje s tím, že tato osoba rozhoduje o jeho využití. Příjemci příspěvku jsou osoby zdravotně postižené a ve většině případů senioři, kteří už nedokážou zajistit péči o vlastní osobu a soběstačnost jen svými silami a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Případové studie zahrnují jak případy, kdy péče o seniora v rámci rodiny funguje a příspěvek na péči je využíván k účelu, pro který je určen, tak případy, kdy rodina péči o nesoběstačného seniora zajistit nedokáže a seniorovi je zprostředkována institucionální péče. Popsána je také situace, ve které je příspěvek na péči zneužíván.

6 METODIKA SBĚRU DAT A VÝBĚR PŘÍPADŮ

Případová studie je specifickou technikou kvalitativního výzkumu. Jde o výzkum jedné situace – případu. Popis tohoto případu je zaznamenán z hlediska jeho vzniku, vývoje a okolností, které tento vývoj ovlivnily. Jeho smyslem je získat vhled do souvislostí daného problému a porozumět mu (Disman, 1998) .

Jako hlavní techniky pro sběr dat byly použity pozorování a rozhovor. V rámci uvedených případových studií šlo o nestandardizované (nestrukturované) pozorování, jehož cílem bylo zmapovat nejpodstatnější skutečnosti a souvislosti vztahující se k zajištění péče o seniora v dané situaci. Většinou se jednalo o pozorování krátkodobé, které proběhlo jednorázově v rámci návštěvy seniora při sociálním šetření. Rozhovor byl při získávání dat veden se samotným seniorem, s osobami, kterým mu v rámci rodiny zajišťovaly péči, a s dalšími relevantními osobami (sousedy, lékaři, pracovníci pečovatelské služby aj.). V případě rozhovoru při samotném sociálním šetření šlo o rozhovor polostandardizovaný, kdy jedna jeho část byla volná a druhá část byla prováděna formou dotazníku s předem přesně stanovenými otázkami a možnostmi odpovědí, který je dán zákonem a sociální pracovník jej vyplňuje při sociálním šetření v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči.

Při výběru popsanych případů byl použit záměrný výběr. Šlo o výběr případů, které jsou v rámci mé praxe do jisté míry typické a ilustrují daný problém.

7 PŘÍPADOVÉ STUDIE

7.1 Případová studie - dezorientovaný osamělý senior

Uvedená případová studie je popisem situace starého osamělého seniora, který byl postižen mozkovou mrtvicí. Tento muž žil sám v zanedbaném bytě, jeho manželka mu zemřela před třemi lety. Po úmrtí své životní partnerky začal citově strádat, neměl žádné děti, jen vzdálené příbuzné na Slovensku. Jmenovaného jsem navštívila na základě žádosti jeho souseda.

Zkoumaná osoba: pan M. J., muž, narozen v roce 1939, vyučený.

Poskytovatel sociálních služeb: Pečovatelská služba.

Lokalita trvalého pobytu: Kraj Olomoucký, město Přerov, byt ve 2. patře panelového domu, na okraji města.

Datum prvního kontaktu: 21. 7. 2009

Magistrát města Přerova, Odbor sociálních dávek, oddělení pro staré a zdravotně postižené občany, přišel požádat o pomoc pan J. H. při řešení problémů se svým sousedem panem M. J. Jednalo se asi o sedmdesátiletého muže, který se choval zmateně a neustále se dobýval do bytu svých sousedů v domnění, že jde do vlastního bytu. Často se dožadoval jídla, někdy býval i agresivní. Vzhledem k tomu, že není známo, zda má nějaké příbuzné, přišel pan J.H. na úřad.

Jmenovaný byl navštíven sociální pracovníci ve svém dvoupokojovém bytě, kde byla obyvatelná jen kuchyň, zbývající místnosti byly zaskládané nepoužitými věcmi. Pan M. J. působil zanedbaným dojmem, zapáchala celá jeho domácnost. Při šetření bylo zjištěno, že jmenovaný je vdovec, bezdětný, má vzdálené příbuzné, kteří bydlí na Slovensku, ale se kterými není v kontaktu. U praktické lékařky nebyl již několik let a nenavštěvuje ani žádného odborného lékaře. Před několika lety prodělal mozkovou mrtvici s následným částečným ochrnutím levé poloviny těla. Levá ruka nebyla funkční, měl ji ochrnutou, špatně chodil i mluvil. Z důvodů obav z hospitalizace v nemocnici, nenavštívil žádného lékaře. Nenakupoval si, nevycházel z domu. Byl odkázán na to, co mu donesou sousedi, když neměl peníze, o jídlo žádonil.

S panem M. J. byly vyplněny tiskopisy žádosti o příspěvek na péči s cílem získat finanční prostředky potřebné k zajištění pečovatelské služby. Po provedení sociálního šetření mapujícího nakolik pan M. J. zvládá zajistit péči o vlastní osobu a soběstačnost a nakolik potřebuje pomoc jiné fyzické osoby, byla požádána příslušná okresní správa sociálního zabezpečení o posouzení zdravotního stavu pana M. J. Na základě žádosti Okresní správy sociálního zabezpečení v Přerově o zaslání výpisu ze zdravotní dokumentace navštívila jmenovaného jeho praktická lékařka za účelem zjištění jeho aktuálního zdravotního stavu. Při celkovém vyšetření bylo potvrzeno, že před několika lety prodělal pan M. J. mozkovou příhodu. Protože neproběhla žádná léčba ani rehabilitace, došlo k ochrnutí levé ruky, ke zhoršené chůzi a v důsledku této události pan M. J špatně artikuluje. Byla rovněž diagnostikována počáteční fáze Alzheimerovy choroby.

Vzhledem k tomu, že je pravděpodobné, že se u pana M. J. bude jeho zdravotní stav dále zhoršovat, byla pečovatelkou sepsána žádost o přijetí do Domova pro seniory v Přerově, který je registrovaným poskytovatelem pobytové sociální služby domov pro seniory se zvláštním

režimem. Panu M. J. byl po obdržení výsledku posouzení z Okresní správy sociálního zabezpečení přiznán příspěvek na péči ve II.stupni.

Na základě sdělení pečovatelek, které zajišťují jmenovanému osobní asistenci, bylo zjištěno, že zdravotní stav pana M. J. se postupně zhoršoval. Byl inkontinentní, odmítal používat plenkové kalhotky. Pan M. J. začal být ke svému okolí apatický, odmítal vstávat z postele. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu byl s panem M. J. sepsán návrh na zvýšení přiznaného příspěvku na péči. Protože nebyl schopen podpisu, ustanovil Magistrát města Přerova opatrovníka pro řízení a zvláštního příjemce dávky pro výplatu stávajícího příspěvku.

Asi za měsíc Magistrát města Přerova kontaktovala pečovatelka, která sdělila, že pan M. J. prodělal doma další mozkovou příhodu a byl hospitalizován v nemocnici v Přerově na oddělení LDN (léčebna dlouhodobě nemocných). Zdravotní stav se po dobu hospitalizace nezlepšoval, pan M. J. byl nadále dezorientovaný. Vzhledem k tomu, že pečovatelská služba není schopna zajistit z důvodu nepříznivého zdravotního stavu osobám stálou zdravotní péči nebo trvalý dohled byla kontaktována sociální pracovnice Domova pro seniory Přerov a bylo dohodnuto, že po uvolnění místa v domově, bude jmenovaný přijat.

7.2 Případová studie – dezorientovaný senior – stav způsobený psychickým stresem a podvýživou

Tato případová studie pojednává o staré paní, která žila ve společné domácnosti se svou matkou. Rodinu byla navštívena za účelem sociálního šetření, na základě žádosti o přiznání příspěvku na péči. Mezi oběma ženami byly velmi špatné vztahy, které způsobily, že stará žena se následkem nedostatečné výživy a psychického vydírání své dcery ocitla ve stavu naprosté zmatenosti a tělesné vyčerpanosti ve zdravotnickém zařízení.

Zkoumaná osoba: paní M. H. žena, rok narození 1924, tři děti – dvě dcery, jedna z nich v současné době žijící v domácnosti své matky, druhá zemřela před několika lety, syn s rodinou žijící v Praze.

Pečující osoba: dcera bez pracovního poměru.

Lokalita trvalého pobytu: Kraj Olomoucký, město Přerov,

byt v 1. patře panelového domu, nedaleko od centra města .

Datum prvního kontaktu: 2. 7. 2009

Domácnost paní M. H. byla navštívena dne 2. 7. 2009 v odpoledních hodinách. Přítomna byla i její dcera, paní M. M., rok narození 1955, která v bytě své matky neměla trvalé bydliště, byla uvedena jako osoba pečující.

Celá domácnost působila velmi stísněným dojmem, zřejmě zde již dlouho nikdo neuklízěl. Stará paní seděla v obývacím pokoji, celá schoulená v křesle. Vypadala, jakoby byla duchem nepřítomna. Dcera sdělila, že má zrovna nějakou virózu. O své matce mluvila nezúčastněně, bez jakýchkoliv emocí popisovala její zdravotní stav. Uvedla, že matka je úplně zmatená, že není orientovaná v čase a místě. Neudrží rovnováhu, padá na zem, je potřeba ji neustále kontrolovat. Stará paní nic nenamítala, jen pokyvovala hlavou, na otázky směřované přímo k ní odpovídala mlhavě a neurčitě, na svoji dceru se prakticky nepodívala. Z jejího chování bylo zřejmé, že v domácnosti není něco v pořádku.

Dne 13. 7. 2009 bylo zjištěno na základě informace syna paní M. H., že situace se zásadním způsobem změnila. Dcera paní M. H. dne 6. 7. 2009 zemřela na celkové selhání organismu. Příznaky virózy, jak je paní M. M. popisovala během návštěvy sociální pracovnice, se ukázaly jako stav způsobený dlouhodobým alkoholismem. Paní M.H. byla hospitalizována v nemocnici Přerov s diagnózou nedodržování léčebného režimu a podvýživy, která způsobila vyčerpání organismu a jež se projevovala po stránce psychické jako počínající demence.

Syn paní M. H. následně popsal situaci, která v domácnosti jeho matky probíhala zcela skrytě. Dcera paní M. H. na své matce prakticky parazitovala. Sama byla alkoholik a gambler. O svůj vlastní byt přišla kvůli dluhům, které byly následkem neplacení úvěrů a půjček které uzavřela u různých bank a jiných společností. Bratr paní M. M. předložil rozpis jejich dluhů, které získal u exekutorského úřadu. Jejich částka dosahovala několik set tisíc korun. Paní M. M. dle tvrzení svého bratra poté, co přišla o svůj byt, bydlela prakticky tajně ve sklepě domu své matky. Ta ji po nějaké době vzala k sobě do domácnosti. Následně paní M. H. začala zjišťovat, že se jí začínají ztrácet peníze, věci z bytu a podobně. Dcera si vždy vymyslela nějaký srdceryvný příběh, kterým svou matku zcela odzbrojila. Nakonec si celý její důchod přivlastňovala úplně automaticky, peníze si brala na nákupy, kdy své matce přinesla jen to nejnnutnější na přežití, ale na léky které paní potřebovala, již nezbyvaly žádné finanční prostředky. Paní M. H. postupně chřadla, její syn, který se snažil na dálku situaci řešit neuspěl. Paní M. H. se prý cítila za svoji dceru zodpovědná a vinu brala částečně na sebe. Následkem špatné a nedostatečné výživy došlo k fyzickému i psychickému úpadku staré paní. Jednalo se

o jeden z případů, kdy lze jen velmi těžko rozlišit demenci způsobenou špatnou funkcí mozku od stavu podvýživy, kdy začínají selhávat životní funkce.

Následně bylo zjištěno, že paní M. H. po svém propuštění z nemocnice měla jediný cíl – zaplatit dluhy své zemřelé dcery, aby mohla z tohoto světa čestně odejít.

7.3 Případová studie – senior s těžkou demencí – stav způsobený Alzheimerovou chorobou

Uvedená případová studie je popisem situace seniora, který byl postižen Alzheimerovou chorobou v konečném stádiu tohoto onemocnění. Muž žil ve společné domácnosti se svou manželkou, která s ním prožila celý život ve spokojeném manželství. Jednalo se o vysokoškolsky vzdělaného člověka s dobrým postavením, který celý život zajišťoval velmi dobrou životní úroveň svých blízkých. Tato rodina byla navštívena za účelem sociálního šetření na základě žádosti o přiznání příspěvku na péči.

Zkoumaná osoba: pan J. Š., muž, rok narození 1932, dvě děti – synové, oba vysokoškolsky vzdělání žijící v jiném městě.

Pečující osoba: manželka v důchodovém věku.

Lokalita trvalého pobytu: Kraj Olomoucký, město Přerov,
byt ve 4. patře cihlového domu, nedaleko od centra města.

Datum prvního kontaktu: 5. 9. 2008.

Sociální šetření bylo provedeno u muže ve věku 75 let v pokročilém stádiu Alzheimerovy nemoci. Domácnost byla navštívena, protože bylo požádáno o příspěvek na péči. Pan J. Š. žil se svou manželkou, která o něho pečovala. Jednalo se o člověka s vysokoškolským vzděláním, který kdysi zastával významnou funkci v podniku, ve kterém pracoval celý život. Jeho manželka do poslední chvíle nechtěla připustit, že by péči nezvládla, odmítala manžela umístit do zařízení poskytujícího pobytové sociální služby. Celá domácnost, včetně kobereců a veškerého nábytku, byla potažená igelitem. Paní spala už jen 40 minut denně, byla zcela fyzicky i psychicky vyčerpaná, na pokraji svých sil. Její muž se pohyboval celý den po domácnosti úplně nahý, jen

v plenkových kalhotkách, které ze sebe neustále strhával a močil a kálel kudy chodil. Na základě intervence Magistrátu města Přerova, Odboru sociálních služeb, byl klient urgentně umístěn do domova pro seniory se zvláštním režimem, kde po pár měsících svému onemocnění podlehl.

7.4 Případová studie – senior s počínající stařeckou demencí

Případová studie je popisem situace paní v seniorském věku, které byl přiznán příspěvek na péči. Tuto péči jí zajišťovala dcera v jejím přirozeném prostředí. V důsledky změny osobní situace dcery a její neschopnosti zajišťovat i nadále potřebnou péči, byl paní s pomocí sociální pracovnice zprostředkován pobyt v domově pro seniory.

Zkoumaná osoba: paní J. K., žena rok narození 1941, vyučena, tři děti.

Pečující osoba: zaměstnaná dcera (51 let).

Lokalita trvalého pobytu: Kraj Olomoucký, město Přerov,
byt ve 2. patře cihlového domu, střed města.

Datum prvního kontaktu: 5. 2. 2010.

Téměř sedmdesátiletá vdova, paní J. K., pobírá příspěvek na péči ve II. stupni. Žije sama ve starším nájemním bytě 1 + 1, ve středu města. Protože v domě bydlí už několik desítek let, udržuje přátelské vztahy se sousedy. Má sice tři děti (1 syn a 2 dcery), ale jen jedna z dcer (51 let) za matkou dochází a stará se o ni. Zbývající děti jsou pracovní vytíženy a matku navštěvují zřídka. Syn (50 let) podniká, a v rámci svého zaměstnání cestuje po celé České republice. Druhá dcera (42 let) je rozvedená a sama pečuje o dvě nezaopatřené děti. Paní J. K. byl Magistrátem města Přerova přiznán příspěvek na péči. Na základě sdělení pečující osoby bylo zjištěno, že matka odmítá dceři přiznaný příspěvek předávat. Po vysvětlení sociální pracovnící, že příspěvek není finanční částkou určenou jako přílepení k důchodu, ale má sloužit buď k úhradě terénních a pobytových sociálních služeb nebo pečující osobě, souhlasila jmenovaná s výplatou příspěvku na účet své dcery.

Paní J. K., je diabetička, už několik let se léčí s onemocněním pohybového ústrojí, chůze je schopna s pomocí dvou francouzských holí a to jen po bytě, ven už nevychází vůbec. Po

nějakém čase dcera, která o matku pečovala, musela péči ukončit z důvodu závažného onemocnění svého manžela. Zbývající děti nebyly schopné se o matku postarat. Z tohoto důvodu se začaly u paní J. K. střídat různé pečující osoby, kterými byli buď sousedé, známí ale také úplně cizí osoby. Zajištění péče pomocí sociálních služeb jmenovaná rezolutně odmítala. Asi za dva měsíce paní J. K. zavolala na Magistrát města Přerova, na Odbor sociálních dávek a stěžovala si, že se o ní nikdo nestará, že nemá léky ani nic k jídlu. Na základě této skutečnosti byla neprodleně kontaktována dcera, která se původně o matku starala a bylo domluveno, setkání sociálních pracovníků s ní v bytě její matky. Dcera byla zděšená, jak její matka vypadala, působila zanedbaným dojmem a byla dezorientovaná. O to víc jí její zdravotní stav překvapil, protože byla s matkou v telefonickém kontaktu a ta si vůbec na nic nestěžovala. Při návštěvě dcera zjistila, že se z bytu poztrácely věci. Protože paní J. K. by k lékaři nedošla, bylo domluveno, že jmenovanou téhož dne odpoledne navštíví. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu u jmenované, byl sepsán návrh na změnu výše příspěvku na péči. Tentýž den byla paní J. K. hospitalizovaná v nemocnici v Přerově. Tato trvala přibližně po dobu dvou měsíců. Dcera paní J. K. probrala vzniklou situaci se svými sourozenci a společně došli k závěru, že nikdo z nich není schopen zajistit matce celodenní péči, kterou bude po návratu z nemocnice potřebovat. Proto byla podána žádost o přijetí do Domova pro seniory v Přerově. Po propuštění z nemocnice byla paní J.K. zajištěna péče pečovatelskou službou a děti se domluvily z jednou ze sousedek, že na jejich matku dohlédne. Jmenovaná se uzavřela do sebe, odmítala komunikovat se svým okolím, dávala najevo, že je všem jen na obtíž. Do půl roku po podání žádosti byla paní J. K. umístěna do Domova pro seniory v Přerově. Po nějaké době došlo u jmenované k výraznému zlepšení jejího psychického i fyzického zdravotního stavu. V domově pro seniory jakoby ožila. Byla spokojená s tím, že se se svými vrstevníky, začala se zapojovat do různých rehabilitačních cvičení.

7.5 Případová studie – senior – stav po mozkové mrtvici s následným ochrnutím těla

Případová studie popisuje snahu zajistit péči o nesoběstačného seniora v rámci rodiny, přestože jde o péči celodenní a velmi náročnou. Jde o popis situace dcery, která pečovala o svou matku. Zajištění potřebné péče vedlo v konečném důsledku ke ztrátě jejího zaměstnání.

Zkoumaná osoba: paní L. S., žena rok narození 1934, 1 dítě – bezdětná, svobodná dcera.

Pečující osoba: zaměstnaná dcera S. S. (48 let).

Lokalita trvalého pobytu: Kraj Olomoucký, okres Přerov, Čelechovice

Starý, neudržovaný rodinný dům, velikostně 3 + 1

Datum prvního kontaktu: 18. 4. 2009.

Šlo o ženu, věk kolem 77 let, která bydlela se svou svobodnou, bezdětnou dcerou ve společné domácnosti v rodinném domě. Matka byla ve starobním důchodě, dcera byla zaměstnaná jako účetní u malé soukromé firmy.

Paní L. S. byla paní plná života, kterou postihla mozkové mrtvice s následným ochrnutím pravé strany těla. Dcera našla matku až po příjezdu z práce ve večerních hodinách, kdy matka několik hodin ležela na studené zemi v chodbě. Byla okamžitě hospitalizována v nemocnici Přerov na jednotce intenzivní péče, po stabilizování zdravotního stavu byla paní L. S. převezena na léčebnu dlouhodobě nemocných v rámci nemocničního zařízení na doléčení. Jmenovaná byla upoutána na lůžko, neschopna samostatného pohybu, inkontinentní a zcela odkázaná na péči druhých osob. Proto jí dcera denně po práci v nemocnici navštěvovala, matku krmila, prováděla osobní hygienu a dělala jí společnost. Tento pobyt zde paní L. S. snášela velice špatně, neustále plakala a prosila dceru, že se chce vrátit domů. Dcera ve spolupráci s Charitou Přerov zapůjčila pro matku polohovací postel a domluvila ošetřovatelky, které jí budou doma s matkou pomáhat. Na základě doporučení sociální pracovnice z nemocnice přišla podat žádost o příspěvek na péči pro svou bezmocnou matku.

Po ukončení hospitalizace byla paní L. S. navštívena v domácím prostředí, aby mohlo být provedeno sociální šetření, které je jedním z podkladů pro přiznání výše jmenovaného příspěvku. Dcera, paní S. S. aby mohla zajistit matce celodenní péči, čerpala ze zaměstnání řádnou dovolenou. Po ukončení dovolené se dohodla se svým zaměstnavatelem na neplaceném volnu po nezbytně nutnou dobu. V době sociálního šetření paní L. S. působila dezorientovaně, ležela na polohovací posteli se zábranami, které jí bránily, aby nespadla z lůžka. Její zdravotní stav se nezlepšil, pravá strana těla byla stále ochrnutá. Protože měla problémy pokousat jídlo, dcera jí stravu mixovala a následně matku krmila. S prováděním osobní hygieny, přebalováním a ošetřováním proleženin jezdily pomáhat sestry z Charity.

Vzhledem k tomu, že paní S. S. bude muset do budoucna řešit i svou situaci se zaměstnáním, bylo doporučeno podat žádost do Domova pro seniory. S podáním žádosti ale dcera zásadně nesouhlasila, protože byla na matku velmi citově vázaná a rozhodla se, že svou matku doopatruje

až do její smrti. V průběhu dvou měsíců byl paní L. S. přiznán příspěvek na péči ve IV. stupni, úplná závislost. Její dcera S. S., která se nedohodla se svým zaměstnavatelem na prodloužení neplaceného volna, dostala výpověď. Magistrát města Přerov, Odbor sociálních dávek vydal paní S.S. potvrzení, kterým se prokázala jako pečující osoba u své zdravotní pojišťovny. Ze zákona byla zdravotně pojištěna, doba péče jí bude započítána jako náhradní doba pro důchodové pojištění.

Při dalším sociálním šetření dne 25.4.2010 z důvodu konce platnosti posudku, byla paní L. S. i s dcerou opětovně navštívena. Bohužel zdravotní stav staré paní se postupně zhoršoval, přidaly se další zdravotní komplikace, ale i přesto dcera odmítala matku umístit do zařízení institucionální péče. Dcera působila unaveným dojmem, bylo vidět, že jí dlouhodobá péče zmáhá. Asi do dvou měsíců paní L.S. zemřela doma u své dcery, tak jak si obě ženy přály. Po ukončení péče paní S. S. byla nezaměstnaná, bez finančních prostředků, proto se zaevidovala jako uchazečka o zaměstnání na Úřad práce Přerov. V současné době je stále bez práce a vzhledem ke svému věku hledá těžce zaměstnání.

8 ANALÝZA PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Případové studie byly analyzovány s cílem odpovědět na otázku, jaké jsou hlavní problémy, které mohou vzniknout při péči o nesoběstačné seniory v rámci rodiny a jakým způsobem funguje v praxi podpora, která je těmto rodinám poskytována ze strany státu.

8.1 Problémy spojené s péčí o seniora v přirozeném prostředí

Na základě výše uvedených příkladů z praxe lze vymezit následující okruhy problémů spojených s péčí o seniora, který žije v době vzniku ztráty své soběstačnosti ve svém přirozeném prostředí:

8.1.1 Absence rodinného zázemí

Osamělost seniora v době ztráty jeho soběstačnosti a absence jakéhokoliv rodinného zázemí může být příčinou úplné sociální izolace stárnoucího člověka a v konečném důsledku může vést k ohrožení jeho života kvůli nezajištění základních životních potřeb. Jako klíčová se v těchto případech ukazuje role sociálních pracovníků, kteří se v takových situacích stávají často jediným prostředníkem, který je schopen nesoběstačnému seniorovi zajistit potřebnou péči. Přitom nejde jen o poskytování příspěvku na péči a ostatních sociálních dávek, ale především o zajištění dostupných sociálních služeb a sociálních kontaktů. Proto absence rodinného zázemí zesiluje potřebu kvalitní sociální práce, klade vysoké nároky na schopnost sociálního pracovníka dobře zmapovat situaci nesoběstačného seniora a pomoci mu adekvátně řešit jeho problémy.

Jak uvádí Matoušek a kol. (2005), základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou. Jde o vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, který patří k nezákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník je v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli a s jehož podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem. Při přetrhání sociálních vztahů odchodem do důchodu, onemocněním, úmrtím blízkého člověka nebo také odchodem do ústavní péče byl měl být sociální pracovník schopen pomoci stárnoucímu člověku adaptovat se na změnu.

Sociální pracovníci městských a obecních úřadů mohou v rámci svých legislativních pravomocí provádět také tzv. depistáž, tj. vyhledávat sociálně, kulturně a zdravotně znevýhodněné občany v rizikovém prostředí. Depistáž probíhá formou místního šetření, na základě upozornění nebo jiného způsobu zjištění problémové situace. V rámci místního šetření se pak získávají informace a podklady pro další sociální práci, zprostředkování kontaktů a zajištění potřebné péče. V případě nesoběstačných seniorů je v oblasti sociální depistáže neocenitelná práce zejména lékařů, kteří s nimi často přicházejí do kontaktu jako první. Pokud berou svou práci zodpovědně, jsou schopni na problém upozornit příslušné úřady a spolupracovat se sociálními pracovníky na řešení situace. Stejně tak je důležitá všímavost okolí, sousedů aj. Bez této spolupráce je sociální práce mnohem obtížnější. Velkou překážkou může být také nezáměr o jakoukoliv spolupráci ze strany samotných seniorů, kteří rezignovali, nepřejí si nic jiného než smrt a odmítají jakýkoliv kontakt. Sociální pracovník by měl být v těchto situacích schopen jako možné východisko k navázání kontaktu zprostředkovat pomoc jiných odborníků (psychologa, psychiatra apod.). V případě absence rodinného zázemí seniora, který se stane nesoběstačným, se spolupráce jeho nejbližšího okolí, sociálních pracovníků a lékařů, jeví jako klíčová.

8.1.2 Špatné vztahy v rodině

Jak ukázaly výše uvedené příklady z praxe, zajištění dobré péče o nesoběstačného seniora v rámci rodiny často komplikují špatné vztahy v rodině, tj. především vztah mezi seniorem a blízkým příbuzným, který o něj pečuje. Příčiny tohoto stavu mohou být různé. Současný způsob života do jisté míry rozložil tradiční soudržnost v rodině, z rodin se často vytrácí smysl pro obětavost a schopnost zřít se čehokoliv ve prospěch druhého člověka. V některých případech je sice péče o seniora v rámci rodiny určitým způsobem zajišťována, ale špatné vztahy mezi rodinnými příslušníky mají za důsledek, že jde o péči nedostatečnou, v řadě jiných případů rodinní příslušníci o své seniory pečovat vědomě odmítají.

V situaci nefunkčních vztahů v rodině, kdy se nesoběstačný senior stává na svých příbuzných závislý, nejsou často jeho nejbližší schopni na tuto situaci přiměřeně reagovat. K růstu napětí ve vzájemných vztazích může docházet také tehdy, pokud senior nebo pečující osoba odmítá pomoc nebo spolupráci jiných členů rodiny, případně využití terénních sociálních služeb. Napětí a konflikty mohou v krajních případech vyústit v domácí násilí, zneužívání a nezajištění potřebné péče. I v těchto případech je důležitá role sociálního pracovníka, který do rodiny

přichází a jeho schopnost rozpoznat riziko ohrožení seniora v rámci jeho vlastní rodiny. Situaci při šetřeních v rámci řízení o příspěvku na péči často komplikuje fakt, že při nich bývá většinou přítomna pečující osoba a sociální pracovník nejedná se seniorem o samotě. Také v této souvislosti je důležitá schopnost sociálního pracovníka navázat v případě potřeby kontakt se širší rodinou seniora, lékařem apod. a řešit vzniklou situaci ve spolupráci s nimi.

Rodinní příslušníci, kteří nemají zájem o seniory pečovat, chtějí péči o ně přesunout jinam. Mohou k tomu mít nejrůznější důvody, včetně bytových. V těchto případech komplikuje vzniklou situaci nejčastěji nedostatečná kapacita v domovech pro seniory a dlouhé čekací doby na umístění v nich. Zajistit alespoň terénní sociální službu, tj. např. pečovatelskou službu docházející pravidelně do domácnosti nesoběstačného seniora, bývá bez spolupráce ze strany rodiny také obtížnější.

8.1.3 Péče o seniora klade na rodinné příslušníky vysoké nároky

Nesoběstačnost seniorů je často spojena s jejich omezenou pohyblivostí, svalovou slabostí a ztrátou orientace a vyžaduje nutnost pomoci při zajištění osobní hygieny, výkonu fyziologické potřeby, oblékání, přípravě a podávání stravy, zajištění veškerého chodu domácnosti. Často jde celodenní péči, která je pro pečující osoby náročná a představuje pro ně zátěž fyzickou, psychickou a finanční. Při dlouhodobé péči, kdy se navíc zdravotní stav stárnoucí osoby nemění nebo se zhoršuje, hrozí pečujícím osobám riziko sociální izolace a vyhoření. Dlouhodobé poskytování péče způsobuje zdravotní problémy převážně u pečujících žen. Jejich příčinou jsou velká fyzická námaha, psychické poruchy z dlouhotrvajícího stresu a vyřazení ze společenského kontaktu

V tomto smyslu je důležitá role sociálního pracovníka především z hlediska jeho schopnosti zprostředkovat pečujícím osobám potřebné sociální dávky, pomoci jim uvědomit si, co je v jejich silách a seznámit je s možností využití dostupných sociálních služeb. Pro ty, kdo pečují, je často potřebná také psychologická podpora. Sociální pracovník by ji měl dokázat v základní míře poskytnout a informovat o tom, kde mohou pečující osoby vyhledat další odbornou pomoc, ať už jde o jejich psychický stav nebo například o problémy spojené s péčí o osoby postižené Alzheimerovou nemocí.

Dostatečná zatím není nabídka odlehčovacích služeb a denních stacionářů pro seniory dostupných v místě jejich bydliště, kde by jim mohla být zajišťována péče alespoň po dobu

několika hodin denně tak, aby pečující osoby získaly určitý prostor pro odpočinek a současně dále pečovaly o stárnoucí osobu převážně v jejím přirozeném prostředí.

Do budoucna by bylo užitečné vytvořit také podmínky pro to, aby se osoby pečující o seniory mohly vzájemně setkávat, sdílet a řešit své problémy v rámci svépomoci. Neziskový sektor, který by ji mohl zprostředkovat, se zatím angažuje především v oblasti péče o zdravotně postižené, péče o seniory je spíše v pozadí zájmu.

8.2 Problémy související s podporou péče o seniory v rodinném prostředí ze strany státu

Jak již bylo uvedeno, stát reaguje na problémy vznikající v důsledku ztráty soběstačnosti seniorů prostřednictvím poskytování sociálních dávek (v případě seniorů jde především o příspěvek na péči) a nabídkou sociálních služeb. Aby se k nesoběstačným seniorům dostaly potřebné sociální dávky a služby, je úkolem sociálních pracovníků. Na základě uvedených případových studií a poznatků z praxe lze za hlavní problémy považovat, se kterými se sociální pracovník při práci s nesoběstačnými seniory setkává, tyto skutečnosti:

8.2.1 Zneužívání příspěvku na péči

Problémem vznikajícím při poskytování sociálních dávek je, že jsou některým lidem vypláceny, i když je nepotřebují. Jsou to jednak ti, kteří dávky dostávají zcela zbytečně nebo dávky otevřeně zneužívají. Jedním z prostředků, které by měly zajistit, aby se sociální dávky dostávaly pouze k potřebným, je sociální práce. V současné době je ale bohužel počet sociálních pracovníků často neúměrný počtu jejich klientů a kontrola využití poskytovaných dávek je realizována jen zřídka a náhodně. Sociální pracovník v rámci agendy příspěvku na péči je většinou místo toho, aby v pravidelných kontrolních šetřeních pravidelně zjišťoval využití příspěvku, potřebu a rozsah poskytovaných sociálních služeb v domácnostech, zahlcen spisovou agendou.

Ke zneužívání příspěvku na péči bohužel často přispívá také skutečnost, že jeho příjemcem je podle zákona o sociálních službách osoba, která z důvodu své nesoběstačnosti potřebuje pomoc. Záměrem zákona o sociálních službách bylo, aby si občan dle vlastního uvážení zajistil

potřebnou pomoc, která bude odpovídat jeho individuálním požadavkům, a to v rámci rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb či jiné fyzické nebo právnické osoby. Opakovaný měsíční příspěvek na péči je proto poskytován přímo žadatelům (seniorům a zdravotně znevýhodněným), kteří ho ale bohužel často chápou jako přilepšení k důchodu, příspěvek na úhradu za zdravotní pomůcky či léky a nevyužívají ho pro nákup sociálních služeb. Při péči zajištěné rodinnými příslušníky či jinými osobami ho senioři neposkytují svým pečujícím osobám v plné výši nebo vůbec. Přitom při zajištění péče v pobytových sociálních zařízeních je příspěvek poskytován v plném rozsahu tomuto zařízení. Z těchto důvodů dochází k diskriminaci terénních sociálních služeb, protože u poskytování rodinné péče se vrací zpět do sociální sféry jen nepatrná část tohoto příspěvku.

8.2.2 Přetěžování sociálních pracovníků

Sociální odbory městských a obecních úřadů jsou přetěžovány administrativou a množstvím klientů na jednoho pracovníka. Na klienty není dostatek času, na některých úřadech nejsou ani prostory umožňující diskrétní jednání s klientem. Náplní práce sociálního pracovníka v rámci agendy příspěvku na péči je poskytovat osobám závislým na pomoci jiné osoby a osobám o ně pečujícím sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace a zprostředkovat jim přiznání příspěvku na péči, pokud na něj mají nárok. Při velkém počtu klientů je ale prostor pro poskytnutí kvalitního sociálního poradenství často zúžen a pracovník je považován za pouhého dávkáře. Klient tak postupně ztrácí důvěru a zájem o vzájemnou spolupráci. Pracovník pak trpí při výkonu práce pocitem marnosti, že nemá možnost pomoci klientům, kterým příspěvek nebyl přiznán, i když subjektivně ví, že by pomoc potřebovali. Klienta navíc pracovník navštíví většinou jen jednorázově, v rámci šetření po podání žádosti o příspěvek a na opakované návštěvy po přiznání příspěvku mu již nezbyvá čas ani prostor. V ideálních případech by sociální pracovník měl pracovat s klienty dlouhodobě, přičemž za úspěch lze považovat i pouhou stabilizaci klienta v jeho životní situaci.

Na základě úsporných opatření států i zaměstnavatelů navíc dochází ke snižování stavů pracovníků na sociálních odborech. V rámci školení sociálních pracovníků ze dne 24. 2. 2011 bylo sděleno paní Mgr. Kolářovou z MPSV ČR, že optimální počet klientů na jednoho sociálního pracovníka je kolem 150 osob (na Magistrátu města Přerova připadá přibližně 400 až 450 klientů na jednoho pracovníka). Nelze zvládat kontroly, případně podávat návrhy na odejmutí dávky

v případě neposkytování odpovídajících sociálních služeb. Pokud nedojde k navýšení počtu terénních sociálních pracovníků, budeme se s tímto problémem i nadále potýkat.

8.2.3 Vysoké výdaje na příspěvek na péči

Podle informací Ministerstva práce sociálních věcí ČR bylo v roce 2009 vyplaceno prostřednictvím obcí s rozšířenou působností každý měsíc 288 - 295 tisíc příspěvků na péči. Příjemci příspěvku si za celý rok 2009 rozdělili téměř 18,7 miliardy Kč, což je asi o 450 milionů Kč více než v roce 2008. (www.mpsv.cz [on-line])²

K 1.1.2011 došlo k novelizaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdější změn a předpisů, v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí a příspěvek na péči v I. stupni (lehká závislost) pro osoby starší 18 let byl snížen z částky 2.000,--Kč na 800,--Kč měsíčně. I toto řešení se prozatím neukázalo jako účelné a úsporné. Po snížení příspěvku došlo k plošnému podávání návrhů na změnu výše přiznaného příspěvku. Vzhledem k tomu, že u žadatelů je s přibývajícím věkem a zhoršujícím zdravotním stavem pravděpodobné zvýšení částky příspěvku, k dostatečným úsporám tak, jak je vláda předpokládala, zřejmě nedojde. Proto vláda připravuje změny v celém systému sociální pomoci s účinností od 1.1.2012, kde je snahou vytvořit moderní systém sociální pomoci, který bude odpovídat podmínkám a potřebám demokratického státu s tržní ekonomikou. Novelou by mělo dojít zefektivnění využívání všech dávek sociální péče. Podle ministra práce a sociálních věcí pana Dr. Ing. Jaromíra Drábka je námětů, jak situaci napravit, celá řada. Je však nutné urychlit práce na analýze efektivitě čerpání peněz a promítnout je do přípravy novely zákona. Novela má vést k tomu, aby se peníze využívaly adresně a účelně.

8.2.4 Nedostatečná kapacita sociálních služeb

V rámci poskytování péče seniorům není dostatečně podporován rozvoj kombinovaných terénních sociálních služeb, který je významnou podporou pro rodiny pečující o nesoběstačného

1.1 ² MPSV. *Výdaje na příspěvek na péči dosáhly v roce 2009.* [on-line] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8483> [cit.2011-02-03].

seniora v domácím prostředí. V rámci institucionální péče jde především o dočasné pobyty pro seniory, tzv. odlehčovací služby, které jsou potřebné v zájmu regenerace sil pečujících osob. I přes veškeré zdůrazňování významu domácího prostředí zůstává pro mnohé seniory pobyt v domovech pro seniory žádanou a někdy i jedinou dostupnou variantou. Nedostatečná kapacita zařízení sociálních služeb určených seniorům ovšem způsobuje, že čekací doby na přijetí jsou nepřiměřeně dlouhé. Tuto situaci by měla řešit města a obce v rámci komunitního plánování sociálních služeb. Je přitom třeba znát počty lidí nad 65 let, jejich zdravotní stav a prognózu jeho vývoje a také socioekonomickou situaci a jejich požadavky na domácí, stacionární či rezidentní péči. Zmapováním nabídky existujících zdravotních a sociálních služeb a jejich poskytovatelů vyplyne potřeba rozvoje služeb pro seniory v místech, kde dosud chybí. O síti sociálních služeb by měli být starší občané informováni, aby v případě změny jejich zdravotního stavu, kdy vznikne potřeba péče, se mohli snadněji připravit na přechod z jedné situace nebo služby do jiné. Sociální pracovník by potom měl být klíčovým pracovníkem, který seniora, případně jeho rodinu, doprovází a podporuje v jejich hledání a rozhodování. (Matoušek a kol., 2005)

8.2.5 Nedostatečná podpora zaměstnaných pečujících osob

Jak ukázaly výše uvedené příklady z praxe, pečující osoby, které jsou dosud zaměstnané, se potýkají s nevyřešeným problémem poskytnutí potřebného pracovního volna v případech, kdy se senior stane náhle nesoběstačným a to alespoň po dobu, než se podaří zajistit pomoc ze strany terénních nebo institucionálních sociálních služeb. Žádoucí by v tomto smyslu byla změna zákoníku práce, kde by v překážkách v práci mělo být ze strany zaměstnavatele zohledněno právo na neplacenou dovolenou pro zaměstnance, který zajišťuje péči osobě blízké. Jedním z kritérií by byl i stupeň vypláceného příspěvku na péči nebo doložení potvrzení ošetřujícího lékaře o nutnosti celodenní péče. Bylo by tak redukováno riziko ztráty zaměstnání u osob, které musí dočasně zajistit péči o svého nesoběstačného seniora. Nedochovalo by k navyšování počtu nezaměstnaných a pečující osoba by měla možnost se po ukončení péče vrátit zpět do svého zaměstnání.

8.3 Shrnutí empirické části práce

Analýza výše uvedených případových studií ukázala, že péče rodiny o nesoběstačného seniora v době vzniku jeho závislosti na pomoci jiné osoby, je jen těžko nahraditelná. Pokud se nesoběstačným stane osamělý senior bez rodinného zázemí, může se v krajním případě ocitnout v situaci ohrožení života. I v případech, kdy senior určitým rodinným zázemím disponuje, není ale přiměřená péče zajištěna automaticky. V praxi se jako hlavní překážky zajištění kvalitní péče o seniora v domácím prostředí ukazují především špatné rodinné vztahy a vysoké nároky, které klade na rodinné příslušníky zajištění péče o těžce nemocné seniory. Ve všech těchto případech je proto důležitá role sociálních pracovníků, kteří do rodiny přicházejí (v uvedených případových studiích v rámci řízení o příspěvku na péči). K tomu, aby mohla péče v rodině určitým způsobem fungovat, je přitom potřeba zajistit nejen vyplacení příslušných sociálních dávek, ale poskytnout také kvalitní sociální poradenství jak samotným seniorům, tak pečujícím osobám. Praxe ukazuje, že je potřeba zvětšit prostor pro sociální práci, která bude zaměřena nejen na samotné seniory, ale bude schopna zprostředkovat potřebnou pomoc a podporu také samotným pečujícím osobám.

Výše uvedené případové studie naznačily, že výkon sociální práce v rodinách nesoběstačných seniorů žádajících o příspěvek na péči je v současné době komplikován především přetěžováním sociálních pracovníků, kteří rodinu často navštíví jen jednorázově (při vzniku jeho nesoběstačnosti) a s rodinou už potom dále nespolupracují. To může vést v konečném důsledku k tomu, že poskytovaný příspěvek na péči není využíván k účelu, ke kterému byl určen a celkové výdaje státu na něj neefektivně rostou. Zajištění péče o nesoběstačné seniory v rodině ztěžuje také nedostatek odlehčovacích služeb, které umožňují dočasný pobyt seniora v zařízení sociálních služeb aniž ztratí zázemí své rodiny. Zvýšení počtu a kapacity těchto služeb by měly věnovat pozornost především obce v rámci komunitního plánování. Chybí také legislativa, která by upravovala nepřítomnost pracujících pečujících osob v jejich zaměstnání po dobu nezbytně nutnou pro zajištění potřebné péče bezprostředně poté, co senior ztratí svou soběstačnost. Jde přitom nejen o to předejít ztrátě zaměstnání u pečujících osob, ale také vytvořit prostor, aby byla rodina schopna zajistit péči s využitím terénních sociálních služeb a předejít předčasnému umístění seniora do institucionální péče.

ZÁVĚR

Úroveň každé společnosti se pozná podle toho, jak pečuje o své o zdravotně znevýhodněné, duševně nemocné a stárnoucí obyvatelstvo. Hlavním cílem sociální politiky každého vyspělého státu je zabezpečit jednotlivce tak, aby nedošlo k jeho sociálnímu vyloučení ze společnosti, v případě ohrožení sociálně nepříznivou situací. Stát formou sociálního zabezpečení podporuje své občany, kteří se ocitli v tzv. sociální situaci buď finančně nebo věcně, popřípadě službou, aby tak zabránil napětí ve společnosti. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálního zabezpečení patří lidé se zdravotním znevýhodněním, rodiny s dětmi, lidé, kteří z různých důvodů žijí na pokraji společnosti a senioři.

Každý senior snáší jinak své stáří, někdo zůstane soběstačným až do konce svého života, jiný potřebuje pomoc už v raném stáří, druhý v pozdním stáří a někdo až v dlouhověkosti. Vše je ovlivněno zdravotním stavem a nemocemi, které každého jedince postihují, a také vedeným způsobem života. Většina seniorů si nechce do poslední chvíle připustit, že by se mohli stát závislími na pomoci další osoby, a už vůbec ne, že by měli přijmout něčí pomoc. Pokud si tuto variantu už připustí, nejraději chtějí zůstat v přirozeném prostředí. O umístění do domova pro seniory uvažuje jen malé procento z nich. Tuto skutečnost mi potvrzuje má dlouholetá praxe v této oblasti. Senioři mají rádi svůj klid a své pohodlí, které jim zajišťuje jejich domov, kde celý život žili, kde to mají rádi a jsou tam lidé, na kterých jim záleží a se kterými chtějí trávit svůj volný čas.

Při řešení problematiky stáří by se také nemělo zapomínat na možnost pracovního uplatnění seniorů, a i přes důchodový věk jim umožnit pracovat, protože tak nedojde k omezení sociálního kontaktu. Je nutné podporovat mezigenerační solidaritu, s pomocí médií a jejich vlivu ukázat co mají různé generace společné. V každém případě se senioři stávají stále početnější skupinou občanů, se kterou je rozhodně potřeba do budoucna počítat. Stárnoucí populace změní tento svět, ani ne tak svou aktivitou, jako spíše svými potřebami. Této cílové skupině se budou muset přizpůsobit výrobci, služby, banky i zdravotnictví. V průběhu aktivního života dosáhne člověk určitých zásluh a určitého postavení ve společnosti. Lidé středního věku se často obávají, že odchodem do důchodu ztratí svou důstojnost, vzhledem k vyřazení z ekonomického i společenského života.

V bakalářské práci jsem se snažila popsat proces samotného stárnutí a možnosti péče o nesoběstačného seniora, buď v rámci rodiny nebo i s podporou státu. Teoretická část vychází

z uvedené odborné literatury. V praktické části jsem popsala formou případových studií příběhy z praxe a rozebrala jejich následnou analýzou.

Srovnáním teoretické a praktické části vyplývá, že úlohu rodiny v péči o seniory bude potřeba posilovat také s ohledem na stárnoucí populaci. Vzhledem k nepříznivému demografickému vývoji není pravděpodobné, že by kapacity institucionálních sociálních služeb dokázaly uspokojit potřebu všech seniorů, kteří se v budoucnu stanou nesoběstačnými. Mezi skutečnosti, které v současné době komplikují péči o seniory v rámci rodiny, patří především často nefunkční nebo neexistující rodinné zázemí seniorů a v případě dlouhodobých a vážných onemocnění seniorů také potřeba péče, která klade na pečující osoby nároky, které často nejsou schopni bez podpory a pomoci zvládnout. Tuto pomoc a podporu by měl pečujícím rodinám poskytnout také stát, a to nejen prostřednictvím sociálních dávek, ale také prostřednictvím kvalitní sociální práce pracovníků městských a obecních úřadů. V současné situaci bohužel není počet sociálních pracovníků tak velký, aby zvládli systematickou sociální práci v rámci rodiny. Jejich práce spočívá spíše v jednorázovém poradenství. Nedostatečný prostor pro sociální práci je také příčinou častého zneužívání příspěvku na péči, který je poskytován nesoběstačným seniorům. K tomu, aby byl příspěvek smysluplně využíván a doba péče o seniora v rámci rodiny mohla být co nejdelší, je potřeba věnovat v rámci sociální práce také více pozornosti samotným pečujícím osobám. Dosaženo by mělo být také určitých legislativních změn, umožňujícím pečujícím osobám neztratit v době péče o seniora své zaměstnání.

LITERATURA A PRAMENY

Monografie

ALAN, J. *Etapy života*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6.

GJURIČOVÁ, Š. KOCOURKOVÁ J. KOUTEK J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. 2. vyd. Praha : Olympia, 1990. ISBN 80-7033-040-6

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: vydavatelství Karolinum 1998. ISBN 80-7184-141-2.

KALVACH, Z., a aj. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 3. vyd. Olomouc : Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, O. aj. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*, 1. vyd. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1981. ISBN 08-044-81.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 08-006-91.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem 2*. přepracované vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

STONE, T., DARLINGTONOVÁ, G. *Léky, drogy, jedy*, 1. vyd. Praha : Nakladatelství Akademie věd České republiky, 2003. ISBN 80-200-1065-3.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří, Kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80210-4627-6.

VYKOPALOVÁ, H. *Násilí na seniorech*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0409-5.

Ostatní prameny

Časopisy a sborníky

KLEVETOVÁ, D. Nebezpečí mobility. *In Sociální péče*. Brno : Ikaria, 2009. č. 6, s. 26-27. ISSN 1213-2330.

MLÝNKOVÁ, J. Stresové situace v práci pečujících. *In Sociální péče*. Brno : Ikaria, 2009. č. 6, s.34-36. ISSN 1213-2330.

Příručka pečovatele, Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál. 1. vyd. Praha : HESTIA – nadace pro rodinu, 1998. s 5,12-14.

Normativně právní akty

Sociální zabezpečení 2009. *Vyhláška č. 182/199, kterou se provádí zákona o sociálním zabezpečení*. Ostrava – Hrabůvka : Nakladatelství Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-717-4.

Sociální zabezpečení 2010. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Ostrava – Hrabůvka : Nakladatelství Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

Sociální zabezpečení 2010. *Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Ostrava – Hrabůvka : Nakladatelství Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

Ostatní tištěné prameny

KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já.... já a senior?*, 2005.

Internetové zdroje

MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [on-line] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045> [cit.2010-05-02].

MPSV. *Výdaje na příspěvek na péči dosáhly v roce 2009*. [on-line] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8483> [cit.2011-02-03].

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Hanáková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název:	Rodina a její role v péči o nesoběstačného seniora
Title in English:	Family and its role in care of dependent senior
Anotace práce:	<p>Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku péče rodiny o nesoběstačného seniora v době vzniku jeho závislosti na pomoci jiné osoby. Teoretická část se zabývá základní charakteristikou cílové skupiny – seniory. První kapitola je věnována fenoménu stáří, druhá kapitola pojednává o péči o seniorů v rámci rodiny, třetí kapitola se soustředí na zajištění péče v rámci sociálních služeb a čtvrtá kapitola je věnována dávkám sociální péče.</p> <p>Empirická část práce obsahuje případové studie péče o seniory, kteří se stali nesoběstačnými. Následnou analýzou případových studií jsou popsány problémy spojené s touto péčí.</p>
Klíčová slova:	rodina, formy institucionální péče, senior, ztráta soběstačnosti, příspěvek na péči.
Key words in English:	family, forms of institutional care, senior, loss of self-sufficiency, care allowance.
English summary:	<p>This work is focused on problem of aged people care within family needed at the moment when senior becomes dependent on the assistance of another person. Theoretical part deals with basic characteristics of the target group - the elderly. The first chapter is devoted to the phenomenon of old age, the second chapter deals with the care of the elderly within the family, the third chapter focuses on provision of care in social services and the fourth chapter is devoted to social welfare benefits.</p> <p>The empirical part of the work contains case studies of care for the elderly who lost their self-sufficiency. The subsequent analysis of the case studies describes the problems associated with provision of care for these persons.</p>
Přílohy vázané v práci:	0

Rozsah práce:	61
Jazyk práce:	česky