

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Podpora a pomoc lidem závislým
na pomoci jiné fyzické osoby**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.

Vypracovala:
Lenka Malá

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Podpora a pomoc lidem závislým na pomoci jiné fyzické osoby“ zpracovala samostatně a použila jsem jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Čebín, 31. března 2010

.....
Lenka Malá

Poděkování

Děkuji panu doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování bakalářské práce a za cenné rady, které mi pomohly udržet linii daného tématu. Děkuji za jeho pomoc, trpělivost a laskavost, které si nesmírně vážím.

Lenka Malá

OBSAH

ÚVOD	2
1. Vývoj sociální péče a populace v České republice	4
1.1 Stručný historický vývoj sociální pomoci	4
1.2 Sociální a právní aspekty vývoje sociální pomoci od roku 1945	5
1.3 Zdravotní stav populace	7
1.4 Vývoj populace v České republice	9
1.5 Dílčí závěr	10
2. Podpora a pomoc z pohledu pečované a pečující osoby v rodině	11
2.1 Rodinná péče o zdravotně postiženého a jeho potřeby	11
2.2 Nezávislost a ztráta autonomie u seniorů	12
2.3 Role pečující osoby, pozitiva a negativa domácí péče	16
2.4 Domácí péče a rezidenční služby	18
2.5 Dílčí závěr	20
3. Podpora a pomoc z pohledu pomáhajících profesí	22
3.1 Profesionální pomáhání a syndrom vyhoření	22
3.2 Nebezpečí moci v rámci vztahu pomáhání	24
3.3 Role sociálního pedagoga	25
3.4 Sociální šetření	27
3.5 Dílčí závěr	28
4. Vývoj sociálního zabezpečení v období 2006 až 2009	29
4.1 Sociální dávky	29
4.2 Komparace vývoje regionálních sociálních dávek	34
4.3 Shrnutí	36
4.4 Kazuistiky vybraných klientů sociálních dávek	37
4.5 Dílčí závěr	50
ZÁVĚR	52
RESUMÉ	54
ANOTACE	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM PŘÍLOH	58

Úvod

„Sebeúcta je schopnost vnímat sebe sama jako dostatečně schopného k tomu, aby člověk zvládl obtížné situace, a jako bytost, která si zaslouží štěstí.“

N. Branden

Jsem zaměstnána jako sociální pracovnice Městského úřadu v Kuřimi, který je od roku 2003 obcí s rozšířenou působností. Problematika podpory a pomoci osob závislých na jiné fyzické pomoci je mi velmi blízká, neboť se s ní setkávám při každodenním kontaktu s těmito lidmi anebo s lidmi, kteří pomoc těmito lidem poskytují. Ve své práci se zaměřuji na zdravotně postižené děti, dospělé osoby i seniory, kteří v důsledku stáří nebo nemoci jsou závislí na pomoci jiných osob v rodině.

Závislost na radách a pomoci druhých osob, nad kterými jsme doposud měli přirozenou moc, je ta největší lidská ztráta osobní svobody. Je to příliš bolestivé na to, aby byl člověk okamžitě ochoten respektovat názory druhých a prováděl korekci svých dosavadních zvyklostí.¹

Co si lze představit pod pojmem pomoc? Na tuto otázku se nám vybaví velké množství asociací: podpora ze strany blízkého člověka, dobré slovo, skutek, blízkost, rada i materiální pomoc.

Kdo potřebuje pomoc? Na tuto otázku se nám nabízí odpověď: dítě, které je zanedbané, týrané, handicapované, lidé nezaměstnaní, bezdomovci, zdravotně postižení, závislí na alkoholu, drogách či staří bezmocní lidé. Alespoň jednou v životě se člověk ocitá v situaci, kdy potřebuje pomoc druhých.

Mezi nástroje sociální pomoci patří sociální práce, sociální služby, sociálně právní ochrana, peněžité i věcná pomoc. To vše je *krédem sociální pedagogiky*, která je založena na úctě k člověku, na vztahu důvěry, pochopení a pomoci druhým.

¹ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 96.

Cílem bakalářské práce je zodpovědět otázku: „*Přinesl příspěvek na péči prostřednictvím nového systému sociálních služeb zlepšení sociální situace osobám závislým na pomoci jiných osob a osobám, které o tyto osoby pečují?*“

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř částí. V první je krátce popsán historický vývoj sociální pomoci, sociální a právní aspekty vývoje od roku 1945 do současnosti. Její závěr je věnován zdravotnímu stavu a stárnutí populace.

Druhá část přibližuje úskalí domácí péče o zdravotně postižené dítě. Je zaměřena také na seniory, kteří se v důsledku stáří či nemoci stali nesoběstačnými a závislími na pomoci jiných osob. Závěr přibližuje současnou rodinu na počátku 21. století jak z hlediska pohledu pečované, tak i pečující osoby a zdůrazňuje význam domácí péče.

Třetí kapitola je zaměřena na podporu, pomoc a poradenství ze strany pomáhajících profesí, upozorňuje na nebezpečí moci a další úskalí vzniklé v rámci vztahu pomáhání. Závěr kapitoly popisuje profesi sociálního pracovníka, jednu z metod jeho práce – sociální šetření.

Ve čtvrté kapitole jsou krátce představeny sociální dávky týkající se pomoci finanční jak osobám pečovaným, tak i pečujícím z hlediska různých právních úprav. Dále je provedena analýza vývoje regionálních sociálních dávek. Prostřednictvím kazuistik u vybraného vzorku klientů je porovnána sociální situace rodin v období před přijetím zákona o sociálních službách (do 31. 12. 2006) a po jeho účinnosti.

V teoretické části bakalářské práce byla použita metoda obsahové analýzy dostupné literatury, bylo čerpáno z mých znalostí a zkušeností v rámci profese sociálního pracovníka. V praktické části byla uplatněna metoda analýzy, syntézy a komparace regionálních demografických údajů týkajících se vybraných sociálních dávek kuřimského regionu. V kazuistikách případů osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby byla využita výzkumná metoda obsahové analýzy a rozhovoru.

Zpracovaná data mohou být prakticky využita ke komunitnímu plánování sociálních služeb pro potřeby kuřimského regionu a také pro informační a poradenskou činnost.

I. Teoretická část

1. Vývoj sociální péče a populace v České republice

Svět v současné fázi vývoje, kterou sociologové označují jako postmoderní společnost a ekonomové s politiky jako globalizaci, řeší řadu závažných sociálních problémů. Potřeba pomoci a podpory je zapotřebí jak u osob zdravotně postižených, tak i seniorů, kteří se zvyšujícím se věkem potřebují odbornou pomoc medicínskou, ošetrovatelskou i sociální.

1.1 Stručný historický vývoj sociální pomoci

Sociální práce byla po dlouhou dobu především doménou církve. První řády orientované na pomoc chudým a potřebným vznikaly v raném středověku. Jedním z prvních a významných byl řád sv. Františka, který vznikl ve 13. století. Ve středověku začala rozvíjet svou činnost rovněž tzv. církevní bratrstva, utvořená kolem určité farnosti. Kláštery spolu s farnostmi tak prezentovaly v podstatě první „instituce“, které skýtaly dlouhodobou pomoc chudým, nejvíce právě prostřednictvím služeb věčné povahy (strava, nocleh, ošacení).

Až do počátku novověku byla tendence celé společnosti k sociálnímu vylučování těchto lidí. Ze strany feudálů se ve středověku vůči potřebným lidem uplatňoval spíše represivní přístup. Opatření vůči těmto lidem byla na našem území poprvé upravena v říšském policejním řádu Ferdinanda I. z roku 1552. K oslabení vlivu církve v oblasti péče o chudé došlo až koncem 18. století, kdy byly vydány dvorské dekrety Josefa II., na jejichž základě zřizoval stát farní chudinské ústavy a útulky pro chudé, staré, nemocné, děti a mládež, tuláky, žebráky aj. Na venkově se koncentrovali v tzv. pastouškách (obecních bytech či domech). Až na přelomu 18. a 19. století se tito lidé soustřeďovali do sirotčinců, blázinců, chudobinců a klášterů, kde o ně pečovali zaměstnanci.

Až do konce 19. století považovala společnost tato zařízení za nejlepší formu poskytované sociální péče. Základním cílem po vzniku Československé republiky v roce 1918 bylo zabezpečení chudých a potřebných nejdříve v rámci rodiny, dále pak prostřednictvím jiných systémů veřejného pojištění, v neposlední řadě ze strany spolků, fondů a jiných soukromoprávních subjektů. V té době byly založeny dobrovolné

spolky jako např. Společnost Čs. Červeného kříže, organizace Okresních péčí o mládež, Masarykova Liga proti tuberkulóze. Rozvíjely se poradenské služby, které vznikly jako nestátní nebo církevní, ale postupně byly některé přebírány státem.

Ve druhé polovině 19. a ještě výrazněji ve 20. století se určujícím kontextem sociálních služeb stává státní sociální politika. Sociální zákonodárství bylo v období první republiky na jednom z předních míst, kdy se dařilo uspokojivě řešit situaci chudiny i nezaměstnanost.²

1.2 Sociální a právní aspekty vývoje sociální pomoci od roku 1945

Po druhé světové válce se vývoj sociální politiky a systém sociální ochrany našeho státu díky komunistickému režimu téměř zastavil. Prioritou po únorovém převratu byla stabilizace moci a zajištění chodu hospodářství.

Vývoj legislativních norem upravujících sociální pomoc:³

- *Zákon č. 174/1948 Sb., o zrušení domovského práva* – zrušil institut domovského práva a nahradil ho institutem československého občanství. Starost o znevýhodněné tím přešla z obcí na stát.
- *Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení* – první zákon, který převedl veškerou sociální péči na stát. Ustanovení § 62 zákona umožnilo zřizování ústavů sociální péče též dobrovolným organizacím, církvím a náboženským společnostem, podnikům a jednotným zemědělským družstvům. Dozor nad nimi vykonával Státní úřad sociálního zabezpečení, sociální péče byla svěřena do několika různých ministerstev. Samospráva vykonávaná v této sféře obcemi zcela vymizela.
- *Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení* – sociální péči měly nově na starosti Služby sociálního zabezpečení, které poskytovaly pomoc občanům se změněnou pracovní schopností, občanům těžce poškozeným na zdraví a starým občanům. Tento zákon umožnil občanům účast na společném stravování, pečovatelskou službu a vyplácení peněžitých příspěvků na jejich

² MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 18 – 22.

³ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 23 – 40.

opatření. Byl kladen důraz na zabezpečení rodinných příslušníků v rámci rodiny. Vlastní činnost na úseku sociální péče vykonávaly národní výbory prostřednictvím tzv. komisí sociálního zabezpečení.

- *Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení* – zavedl péči o společensky nepřízpůsobené občany.
- *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení* – dosud platný zákon, představuje stále zákonný základ pro některé speciální dávky sociální péče poskytované osobám se zdravotním postižením. Zákon upravuje pouze dvě sociální služby, a to ústavní sociální péči a pečovatelskou službu.
- *Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.*
- *Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.*
- *Vyhláška č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče.*
- *Vyhláška č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče.*
- *Vyhláška č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních.*

Služby spolu s dávkami se poskytovaly v rámci sociální péče, kam se řadí peněžité dávky, věcné dávky, výchovná a poradenská péče, pracovní rehabilitace, ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelské služby, stravování, kulturní a rekreační péče, mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených, bezúročné půjčky.

- *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* – přinesl několik pozitivních koncepčních změn:⁴
 1. V zákoně byl upraven tzv. *příspěvek na péči*, jehož prostřednictvím si má ten, kdo potřebuje sociální služby, tyto obstarat a uhradit.
 2. Byla přijata nová kategorizace sociálních služeb. Sociální služby jsou děleny na *služby sociální péče* (služby pečovatelské, jejichž prostřednictvím se pečuje o osobu, která není schopna se plně postarat sama o sebe), *služby sociální prevence* (služby o osobě se sociálními problémy, jejichž prostřednictvím se má klientovi napomáhat znovu

⁴ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 18 – 31.

se integrovat do společnosti) a *sociální poradenství* (poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace).

3. Do vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb byl zaveden *smluvní princip* – o poskytování sociálních služeb se uzavírá smlouva.
4. Pro poskytovatele sociálních služeb byl zaveden systém *registrace* u krajských úřadů, bez níž není možné sociální služby provozovat. Tento tzv. registrující orgán má rovněž pravomoc provádět inspekci poskytování sociálních služeb, při níž se hodnotí hlavně kvalita poskytovaných služeb.
5. Zákon stanoví rovněž *předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka*, aby byla zaručena standardní kvalita poskytovaných sociálních služeb přímo ze strany sociálního pracovníka.

1.3 Zdravotní stav populace

Zdraví, svoboda, hospodářská prosperita, vzdělanost a sociální soudržnost patří k základům úspěšné společnosti. K udržování a zvyšování zdravotního stavu obyvatelstva je nezbytné získávat co nejúplnější objektivní poznatky a na jejich základě rozpoznat závažné zdravotní problémy, řešit je a stanovovat priority a cíle zdravotní politiky.

Základními informacemi o zdravotním stavu obyvatelstva jsou údaje o výskytu nemocí, úmrtnosti a o ukazatelích významných funkcí organismu, jako jsou hladiny protilátek proti infekcím, cholesterolu, enzymů, hormonů, výskyt nadváhy v populaci apod. Data o úmrtnosti jsou ovlivněna také úrovní zdravotní péče.

Česká republika patří podle globálního hodnocení zdravotního stavu Světovou zdravotnickou organizací mezi vyspělé země. Neznamená to však, že není co zlepšovat. Mnohé státy EU mají i vyšší úroveň. Ve světě se staly hlavním zdravotním problémem chronické nemoci, zejména kardiovaskulární, zhoubné nádory, diabetes a dýchací choroby. Epidemie chronických nemocí vyrůstá ze závad ve výživě, z obezity, nedostatku tělesného pohybu a kouření cigaret.

Měřítkem pro hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva České republiky je především srovnání se státy, které dosáhly nejlepší úrovně. Můžeme se srovnávat s jinými státy v počtu infekčních onemocnění a kojenecké úmrtnosti, nikoli však u chorob srdce nebo zhoubných nádorů, u nichž je u nás velmi vysoká nemocnost a úmrtnost.

- *Zdravotní stav dětí a mládeže* – v r. 2003 připadalo na 1 000 dětí ve věku do 14 let celkem 297 onemocnění a na 1 000 mladistvých ve věku 15 – 19 let celkem 286 onemocnění. Nejčastější byly nemoci nervové soustavy, oka a ucha (poruchy vidění a slabozrakost), nemoci dýchací soustavy a choroby kůže převážně alergického původu. U dorostu nemoci kosterní a svalové soustavy. Tělesným nebo duševním postižením v r. 2003 trpělo 15 dětí z 1 000, které pro svůj tělesný nebo duševní stav, vrozenou nebo získanou vadu potřebovaly zvláštní pomoc a podporu.
- *Zdravotní stav žen* – dožívají se průměrně o 6 roků vyššího věku než muži, mají častěji než muži nějaké chronické onemocnění, např. poruchu štítné žlázy, osteoporózu, o 20 % vyšší pracovní neschopnost. Celkový počet hospitalizací je nižší než u mužů. Ženy se víc starají o své zdraví a dříve řeší své zdravotní problémy, kdežto muži je přehlížejí., léčení je složitější a nemoc má horší prognózu.
- *Zdravotní stav seniorů* – nejčastějšími nemocemi jsou zejména hypertenze, ischemická choroba srdeční a diabetes. Je to nejčastěji hospitalizovaná skupina s nejdélsí dobou hospitalizace – oběhové choroby, novotvary, po 80. roce nemoci trávicí a dýchací a úrazy při pádech.
- *Zdravotní stav populace České republiky podle výběrových šetření* – na základě průzkumů, v nichž lidé hodnotí své zdraví a informují o prodělaných nemocech. Šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky z roku 2002 ukázalo, že 66% mužů a 58% žen hodnotí své zdraví jako dobré nebo velmi dobré. Hůře ho hodnotili starší lidé, lidé s nižším vzděláním a příjmem, nezaměstnaní a ovdovělí.

Nejčastější nemocí u mužů je hypertenze, chronické onemocnění páteře a artróza či artritida, u žen rovněž hypertenze, onemocnění páteře a migréna. Polovina mužů a třetina žen ve sledované městské populaci středního věku trpěla nadváhou.⁵

1.4 Vývoj populace v České republice

Demografický vývoj je odrazem určité sociální situace, která je podmíněna řadou faktorů ekonomické a společenské povahy. Po roce 1989 došlo v České republice ke změně demografického chování. Odsunulo se zakládání rodiny a rodičovství do vyššího věku, poklesla porodnost a věková struktura obyvatelstva České republiky se zařadila mezi země evropského průměru s nejstarším obyvatelstvem.

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5krát.

Úhrnná plodnost v první polovině roku 2007 činila 1,4 živě narozených dětí na jednu ženu v reprodukčním věku a překonala tak hranici 1,3, která je považována za velmi nízkou úroveň. Stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stáří, lidé starší 65 let budou tvořit třetinu populace.⁶

Od roku 1989 se průměrný věk, kdy Češi umírají, prodloužil u mužů téměř o 6 let, u žen téměř o pět let. Délka života mužů je teď necelých čtyřiasedmdesát let, u žen téměř osmdesát. Podle odhadů Českého statistického úřadu by se muži měli v roce 2065 dožít v průměru osmaosmdesáti let, ženy dvaadevadesáti.⁷ Je proto nezbytné udělat

⁵ KRÍŽ, J. a kol. *Zdravotní stav populace*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 4 – 26.

⁶ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012: Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008, s. 9 – 11.

⁷ WILKOVÁ, S. Jak budeme stárnout. *Magazín Dnes*, 2009, roč. 17, č. 7, s. 26 – 27.

maximum pro to, abychom vytvořili důstojný, zdravý a aktivní život v druhé polovině života.

Česká republika není výjimkou, stárnutí lidstva je problémem celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy, Severní Ameriky a Japonska. Ve Spojených státech amerických jsou již nyní senioři ve věku nad pětadesát let nejrychleji rostoucí skupinou obyvatel. V roce 2030 budou lidé nad pětadesát tvořit dvacet procent americké populace.

1.5 Dílčí závěr

V České republice byla oblast péče o osoby závislé na pomoci jiných osob na okraji společenského i politického zájmu. Za posledních dvacet let prošel segment péče o tyto osoby mnoha významnými změnami. Došlo k rychlému rozvoji služeb, které však nebyly koordinovány a nebylo na ně reflektováno ani v legislativě. Práce na prvních návrzích nového systému sociální pomoci začaly již v roce 1994, teprve však v květnu roku 2006 byl přijat nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách), který nabyl účinnosti k 1. 1. 2007.

Příští léta přinesou velký nárůst počtu seniorů v populaci, která bude poměrně rychle stárnout. Demografické stárnutí je většinou nesprávně považováno za negativní jev a je často redukováno na problematiku reformy důchodového systému. Je třeba změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen až s ageistickým pohledem na stáří a vytváří podhoubí věkové diskriminace.

Zdravotní péče o staré lidi musí předcházet vzniku dlouhodobé závislosti, je zapotřebí hledat více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří. Cílem je rozvíjet systém zdravotní péče tak, aby se s těmito požadavky dokázal člověk vyrovnat. Zároveň podporovat projekty, které by přispívaly k celkovému zdravému životnímu stylu seniorů i zdravotně postižených osob.

2. Podpora a pomoc z pohledu pečované a pečující osoby v rodině

Tato práce je zaměřena především na laické pečovatele, kteří se věnují pomoci lidem závislým na pomoci jiných osob v domácím prostředí. V praxi se ukazuje, že zvláště dlouhodobé poskytování celodenní péče zdravotně postiženým osobám či seniorům je fyzicky i psychicky velmi náročné. Představuje pro tyto poskytovatele značnou zátěž, která může vést až k totálnímu vyčerpání.

2.1 Rodinná péče o zdravotně postiženého a jeho potřeby

Zdravotní postižení dítěte se rodina může dozvědět různým způsobem, ať už je to zprávou od lékaře v raném dětství anebo úrazem, vždy je to velký otřes. Rodiče jsou nuceni zásadně změnit svůj životní styl a rozhodnout se, zda budou pečovat o dítě v rodině, nebo zda ho umístí do ústavu sociální péče. V případě, že rodina umístí dítě do ústavu, vyřadí ho vlastně ze společnosti, z rodiny, omezí výkon jeho lidských a občanských práv, tedy obětuje dítě, aby ostatní členové rodiny mohli nadále svobodně žít a pracovat. Tato rodina bude následně žít za stejných podmínek jako ostatní, ale celý život si ponese jakýsi punc studu, pocit morálního selhání, vědomí, že své pohodlí vykoupila obětováním dítěte.

Má-li postižené dítě štěstí, jeho rodiče nerezignují a nesevěří je do trvalé ústavní péče, neboť pobyt v harmonickém rodinném prostředí má výrazné psychoterapeutické i motivační účinky. V tomto případě rodina akceptuje fakt, že jakkoli těžce zdravotně postižené dítě je jejich dítětem, které má právo na svůj domov, na své přirozené prostředí, na rodiče a sourozence.

Častým průvodním problémem rodin s postiženými dětmi je jejich izolovanost či osamocenost a značně vysoké nároky na osobnost, psychickou stabilitu obou rodičů. Není proto náhodou, že jsou právě tyto rodiny více ohroženy rozvodovostí a dítě zůstává v péči jen jednoho z rodičů, nejčastěji matky. Rozvodovost v této skupině je pětikrát vyšší než u průměrné populace. Matka je totiž obvykle tím, kdo po desítky let

celodenně a trvale pečuje o dítě. Je tedy nepřetržitě, často i celou noc zaměstnána péčí o ně, nemá čas odpočívat, komunikovat s lidmi, zabývat se jakoukoli jinou činností, chybí jí kontakt se společností. Žije ve stereotypu, v bludném kruhu, z něhož není úniku, a pohybuje se na hranici svých možností.

Otec tuto situaci často „řeší“ tím, že rodinu opouští. Samozřejmě se tím tíha péče o dítě a pocit osamocení matky ještě prohlubuje. Dochází k rozvoji vztahu patologické závislosti mezi matkou a dítětem. Věčný stres, nervozita i existenční starosti představují faktory, které narušují psychické i fyzické funkce a vytvářejí tak podmínky k patologickému či disharmonickému vývoji matky i dítěte. Mnoho matek se tak fakticky stává vězněm svého dítěte a dítě je vězněm své matky.

V rámci činnosti ve prospěch lidí se zdravotním postižením se často mluví o péči, servisu, službách a pomoci. Naskytá se otázka: „Mají lidé s postižením nějaké mimořádné, prioritní potřeby? Vyžadují něco navíc?“ Handicapovaní lidé mají prostě stejné potřeby jako ostatní lidé, jak je popisuje např. známá Maslowova hierarchie lidských potřeb, která je výstižným modelem potřeb každého člověka. Může však nastat situace, kdy jedinec pro své funkční nebo orgánové postižení nemůže některé z těchto významných lidských potřeb realizovat obvyklým způsobem. Brání mu v tom tělesná vada, chronické onemocnění, smyslová vada, snížená mentální úroveň nebo psychická nemoc. Jakkoli zdravotně postižený člověk potřebuje v individuální míře určitou pomoc či kompenzaci při uspokojování lidských potřeb. Tato pomoc není nějaká „zvláštní“ potřeba.⁸

2.2 Nezávislost a ztráta autonomie u seniorů

Stáří přináší v oblasti autonomie mnohá omezení, vždy velmi individuální v každém jednotlivém případě.

⁸ NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 23 – 24.

Obecně můžeme rozlišit nezávislost (autonomii) do tří oblastí:⁹

- *Fyzická soběstačnost* – samostatné zvládnání běžných každodenních činností, být schopen či umět postarat se o sebe (osobní hygiena, výživa, vaření, praní) a domácnost (úklid, domácí práce, údržba bytu apod.), resp. nebýt na nikoho odkázán, nemuset žádat o pomoc, doprošovat se a nebýt tak druhým zavázán, nebýt nikomu na přítěž. Zde hraje velkou úlohu zdravotní stav (míra a závažnost onemocnění, závislost na lékařské a ošetrovatelské péči) a pohyblivost (motorická složka je jedním ze stěžních prvků autonomie).
- *Finanční soběstačnost*, kterou si zakládají většinou na příjmech z důchodu nebo sociálních dávek (příspěvek na péči), odmítají půjčky od příbuzných, přátel a často mají spíše tendenci obdarovávat nebo dokonce pomáhat finančně druhým v rodině.
- *Emocionální (psychická) soběstačnost* – nebýt citově závislý na druhé osobě, mít volnost a svobodu v rozhodování a nést za ně odpovědnost, mít svobodu jednání a názoru, sám si organizovat náplň vlastního času, být schopen reálného náhledu na sebe a své možnosti. Zdá se, že psychická oblast v rámci autonomie hraje nejvýznamnější úlohu.

Starý člověk by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný a chápat přínos vlastní zodpovědnosti za své stáří, co je schopen udělat pro své stáří, jak se na ně připravit a jak se vyrovnat s úskalími, které stáří provází. Stává se i to, že senior je někdy až „přepečován“. Rodinní příslušníci by měli poskytovat pomoc jen v takových záležitostech, které si člověk nemůže obstarat sám.

Být autonomní ve stáří, rovná se být zdravý. Jsou však i senioři, kteří přijímají pomoc s pozitivním pocitem „opečování“ a emocionálního spojení s druhou osobou. Často si tuto závislost vychutnávají a svobodně tak zvolí a jsou tak „dobrovolně závislí“, „protože jsou staří a zaslouží si ji“. Rodina často zaměňuje sníženou soběstačnost ve vyšším věku za nemoc a dělá chybu v tom, že se snaží pomoci za každou cenu. Senior si pak připadá, že je k ničemu, že nic nezvládne. Pomoc

⁹ SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. Strategie jejího zachování. 1. vyd. Ostrava: Albert, 2004, s. 46.

by neměla být vtíravá, nabízet ji, až je skutečně zapotřebí, nechat člověka samostatně jednat – to je motor, který ho žene do života. Hlavně jim nic nevnucovat a nebrat jim jejich samostatnost, svobodu a sebeúctu. Tím se mobilizují jejich vlastní síly. Není zanedbatelná ani pomoc v rámci neformálních sítí známých, přátel, sousedů, zejména u svobodných nebo bezdětných seniorů.

Dobrovolná ztráta autonomie se většinou týká druhé z výše uvedených oblastí a dobrovolností je míněna skutečnost, že jedinec realisticky zváží své možnosti a vzdá se z objektivních nebo subjektivních důvodů některé části autonomie. Často záleží na odlišných přístupech lidí při řešení stejné situace. Dobrovolnou ztrátu autonomie někdy volí senioři dokonce ještě v době, kdy jsou soběstační. Vedou je k tomu obavy, aby v budoucnu (až se bez pomoci druhým neobejdou) nezůstali osamocení, opuštění a bezmocní.

Nedobrovolná ztráta autonomie se může projevovat např. v těchto případech:

- v důsledku závažných změn tělesného a psychického stavu,
- omezení anebo zbavení způsobilosti k právním úkonům z důvodu onemocnění – proti své vůli, jedná se o otázku etickou a právní. V procesu pomoci je velmi důležité předcházet společenským predsudkům o tom, že vyhledání pomoci je ponižující akt. Jsou však typy pomoci, které jsou lidem zjevně nepřijemné. Když člověk vyhledá pomoc, signalizuje tím svou slabost, selhání v některé oblasti. Ovšem přijetím své slabosti ho to však posouvá v další fázi života dopředu. Bez osobní účasti každého člověka by to nebylo možné.¹⁰

V rámci České republiky bylo vládními usneseními přijato několik programů, které jsou ve svých cílech spojeny s problematikou péče o seniory. Prvním je *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007* v ČR, který ve svém úvodu obsahuje prohlášení, že vychází z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (Vídeň 1982) a Zásad OSN pro seniory (1991). Zdůrazňuje se v něm mimo jiné i význam rodiny pro seniora: „...žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet

¹⁰ SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Albert, 2004, s. 47 – 48.

si nezávislost, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání jejich sociálnímu vyloučení.“¹¹ Cílem v této oblasti je podpora přirozeného sociálního prostředí seniorů, opatření k tomu směřující jsou zaměřena:

- na poradenství seniorům a pečujícím rodinám,
- na podporu podmínek péče v rodině,
- na podporu aktivit k zlepšení mezigeneračních vztahů,
- na podporu vzniku programů pro seniory,
- na posílení úlohy jedince, rodiny, komunity v procesu stárnutí.¹²

Na uvedený program navazuje *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* s pracovním názvem *Kvalita života ve stáří*. Ačkoli jsou oba zmiňované programy koncipovány na pětiletá období, základní principy těchto programů by měly mít dlouhodobou platnost. To se týká i obecných východisek v programové oblasti věnované rodině a péči o seniory. Péče je starším lidem poskytována zejména rodinou, partnery a dětmi. Nedá se očekávat, že v následujících letech přestane hrát rodina významnou roli. Role rodiny nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění pomoci a podpory.

Mezi opatření, která mají vést k naplnění výše uvedených programových priorit, například patří:

- podpora a rozvoj realitní péče a poradenství,
- podpora projektů, které zajišťují mobilitu a bezpečnost v domácím prostředí,
- při finanční podpoře poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb preferovat služby, které podporují život ve vlastním sociálním prostředí,
- podpora vzdělávacích programů pro neformální i profesionální pečovatele,
- podpora zaměstnanců pečujících o osoby se sníženou soběstačností,
- podpora zaměstnavatelů vytvářejících podmínky pro pečovatele,
- analýza možnosti pečovatelské dovolené.¹³

¹¹ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. 13. 6. 2008 aktual. [cit. 2010-02-09]. Dostupné na URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/2869>>.

¹² MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. 13.6.2008 aktual. [cit. 2010-02-09]. Dostupné na URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/2869>>.

¹³ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012: Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008, s. 45 – 46.

2.3 Role pečující osoby, pozitiva a negativa domácí péče

Podle Pacovského¹⁴ „...rodina musí splňovat předpoklady pro dobrou péči o staré členy rodiny“. Nejpodstatnější jsou tyto:

- *moci pečovat* – mít v rodině dostatečné podmínky pro péči (sociální, fyzické, psychické, finanční, bytové, technické),
- *chtít pečovat* – mít dobrou vůli a hledat za pomoci ostatních členů rodiny společná řešení problému závislé osoby,
- *umět pečovat* – vědět jak pomoci (u psychických nemocí), znát rozsah pomoci.

Domácí péče se týká vztahu nejméně dvou lidí – *pečujícího* (ten, kdo se stará) a *pečovaného* (ten, o koho se stará) a obvykle jsou to členové rodiny, manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři. Přitom osobní péči největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery anebo snachy.

Sama pečující osoba by rozhodně neměla zapomínat na sebe. Doporučuje se zorganizovat čas a péči takovým způsobem, aby měl pečovatel vyhrazen jeden den v týdnu, nejlépe určitou část každého dne např. 1 hodinu, pro sebe, své zájmy a relaxační aktivity. Pro pečovatele je velmi důležité, aby se neizoloval od okolí a pěstoval aktivní sociální kontakty. Tendencí pečující osoby je „uzavírat se“ do sebe a zůstat doma se svým údělem, starostmi či pocity studu.

Není snadné hledat a nalézt vhodný přístup zvláště k seniorovi, který postupně ztrácí svou autonomii a integritu. Inspirací mohou být poznatky a principy humanistické psychologie, která mj. klade důraz na důstojnost člověka, vidí hodnotu v každém člověku bez ohledu na jeho odlišnost a duševní stav a spatřuje možnosti osobního rozvoje i za složitých objektivních či subjektivních podmínek. Přístup pečující osoby, zaměřený na pochopení druhých a na jejich prožívání, může seniorům pomoci vyrovnat se s vlastní minulostí, podle možností chápat přítomnost a posilovat u nich vlastní hodnoty a celkové spokojenosti. Nezbytnou součástí vhodného přístupu by měla být empatie, úcta, trpělivost, tolerance a specifická podporující komunikace.¹

¹⁴ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scietia Medica, 1994, s. 111.

Je třeba nahlížet na problematiku péče o nesoběstačné rodinné příslušníky jak z hlediska pečujícího, tak z hlediska příjemce péče.

Z hlediska pečujícího:

- jak péči vnímá a jaký má dopad na jeho psychiku a jeho soukromý život obecně,
- musí se rozhodnout mezi péčí o svého rodiče a svým zaměstnáním,
- špatná finanční situace v důsledku opuštění zaměstnání – závislost na financích partnera,
- velmi nízká možnost se sociálně a pracovně zařadit (mimo péči o člena rodiny),
- tendence zanedbávat vlastní rodinu,
- trpí nedostatkem času – péče 24 hodin denně,
- pečovatel žije s nemocným v jednom domě,
- vlivem nadměrné celodenní zátěže jsou ohroženi syndromem vyhoření,
- emoční požadavky spojené s dlouhodobou péčí, který neposkytuje pečující osobě adekvátní zpětný emoční vztah (včetně poděkování za péči),
- fyzická únava z těžké fyzické práce – časté zvedání, obracení a přenášení bezmocného.

Z hlediska příjemce péče:

- forma domácí péče nejvhodnější – je respektována integrita pečovaného,
- vlastní sociální prostředí – velký význam pro jeho psychiku,
- odpadá obava, jak obstojí z hlediska své bezmoci v cizím prostředí,
- může však nastoupit pocit úzkosti, že je rodině na obtíž.

V závislosti na místních podmínkách je možné pro seniora, o kterého je pečováno v domácím prostředí, zabezpečit, alespoň v některých dnech, hodinách, pečovatelskou nebo ošetrovatelskou službu nebo jej umístit přes den do denního stacionáře. Užitečná je také *respitní péče*, která poskytne pečovatelům příležitost k odpočinku a načerpání potřebné energie.

2.4 Domácí péče a rezidenční služby

Znamé lidové rčení „doma je doma“ platí pro každého. Téměř každý senior chce zůstat doma co nejdéle a být ve své vlastní domácnosti co nejvíce soběstačný. Součástí geriatrického preventivního programu je také zhodnocení domácího prostředí a identifikování možných rizik v souvislosti se změnami pohyblivosti a sníženým smyslovým vnímáním ve vyšším věku.

Úloha rodiny v péči o zdravotně postižené dítě či starého člověka je nezastupitelná, je zárukou psychické, fyzické i hmotné pomoci a nelze ji nahradit žádnými institucemi. Rodinné prostředí umožňuje těmto lidem kontakt s ostatními členy rodiny, bez pocitu izolace nebo společenské segregace.

Rodina však prošla určitým historickým vývojem a doba, kdy spolu žily tři generace a jejich členové pečovali o několik příbuzných, je minulostí. Ve velké vícegenerační tradiční rodině byl určen její sociální i ekonomický status a společenské postavení. Tato rodina byla mocnou skupinou nátlaku, ochrany a zárukou určité sociální jistoty. Stárnoucí lidé v ní měli své místo získané věkem, zkušeností, moudrostí a majetkem. V tradiční rodině se všichni účastnili práce, a to včetně starších členů. Úbytek fyzických sil ve stáří znamenal pouze orientaci na jiný druh práce. I ve vyšším věku tak pokračovala aktivita, která bránila rozvoji snížené soběstačnosti a posilovala sebeúctu. Staří lidé měli práci, která neznamerala podceňování jejich osobnosti, umožnila seniorům pocít užitečnosti a vědomí podílu na chodu rodiny. Jejich zkušenosti byly využívány, jejich rady ceněny, a tak právem očekávali, že se o ně jejich děti postarají.

Největší změnou prošla rodina asi v 50. letech 20. století, kdy se změnila její funkce, struktura, způsob života i životní úroveň. Změnily se i vztahy mezi rodiči a dětmi, došlo k prohloubení názorových rozdílů mezi generacemi. V soudobé společnosti se vytrácí závislost na prarodičích, kontakty se omezují. Rodiny žijí samostatně a její členové jsou pracovně nebo i jinak vytíženi. Tato současná atomizovaná rodina již není schopna plnit spektrum úkolů a funkcí, které byly dříve běžné.

Nižší vnitřní solidarita je atributem soudobé rodiny a při posilující roli státu v životě jedince nelze očekávat návrat k původním podobám, tedy charakteristikám rodinného systému. Vzájemné rodinné vztahy mezi dětmi a rodiči také ovlivňuje skutečnost, že přibývá mnoho rozvedených rodin. Převážná část rodičů a prarodičů chce finančně pomáhat svým dětem a vnoučatům i na úkor svých potřeb. Morálně očekávají splácení láskou a pochopením, a ono nepřichází v době, kdy to potřebují.

Některé děti na své rodiče nemají čas a chtějí, aby odešli do vhodného sociálního zařízení, kde se o ně postará personál. Nerespektují přání svých rodičů zůstat doma, kde to znají a kde se cítí dobře. Mnohým seniorům, kteří jsou v nemocnici, je prodána střecha nad hlavou a oni se ocitnou v situaci, kterou si nikdy nepřáli a také ji vůbec neočekávali. Chtějí zůstat doma, mít péči v domácím prostředí, ale nikdo se jich na nic neptá, a tak ztrácejí svou dosavadní roli a společenskou prestiž. Současně je pro ně zraňující, když je jejich děti v sociálních zařízeních nenavštěvují, a tak jim sami nabízení své malé finanční úspory, aby si každý měsíc jejich lásku koupili. Velké finanční dary jim už dali, a tak se pro své děti stávají břemenem.¹⁵

Obecně známé pravidlo, s nímž jsme se většinou, alespoň v názorové rovině, setkali všichni. Zpravidla jím rozumíme potvrzení známé pravdy o tom, že „nikdo se o nejbližšího nepostará tak jako zase jeho nejbližší“. Až na výjimky potvrzující pravidlo, bývá toto konstatování i výstižné.

Mezi systémové prvky podpory domácí péče nepatří, jak by se na první pohled mohlo zdát, jen finanční zajištění pečující osoby. Byť je nepochybně významné a často i rozhodující. Jedná se o řadu systémových opatření a korekcí stávajících společenských systémů, které v konečném důsledku rozhodují o volbě domácí či rezidenční péče. Některé z faktorů, které poměr mezi domácí a rezidenční péčí ovlivňují, jsou dlouhodobými a obtížně regulovatelnými běžnými prostředky společenského plánování. Mezi ně patří např. charakter bytového fondu České republiky, kdy je u nás jako pozůstatek socialistického způsobu veřejné výstavby rozvinutá forma nájemního bydlení. Tato forma bydlení sama o sobě neznamena problém. Ten vzniká,

¹⁵ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008., s. 82 – 86.

až si uvědomíme průměrnou velikost průměrného nájemního bytu u nás. Ta je zpravidla označována číslicemi 2+1 nebo 3+1. Odpovídající prostory pro domácí péči tak u nás zpravidla existují jen v rámci vlastnického bydlení v rodinných domech.¹⁶

Mezi významný prvek, podporující domácí péči, patří rozvinutý systém realitní péče. Ta může ve vybraných okamžicích jako např. nemoc, únava, práce, naléhavé záležitosti umožnit pečující rodině na určitou dobu využít služeb jiné pečující osoby. Ať již opět v domácím prostředí, nebo v rezidenčním zařízení uzpůsobeném pro krátkodobé realitní pobyty. Velkou pomocí v realizaci péče o seniora v domácím prostředí jsou agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, domovinky, charitativní sdružení a další sociální aktivity v rámci komunity.

Hledání optimálního poměru mezi péčí tzv. „ústavní“ a domácí péčí o člena rodiny s těžšími postiženími je řešeno jak v makrosociálním pohledu systémem ekonomickým, legislativním a sociálním. Stejně jako zůstává zodpovězení této otázky vždy na individuálním posouzení účastníků takové sociální situace. Každá rodina, každý její člen, tvoří komunitu svébytnou a neopakovatelnou.

I při zlepšující se úrovni péče v zařízení sociálních služeb za posledních patnáct let platí, že český systém sociálních služeb je stále v základních parametrech vážících se ke kvalitě života občana tyto služby užívajícího nedokonalý. Úroveň uživatelského komfortu je pro občana odkázaného na sociální služby u nás stále velmi nízká ve srovnání s průměrem průměrně vyspělých zemí Evropské Unie.

2.5 Dílčí závěr

Rodinná politika by měla věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů. Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince i rodiny. Rodina a jedinec poskytující péči potřebuje sociální ochranu. Odpovědná a kvalitní péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika chudoby.

¹⁶ MICHALÍK, J. *Právo a etika v péči o nemocné a postižené: nad zákonem o sociálních službách*. Brno: Repropress, 2007, s. 72.

Péče neformálních i profesionálních pečovatелů musí být ceněna a uznávána společností. Ekonomická bezpečnost je předpokladem pro zajištění kvality péče.¹⁷

Pro pečující osoby je velmi podstatná míra a kvalita informovanosti o zdravotním a psychickém stavu, výhledech, možnostech pomoci, o doporučovaných postupech a přístupech, ale také o rizicích pro pečovaného. Čím více relevantních informací pečující osoba obdrží, tím lépe může zvážit vlastní síly i síly nejbližšího okolí a zvolit, nejlépe společně s odborníky, nejvhodnější způsob péče.

¹⁷ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012: Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008, s. 43.

3. Podpora a pomoc z pohledu pomáhajících profesí

Od sociálních pedagogů, psychologů, psychiatrů, manželských poradců apod. se očekává, že jsou schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální a emoční problémy. Kromě nich dnes existuje sbor profesionálů, jako jsou např. duchovní, lékaři nejrůznějšího zaměření, zdravotní sestry, učitelé a lektori, policisté, konzultanti, probační pracovníci a mnoho dalších, kteří jednají s klienty prožívající nesnáze, problémové situace a životní krize.

Vztah je nutné navázat se všemi klienty, kteří si žádají pomoc. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak musíme zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval.

3.1 Profesionální pomáhání a syndrom vyhoření

Mezi obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese patří:¹⁸

- *zdatnost a inteligence* – fyzická zdatnost, touha se vzdělávat teorií i praktickými technikami, emoční i sociální inteligence,
- *přitažlivost* – nejen fyzického vzhledu, ale i jak dalece vnímá klient názorovou příbuznost, myšlenkovou slučitelnost i citový příklon k pracovníkovi, jak pracovník umí jednat s klienty,
- *důvěryhodnost* – smysl pro čestnost, srdečnost, otevřenost, diskrétnost a porozumění,
- *komunikační dovednosti* – základním prostředkem navázání vzájemného vztahu:
 - a) *fyzická přítomnost* – pracovník účelně pomáhá klientovi už tím, že se s ním setká, fyzicky i psychologicky,
 - b) *naslouchání* – schopnost přijímat a rozumět signálům, které klient vysílá – verbální, neverbální, vyjádřené otevřeně nebo skrytě,
 - c) *empatie* – vcítění se do uvažování, pocitů a problémů klienta, schopnost reagovat na jeho chování s pochopením,

¹⁸ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 52 – 53.

- d) *analýza klientových prožitků* – schopnost nalézt, vyjádřit popsat klientovy zážitky, chování a pocity.

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou často přetíženi množstvím lidí, o které se mají postarat, nemají pro svou práci dobré podmínky, vyčerpává je soucit. Někteří pomáhající potřebují aktivně myslet na to, aby jejich profesionální zájmy nepohltily veškerý jejich volný čas, aby zůstal prostor na koníčky, kulturu a společenský život. Pro pomáhajícího je ovšem velmi významné, jaké má zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v manželství, partnerství a rodině energii vysávají. Klienti od sociálního pedagoga potřebují, aby je v zásadě přijali, akceptovali, aby jim věnovali jistou základní náklonnost bez ohledu na to, zda jednájí lépe či hůře. Tentýž postoj potřebuje každý člověk zachovávat i vůči sobě samému. Dvojnásob je takového postoje vůči sobě zapotřebí člověku pomáhajícímu. Jinak se dostane na šikmou plochu narůstajícího vyčerpání, které skončí stavem vyhoření.¹⁹

Syndrom vyhoření (angl. *burnout syndrom*) nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím. Prakticky každý pracovník má po určité době jeho projevy. Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců. Pro sociálního pedagoga je nejnáročnější práce:

- s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně např. ve vězení, výchovných ústavech, některých odděleních psychiatrických léčeben aj.,
- s klienty trpícími velmi vážným postižením,
- s klienty umírajícími v domácnostech, nemocnicích, hospicích či domovech důchodců,
- s klienty, jejichž chování bývá vzdáleno sociální normě, jedná se např. o psychózy, sexuální deviace aj.,
- s agresivními klienty.

¹⁹ KOPŘIVA, P. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 94 – 101.

Mezi *typické projevy syndromu vyhoření* patří:

- snaha vyhýbat se intenzivním nebo delším kontaktům s klienty,
- lpění na standardních zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů,
- práci věnovat minimum energie,
- deprese, lhostejnost, cynismus,
- ztráta sebedůvěry,
- časté pracovní neschopnosti – tělesné i psychické potíže, celkové vyčerpání,
- omezování komunikace s kolegy, časté konflikty s nimi,
- v ojedinělých případech i zneužívání klientů.²⁰

3.2 Nebezpečí moci v rámci vztahu pomáhání

V sociální práci je třeba často jednat proti vůli klienta, který nebývá schopen sám rozeznat, co je pro něj dobré. Za určitých okolností dává zákon sociálnímu pedagogovi možnost prosazovat opatření, jež se mu zdají správná. Jestliže tyto možnosti chybí, úřady jsou bezmocné.

Všichni lidé činní v sociálních profesích, všichni, kteří pracují, aby „pomáhali lidem“, jsou v psychologickém pozadí svého konání velmi rozpolcení. Vůči okolí a před vlastním svědomím se sociální pedagog cítí zavázán k tomu, aby měl jako hlavní motiv svého konání *ochotu pomáhat*. Může však nastat pravý opak. Nikoli přání pomáhat, ale potěšení spojené s touhou vládnout a zbavit klienta moci. V denním životě to většinou bývá tak, že pokud se necháme příliš vést mocenskými choutkami, trpíme pak často výčitkami svědomí.

Problém mocenského stínu hraje v kolektivním negativním zrcadlení profese sociálního pedagoga opravdu velkou roli. Zde může být sociální pedagog představen jako někdo, kdo se do všeho míchá, vnucuje klientovi svou vůli, aniž by skutečně chápal, o co jde. Je vnímán jako někdo, kdo se snaží všechno pořádat podle svých omezených, moralistických měřítek, bývá veden potěšením z moci, je uražený a zlý,

²⁰ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s 55.

jestliže jeho moc není uznávána. Takové negativní kolektivní obrazy nesmíme brát příliš tragicky, ale na druhé straně je nemůžeme jen tak odmítnout. Měli bychom dobře uvážit, zda v nich přece netkví kus pravdy. Klasický staromódní „sociální pečovatel“ a „sociální pečovatelka“ mohli mít velký mocenský stín. Dalo by se argumentovat, že u moderního sociálního pedagoga se tento problém vyskytuje jen zřídka. Otevřený přístupný sociální pedagog dnešní doby je psychologicky školený a snaží se klienta chápat z psychologických hledisek a pomoci mu. Sociální pedagog dokáže proniknout nejen do jeho sociálních a ekonomických poměrů, ale i do jeho psychologických záležitostí.²¹

3.3 Role sociálního pedagoga

Co člověka vede k tomu, že se zabývá temnými stránkami sociálního života? Co ho na této neutěšené stránce života fascinuje? Musí jít o zvláštní druh lidí. Průměrný „zdravý“ člověk se snaží nešťěstí a utrpení bližních, pokud se ho právě bezprostředně netýká, co možná odsunout nebo na ně zapomenout. Případně se s nimi setkat jen tu a tam z příjemného odstupu v časopise nebo televizi. Jen málokdo chce být denně konfrontován se starostmi jiných lidí, protože každý má dost těch svých. Říci, že se v případě sociálních pedagogů jedná o lidi, kteří jsou požehnáni zvláště velkou láskou k lidem, prostě není pravda. V této profesi ani nepůsobí jen přesvědčení křesťané, kteří jsou toho názoru, že láska k bližním vyjadřující se v pomoci nešťastným, nemocným je nejvyšším Božím přikázáním. Mělo by se jednat o lidi s velmi specifickou psychologickou strukturou, kteří si jako životní úlohu stanovili vystavovat se denně pomoci druhým lidem.

Profese sociálního pedagoga byla v českém státě v posledních padesáti letech zásadně poškozena. Vývoj tohoto oboru byl po únoru 1948 přerušen a po obnovení sociální práce držen na úrovni středního školství. Neexistence vysokoškolského vzdělání a degradace sociální práce na administrativní znemožnila dostatečnou přípravu sociálních pedagogů na nástrahy dnešní doby. Ještě několik let po listopadu 1989 převládala na některých školách administrativa nad vlastní metodologií sociální práce.

²¹ GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 7 – 20.

Vzdělávání sociálních pracovníků převzaly vyšší odborné a vysoké školy. Nový zákon o sociálních službách upravuje v části osmé předpoklady pro výkon sociálního pracovníka a tato úprava v § 110 vyžaduje, aby sociální pracovník měl vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání.²²

Při přijímání nových sociálních pedagogů je jejich zaměstnání již podmíněno splněním požadavku na odbornou kvalifikaci. Nejčastěji nastupují pracovníci, kteří absolvovali vyšší odbornou školu se zaměřením na sociální práci, vysokoškolské sociální pracovníci vzdělání v bakalářském nebo magisterském studijním programu. Především se pak jedná o obory sociální a charitativní práce nebo nově i s možností vzdělání přímo v oboru „sociální pedagog“.

Otvírá se možnost odborného přístupu kvalifikovaných pracovníků ke klientům, kteří se ocitli v těžkých životních a sociálních situacích. Funkci sociálního pedagoga vymezuje Zlatica Bakošová ve své knize „Sociálna pedagogika ako životná pomoc“, takto: „*Sociální pedagog je odborník, který je teoreticky i prakticky připravený ve vysokoškolském studiu na sociálně-výchovnou činnost. Je odborníkem, jehož všeobecné kompetence spočívají v pomoci a podpoře dětem, mládeži, dospělým, rodičům a jejich podpoře v situacích vyrovnávání deficitu socializace a hledání možností zlepšení kvality života prostřednictvím výchovy, vzdělávání, prevence, poradenství.*“²³

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, vede sociální agendy v oblasti hmotné nouze či sociálně právních problémů v zařízeních sociální péče, provádí sociálně právní poradenství, odbornou činnost v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Dále pak poskytuje pomoc v krizových situacích, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. Kromě vzdělání, je dalším předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.ⁱⁱ

²² ŽÁRSKÝ, M. Dopis ředitele odboru sociálních služeb MPSV Martina Žárského sociálním pracovníkům. *Sociální práce*, 2007, č. 1, s. 130.

²³ BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo public promotion, 2008, s. 192.

3.4 Sociální šetření

Zákon o sociálních službách vnesl do sociální práce nová pravidla, zvláště co se týče jedné metody jeho práce – tzv. sociálního šetření, které je od 1. 1. 2007 jednou z etap procesu rozhodování o sociální dávce – příspěvku na péči.

Sociální šetření vykonávají sociální pracovníci – úředníci obcí s rozšířenou působností v rámci správního řízení o příspěvku. Základní metodou práce terénního sociálního pracovníka je *rozhovor s klientem*. Často je to prostá konverzace v domácím prostředí, zdánlivě neformální, při kterém sociální pracovník cílenými dotazy zjišťuje klientovu nepříznivou situaci v souvislosti s nepříznivým zdravotním stavem. Potřeba pomoci, míra závislosti, vychází z úkonů běžného každodenního života, při nichž potřebuje klient *pomoc* nebo *dohled*.

Při posuzování péče o vlastní osobu a při posuzování soběstačnosti se pro účely stanovení stupně závislosti a stupně příspěvku hodnotí schopnosti zvládat dané úkony. Úkony, které se posuzují, jsou vyjmenovány v zákoně o sociálních službách a podrobně uvedeny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 505/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pro účely sociálního šetření je využíván interní doklad Městského úřadu Kuřim (*příloha č. 1*). Jak moc je sociální situace nepříznivá se odrazí v tom, do jakého *stupně závislosti* je klient zařazen.

Sociální šetření se opakuje v případě kontroly využívání příspěvku na péči. Především je zjišťováno, zda je příspěvek na péči využíván na zajištění pomoci a zda osobě, které byl příspěvek přiznán, je poskytována pomoc odpovídající stanovenému stupni závislosti. V rámci kontrolního šetření se provede kontrola platnosti podpisu poskytovatele sociální služby, dokladů o platbách úhrad za poskytnuté sociální služby podle platných právních předpisů aj.

3.5 Dílčí závěr

Pomáhající povolání mají mnohé specifické rysy. Mimo jiné je to práce, která nám může energii dodávat, ale zrovna tak i ubírat. Pomáhání je činnost náročná na energii. Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce, úcty k vlastnímu životu. Není to žádný neurotický egocentrismus. Je to normální podmínka šťastného života pro každého. Pro toho, kdo pomáhá, je to pak ještě i pracovní požadavek. Více než v mnoha jiných profesích je zde třeba myslet na hospodaření silami a na jejich obnovu.

Většina povolání určitým způsobem slouží blahu a prospěchu lidí. Činnost lékařů, duchovních, učitelů, psychoterapeutů a sociálních pedagogů však zahrnuje speciální přímé výkony pomoci, určené především lidem nešťastným, nemocným či postiženým.

Co motivuje člověka k tomu, aby vykonával obtížnou pomáhající profesi, jako je sociální pedagog? To, proč se sociální pedagog rozhoduje pro své těžké a zodpovědné povolání, má nejrůznější psychologické příčiny a u každého je tomu jinak. Lze však najít určité, všem sociálním pedagogům společné důvody, proč se někdo chce zabývat sociální prací a také v tomto povolání vytrvá. Jde především o horlivé, nadšené, až po samé meze se angažující sociální pedagogy, kteří něco pro své klienty chtějí vykonat a kteří opakovaně propadají mocenskému stínu. Lhostejný sociální pedagog většinou formálně vykonává své povinnosti a není zasažen ani pozitivní, ani negativní stránkou své činnosti.

II. Praktická část

4. Vývoj sociálního zabezpečení v období 2006 až 2009

Zdravotní stav změněný úrazem, onemocněním, postižením či v důsledku stáří je pro rodinu vysoce náročný jak v oblasti sociální, tak i finanční. Praktická část práce je zaměřena na problematiku sociální pomoci osobám pečovaným i pečujícím prostřednictvím peněžních sociálních dávek v prostředí domácí péče.

V úvodu praktické části budou krátce představeny sociální dávky z hlediska různých právních úprav. Jedná se o sociální dávky – *příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost* platných dle právních úprav do 31. 12. 2006 a *příspěvek na péči* poskytovaný lidem závislým na pomoci druhých osob od 1. 1. 2007, kdy vešel v platnost zákon o sociálních službách.

V další praktické části práce budou metodou statistické analýzy srovnány vybrané sociální dávky kuřimském regionu z hlediska právních úprav před vydáním zákona o sociálních službách a po jeho účinnosti.

V závěru praktické části bude ve vybraném vzorku devíti rodin prostřednictvím kazuistik porovnána jejich sociální situace v souvislosti s poskytováním sociálních dávek před přijetím zákona o sociálních službách a po jeho účinnosti.

4.1 Sociální dávky

Právní úprava:

- *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů* (zejména § 80 – 85).
- *Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů* (zejména § 24).
- *Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*

Poskytování *příspěvku při péči o blízkou nebo jinou osobu* bylo upraveno v § 80 a násl. zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Tento příspěvek náležel osobě, která pečovala osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která byla převážně nebo úplně bezmocná nebo byla starší 80 let a částečně bezmocná. Příspěvek náležel i osobě, která pečovala o jinou než blízkou osobu, pokud spolu žili v domácnosti. Tento příspěvek náležel i rodiči nebo prarodiči, popřípadě jinému občanovi, který převzal dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu, pečujícímu osobně celodenně a řádně o nezletilé dítě starší jednoho roku, které je podle zvláštního předpisu dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči – vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.²⁴

Pojem osoba blízká

Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní.

Příspěvek se poskytoval ve výši rozdílu mezi příjmem pečujícího občana v kalendářním měsíci a

1. 1,6 násobkem částky považované podle zákona o životním minimu za potřebnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb osoby, která není zaopatřeným dítětem, pečuje-li o jednu osobu.
2. 2,75 násobkem této částky, pečuje-li o dvě nebo více osob.

Tento příspěvek byl od roku 1988 několikrát novelizován a částka příspěvku se zvyšovala od počátečních 3 776 Kč na jednu osobu až na částku 5 400 Kč v roce 2006. Při péči dvou a více osob z počátečních 6 490 Kč na částku 9 240 Kč. Příspěvek se vyplácel každý měsíc pověřeným obecním úřadem osobě, která poskytovala péči a nenáležel po dobu pobytu oprávněného v cizině.

²⁴ Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Druhou sociální dávkou, která poskytovala finanční pomoc osobám závislým na pomoci jiných osob, bylo *zvýšení důchodu pro bezmocnost* upravené v ustanovení § 70 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Bezmocnost byla posuzována podle § 2 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Bezmocnost posuzoval pro účely příspěvku posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení v souladu s § 8 odst. 1 písm. b) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a to na základě žádosti pověřeného obecního úřadu, který byl kompetentní k rozhodování o příspěvku.²⁵

Vyhláška stanovila tři stupně bezmocnosti, na jejichž základě občan obdržel navýšení důchodu o určitou finanční částku, případně možnost použít finanční pomoc prostřednictvím *příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou*.

Jestliže byl důchodce tak trvale bezmocný, že potřeboval ošetření a obsluhu jinou osobou, zvýšil se mu důchod z důchodového pojištění, popřípadě úhrn z těchto důchodů

- při *částečné bezmocnosti* o 20% (o 472 Kč v r. 2006),
- při *převážné bezmocnosti* o 40 % (o 944 Kč v r. 2006),
- při *úplné bezmocnosti* o 75 % (o 1 770 Kč v r. 2006) částky, která se podle zákona o životním minimu považovala za potřebnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb osoby, která není zaopatřeným dítětem (tj. 2 360 Kč v r. 2006).

O bezmocnosti rozhodovala Česká správa sociálního zabezpečení. Pečující osoba byla zdravotně i důchodově pojištěna, a pověřený obecní úřad vydával této osobě písemné potvrzení prokazující dobu péče.

²⁵ Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Tyto výše uvedené sociální dávky byly od 1. 1. 2007 plně nahrazeny novým systémovým prvkem poskytování sociální péče – *příspěvkem na péči*.

Právní úprava:

- *Zákon č. 108/2006 Sb.*, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 505/2006 Sb.*, ve znění pozdějších předpisů.

Podstatou a účelem tohoto příspěvku je finančně přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Osoba, které příspěvek náleží, může tuto dávku využít k zakoupení sociální služby, pokud péči poskytne registrovaný poskytovatel sociálních služeb, nebo může poskytnout určitou finanční částku pečující osobě. Tou může být např. rodinný příslušník nebo jiná osoba. Možná je i kombinace obou možností.

Ustanovení zákona o sociálních službách provádí vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. Nárok na příspěvek je založen na systému individuálního posuzování schopnosti osob zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti při běžné denní činnosti. Tím se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí komunikace, obstarat si a vyřídit osobních záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Nárok na příspěvek na péči má každý, kdo je v nepříznivé sociální situaci. To znamená, že člověk potřebuje *fyzickou pomoc, dohled druhé osoby* nebo *sociální službu* k tomu, aby mohl žít ve společnosti způsobem, který je běžný. Dítě do jednoho roku na příspěvek na péči nárok nemá, i kdyby výše uvedenou pomoc také potřebovalo.

O příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností. Je vyplácen měsíčně osobám, o které je pečováno, nikoliv tomu, kdo péči zajišťuje. Žadatel a příjemce příspěvku se musí podrobit lékařskému vyšetření, sociálnímu šetření, plnit ohlašovací povinnost do 8 dnů, kdy nastaly změny ve skutečnostech rozhodných pro nárok na příspěvek a dále musí využívat příspěvek k zajištění pomoci.

Pojem osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby

Osoba se dle zákona považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při určitém počtu úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku je odlišně stanovena pro děti do 18 let věku a pro dospělé osoby.

Stupeň závislosti na pomoci se stanovuje ve čtyřech stupních. Toto odstupňování má umožnit dostatečně podrobně, spolehlivě a přitom vysoce individuálně zhodnotit potřeby osob, jejichž dlouhodobý zdravotní stav vyžaduje poskytování péče a následně poskytování potřebné služby.²⁶

Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách, o čemž vypovídá tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Výše příspěvku a stupeň závislosti na péči (měsíčně v Kč)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku pro osobu v Kč	
	do 18 let	zletilou
<i>(číslo za lomítkem udává počet úkonů u osoby do 18 ti let věku)</i>		
I (lehká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více ne 12/5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	3 000	2 000
II (středně těžká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18/10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	5 000	4 000
III (těžká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24/15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost	9 000	8 000
IV (úplná závislost) - osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30/20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost	12 000	12 000

Zdroj: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 11

²⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zdravotní pojištění je za pečující osobu hrazeno státem v případě, že pečuje o závislou osobu, které náleží příspěvek na péči II. – IV. stupně, nebo pečuje o závislou osobu, které náleží příspěvek na péči I. stupně a která je mladší 10 let. Nárok na úhradu sociálního pojištění má však pečující osoba pouze v případě, že se jedná o osobu blízkou nebo se závislou osobou žije ve společné domácnosti.

Sociálním pojištěním se v tomto případě rozumí pouze to, že doba péče o osobu závislou je považována za *náhradní dobu pojištění pro nárok na důchod*. Pečující osoba nemá nárok na nemocenské dávky, peněžitou pomoc v mateřství, ošetrovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, pokud nemá jiné příjmy z výdělečné činnosti.

4.2 Komparace vývoje regionálních sociálních dávek

Tato kapitola je zaměřena na srovnání sociálních dávek v období před vydáním zákona o sociálních službách (do 31. 12. 2006), kdy byly v platnosti sociální dávky *příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost*. Tyto dávky budou srovnány s novou sociální dávkou, platnou od 1. 1. 2007 – *příspěvkem na péči*.

Výsledky srovnání sociálních dávek jsou zpracovány v jednoduchých tabulkách, které jsou přílohou bakalářské práce.

Každou tabulku doplňuje stručný komentář.

Příloha č. 2. V rámci kuřimského obvodu byla provedena analýza regionálních údajů, která byla zaměřena na zjištění počtu osob pečujících o osoby závislé na pomoci jiných fyzických osob, kterým náležel *příspěvek při péči o blízkou osobu nebo jinou* a výše vyplacených dávek v měsíci prosinci 2006.

Bylo zjištěno, že v měsíci prosinci 2006 poskytovalo péči celkem **87 osob** a bylo vyplaceno **469 800 Kč**, z toho:

- 30 osob poskytovalo péči osobám do 18 let (35%),
- 57 osob poskytovalo péči o osoby starší 18 let (65 %).

Příloha č. 3. V rámci kuřimského obvodu byla provedena analýza regionálních údajů, která byla zaměřena na zjištění počtu „bezmocných osob“ a vyplacených dávek „zvýšení důchodu pro bezmocnost“ k 31. 12. 2006. Bylo zjištěno, že v prosinci 2006 bylo Českou správou sociálního zabezpečení **300 „bezmocným“ osobám vyplaceno 218 064 Kč**, z toho:

- 180 osob (60 %) pobíralo částečnou bezmocnost,
- 96 osob (32 %) převážnou bezmocnost,
- 24 osob (8 %) úplnou bezmocnost.

Příloha č. 4. V prosinci 2009 byla v rámci kuřimského obvodu provedena analýza regionálních údajů, která byla zaměřena na zjištění počtu osob (stáří nad 18 let), příjemců dávky „příspěvek na péči“ a zjištění vyplacených dávek k 31. 12. 2009. Bylo zjištěno, že sociálním odborem Městského úřadu Kuřim byla **462 osobám (starším 18 let) závislým na pomoci jiných fyzických osob** vyplacena částka **2 260 000 Kč**. Z tohoto počtu mělo přiznanou závislost:

- v I. stupni 166 osob (36 %),
- v II. stupni 157 osob (34 %),
- v III. stupni 92 osob (20 %),
- v IV. stupni 47 osob (10 %).

Příloha č. 5. V prosinci 2009 byla v rámci kuřimského obvodu provedena analýza regionálních údajů, která byla zaměřena na zjištění počtu osob (stáří do 18 let), příjemců dávky „příspěvek na péči“ a zjištění vyplacených dávek k 31. 12. 2009. Bylo zjištěno, že sociálním odborem Městského úřadu Kuřim byla **34 osobám mladším 18 let** vyplacena **částka 237 000 Kč**. Z tohoto počtu mělo přiznanou závislost:

- v I. stupni 10 osob (do 18 let), (36 %),
- v II. stupni 9 osob (do 18 let), (34 %),
- v III. stupni 6 osob (do 18 let), (20 %),
- v IV. stupni 9 osob (do 18 let), (10 %).

4.3 Shrnutí

Právní úprava zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a v něm zakotvený *příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu* svou výší neodrážela náročnost vykonávané péče ani její společenské ohodnocení. Právní úprava neumožňovala poskytnutí příspěvku osobě mladší 80 let, i když byla částečně bezmocná. Dále pak pečující osoba (příjemce příspěvku) byla omezena ve výdělečné činnosti. V roce 2006 si mohla pečující osoba přivydělat 2,5 násobek životního minima při péči o jednu osobu, tedy do 6 000 Kč za měsíc. Pokud pečoval v rodině důchodce (starobní nebo invalidní), ve větší míře na tento příspěvek nedosáhl, neboť výše jeho důchodu byla obvykle vyšší než částka příspěvku – 5 400 Kč. Výše příspěvku byla velice nízká, rodinný pečovatel se tak nacházel často v obtížné sociální situaci.

Proto také v roce 2006 v rámci kuřimského regionu byl *příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu* poskytován pouze 57 osobám starším 18 let, i když „bezmocných“ vyplácených Českou správou sociálního zabezpečení bylo celkem 300 osob.

Právní úprava zákona o sociálních službách a v něm zakotvený systémový prvek *příspěvek na péči* přinesl od 1. 1. 2007 mnoho změn v poskytování finanční pomoci. Příjemcem příspěvku na péči se stává osoba pečovaná nikoliv pečující. Výše příspěvku není závislá na výdělečné činnosti příjemce a pečující osoba si může přivydělat neomezeně. V roce 2009 počet příjemců *příspěvků na péči* tak vzrostl až na 462 osob.

Na základě výše zjištěných skutečností lze konstatovat, že za období posledních čtyř let, kdy je v platnosti zákon o sociálních službách a jeho systémový prvek – *příspěvek na péči*, vzrostl jak počet příjemců této sociální dávky, tak i počet pečujících osob. Výrazně stoupla také výše vypláčených finančních částek příspěvku na péči. Tato situace přinesla rodinám, ve kterých je poskytována pomoc a podpora osobám závislým na pomoci jiných fyzických osob, zlepšení jejich sociální situace.

Jedním z aspektů zvýšeného nárůstu počtu příspěvků na péči je také rostoucí nezaměstnanost, která v současné době dosahuje až 10 %. Rodinní příslušníci si takto často řeší svou finanční situaci se ztrátou zaměstnání a stávají se pečujícími osobami svých blízkých. V důsledku toho dochází často ke zneužívání této sociální dávky a je tudíž na sociálních pracovnících, aby frekvenci výskytu těchto negativních jevů v rámci výkonu kontrolní činnosti minimalizovali.

4.4 Kazuistiky vybraných klientů sociálních dávek

Hlavním cílem práce je zjištění cílové otázky, zda příspěvek na péči přinesl lidem závislým na pomoci jiných fyzických osob a osobám pečujícím zlepšení sociální situace v rodině a tím i zlepšení kvality jejich života.

Výzkumný proces probíhal v průběhu roku 2009 v obcích kuřimského regionu a měl několik fází. Nejprve bylo třeba zvolit metodu sběru dat. Poté bylo vytipováno devět vhodných klientů, kteří odpovídali danému záměru. První kontakt s klienty byl navázán prostřednictvím sociálního odboru. Následně bylo využito techniky polostandardizovaného rozhovoru.

Rozhovor s vybranými klienty byl veden v rámci sociální práce. Při rozhovorech jsem vycházela z předem připravených otázek: jaké mají klienti rodinné poměry ekonomické i vztahové, jaké mají zdravotní obtíže, kdo jim poskytuje pomoc a péči, jak jsou spokojeni s domácí péčí, jaké využívají sociální služby, jak hodnotí sociální situaci v souvislosti s poskytováním příspěvku na péči.

Během kontaktu s klienty bylo maximálně dbáno na dodržení hlavních zásad vedení rozhovoru, tedy klást otevřené a jasně formulované otázky, pozorně naslouchat, vyhýbat se otázkám naznačujícím odpověď, zachovávat si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat, vytvářet vztah důvěry, vstřícnosti, a projevovat zájem a empatii.

Za účelem získání odpovědí na položené otázky byla zvolena kvalitativní analýza, neboť vyhovovala nejlépe záměru práce. Jednou z předností kvalitativní strategie je možnost osobního setkání s klienty. Závěrečná fáze patřila interpretaci a analýze získaných dat.

Pro tuto práci byl vybrán vzorek devíti klientů, kterým je poskytována podpora a pomoc lidem závislým na pomoci jiné fyzické osoby v rámci domácí péče. V prvních třech kazuistikách byly vybrány osoby zdravotně postižené ve věku od 30 do 40 let, další tři kazuistiky se týkaly dětí do 18 let a poslední třetice byla věnována seniorům. V rámci humanistického přístupu byla zachována anonymita všech klientů.

Klient č. 1

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Muž, 35 let, svobodný, bezdětný, středoškolské vzdělání, společná domácnost s rodiči v rodinném domě 4+1.

Zdravotní postižení: tělesné, míšní poranění páteře, těžká hybnost typu kvadraparesy, těžká fatická porucha.

Narodil se jako první dítě, porod proběhl bez komplikací, v dětství prodělal běžné nemoci. Od tří let navštěvoval mateřskou školu, po absolvování základní školy vystudoval střední odbornou školu stavební, kterou zakončil maturitou. Byl vždy velmi ctižádostivý, pracovitý, kamarádský. Udržoval dobré vztahy se svým starším bratrem. Byl zaměstnán v soukromé firmě. Při návratu ze služební cesty došlo k automobilové nehodě. V několika osudových vteřinách se mu změnil život, ocitl se na invalidním vozíku. Dříve plně zaměstnaný, samostatný jedinec, nyní odkázaný na pomoc druhého

člověka i při naplňování základních biologických potřeb. Zásadní změnou pro něj a rodiče byl přechod do domácího prostředí. Bylo zapotřebí upravit bydlení na bezbariérové a přizpůsobit zdravotně postiženému celý život. Přes veškerou rehabilitační péči potřebuje pomoc ve většině úkonů o vlastní osobu a při většině úkonů soběstačnosti.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byla péče o nesoběstačného člena rodiny poskytována z dávek důchodového zabezpečení. Pečující osoby neměly nárok na výplatu příspěvku při péči o blízkou osobu (výše jejich důchodu převyšovala částku tohoto příspěvku – 5 400 Kč). V r. 2009 se v důsledku příspěvku na péči zvýšil příjem rodiny, důchody rodičů ani klienta nevykloučily přiznání příspěvku na péči.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Klient: plný invalidní důchod	10 180 Kč
převážná bezmocnost	960 Kč
Otec: starobní důchod	9 847 Kč
Matka: starobní důchod	5 464 Kč
Celkem:	26 451 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Klient 38 let: plný invalidní důchod	11 330 Kč
příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Otec: starobní důchod	10 867 Kč
Matka: starobní důchod	6 522 Kč
Celkem :	40 719 Kč

Závěr: příspěvek na péči přinesl výrazné *zlepšení* sociální situace rodiny. Je plně využito na podporu a pomoc převážně domácí péče. Díky příspěvku si zdravotně postižený klient může dovolit 3 x týdně placenou osobní asistenci. Nejprínosnější na této službě je navázání blízkého, osobního vztahu s asistentem. Klient tak ulehčí i svým rodičům, neboť již jsou důchodového věku a celodenní péče je pro ně fyzicky i psychicky velmi náročná.

Klient č. 2

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Žena 31 let, vdaná, bezdětná, středoškolské vzdělání, společná domácnost s manželem, bezbariérový byt ve vlastnictví 1+kk.

Zdravotní postižení: tělesné (progresivní svalová dystrofie).

Narodila se jako zdravé dítě, bez žádných vážných zdravotních problémů. Ve 2,5 letech navštěvovala jesle, poté mateřskou školu. V 7 letech nastoupila do základní školy, po jejím úspěšném absolvování byla přijata na střední ekonomickou školu, kterou ukončila maturitou. Byla vždy kamarádká, měla mnoho přátel. Ráda sportovala, jezdila na tábory. V 11 letech si začala stěžovat na velké bolesti nohou. Prodělala nesčetná vyšetření, která prokázala těžké svalové onemocnění. Došlo postupně k nehybnosti dolních i horních končetin a k trvalému upoutání na invalidní vozík. Jejím velkým pomocníkem je kromě manžela a rodičů také vycvičený asistenční pes.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byl manžel klientky zaměstnán na 4 hodiny denně v místě bydliště. Po dobu jeho nepřítomnosti byla zajištěna péče rodinnými příslušníky, byl poskytnut příspěvek při péči o blízkou osobu. V roce 2009 v důsledku zhoršení zdravotního stavu ukončil manžel klientky zaměstnání, neboť péče vyžadovala celodenní dohled a pomoc. Klientce byl přiznán příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Klient: plný invalidní důchod	6 523 Kč
převážná bezmocnost	960 Kč
Manžel: zaměstnaný na 4 hod. denně	7 025 Kč
příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
Celkem	19 908 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Klient 34 let	plný invalidní důchod	8 123 Kč
	příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Celkem		20 123 Kč

Závěr: příspěvek na péči přinesl nepatrné *zlepšení* sociální situace rodiny. Podpora a pomoc je poskytována celodenně v rámci domácí péče manželem a rodiči. Dle vyjádření klientky i pečující osoby je však příspěvek na péči využíván v rámci domácí péče. Kdyby si však klientka měla sociální služby, které každodenně potřebuje hradit registrovanými poskytovateli péče, výše příspěvku by jí nestačila.

Klient č. 3

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Muž 37 let, svobodný, bezdětný, nedokončené základní vzdělání, společná domácnost s matkou, byt nájemní 3+1.

Zdravotní postižení: psychické (mentální retardace).

Klient se narodil předčasně. Po stránce vývojové byl velmi opožděn. V 5 letech byl matkou vozen do speciální mateřské školy na 4 hodiny denně s rehabilitačním programem. Od 7 let nastoupil do přípravného stupně speciální školy pro děti s mentálním postižením, kde se těžko adaptoval, byl velmi hyperaktivní až agresivní. Trpěl často epileptickými záchvaty, byl často hospitalizován. Vyrůstal s bratrem o 2 roky starším. Otec se z rodiny odstěhoval, psychicky neunes postižení syna. V plnoletosti byl klient v důsledku svého mentálního postižení zbaven způsobilosti k právním úkonům, jeho opatrovníkem byla soudem stanovená matka, která mu poskytuje v domácím prostředí celodenní pomoc i dohled.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byly klientu vypláceny dávky důchodového zabezpečení, matka nebyla zaměstnána, zůstala v domácnosti pečovat o syna a byl jí poskytován příspěvek při péči

o blízkou osobu. V roce 2009 byl poskytnut klientu plný invalidní důchod a příspěvek na péči ve IV. stupni (úplná závislost), matka dosáhla důchodového věku a příjem rodiny se tak zvýšil i o dávku důchodového zabezpečení.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Klient: plný invalidní důchod	6 526Kč
převážná bezmocnost	960 Kč
Matka: nezaměstnaná, v domácnosti	
příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
Celkem	12 886 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009 :

Klient: 40 let plný invalidní důchod	8 022 Kč
příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Matka: starobní důchod	8 625 Kč
Celkem	28 647 Kč

Závěr: příspěvek na péči přinesl výrazné zlepšení sociální situace rodiny. Příspěvek na péči je využíván na podporu a pomoc klienta v rámci domácí péče. Sociální situace rodiny se zlepšila i vzhledem k tomu, že pečující osoba dosáhla důchodového věku a byl jí vyplácen starobní důchod.

Klient č. 4

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Dítě, 4,3 let, oba rodiče, společná domácnost, byt v osobním vlastnictví 3+1.

Zdravotní postižení: psychické (atypický autismus).

Dítě se narodilo jako první dítě v rodině předčasně, o měsíc dříve, nemá sourozence. Chlapec měl velké obtíže s adaptací v mateřské škole, byl plačtivý a každou změnu v režimu snášel velmi obtížně. V šesti letech nastoupil do přípravného stupně speciálně

pedagogického centra při ZŠ pro děti nemocné autismem, kde se cítil za přítomnosti pedagogického asistenta velmi spokojený. Kolektiv s méně dětmi mu vyhovuje, neboť je samotářský, nerad navazuje nové sociální vztahy. Dítě se po stránce pohybové i intelektuální vyvíjelo od počátku opožděně, před druhým rokem absolvovalo za asistence matky měsíční pobyt s intenzivním rehabilitačním cvičením. Několikrát denně byla prováděna matkou intenzivní rehabilitace Vojtovou metodou.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byla matka s dítětem v domácí péči a byl jí poskytován příspěvek při péči o blízkou osobu a rodičovský příspěvek. Dalším příjmem rodiny byl příjem otce. V roce 2009 byli rodiče dítěte zaměstnáni. Dítě bylo příjemcem příspěvku na péči ve III. stupni (středně těžká závislost). Příjmy rodičů neměly vliv na výši příspěvku na péči a ten sloužil plně na podporu a pomoc dítěte.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Matka:	nezaměstnaná, v domácnosti	
	příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
Otec:	příjem:	25 428 Kč
Celkem		30 828 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Dítě 7,3 let – příspěvek na péči (III. st.)		9 000 Kč
Matka:	příjem (6 hodin)	8 652 Kč
Otec:	příjem:	27 862 Kč
Celkem		45 514 Kč

Závěr: sociální situace rodiny se poskytnutím příspěvku na péči výrazně zlepšila. I když je v rodině zdravotně postižené dítě, příspěvek na péči umožňuje zaměstnanost obou rodičů a je vyplácen v plné výši. Dítě za pomoci a dohledu pedagogického asistenta navštěvuje školské zařízení a příspěvek na péči je plně využit na úhradu nákladů, které jsou spojeny s prací pedagogického asistenta i ostatní pomocí o zdravotně postižené dítě.

Klient č. 5

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Dítě 9,4 let, společná domácnost s matkou a sourozencem (12,5 let), rodinný dům 3+1.

Zdravotní postižení: psychické i tělesné (dětská mozková obrna, spastická tetraparéza, těžká psychomotorická retardace).

Dítě se narodilo předčasně, o 2,5 měsíce dříve, nastaly komplikace při porodu. Od narození dítě leží pouze na zádech anebo na břiachu, nesedí, nechodí, neleze, obrací se za pomoci jiné fyzické osoby na boky. Dítě se nikterak nevyvíjí tělesně ani duševně. Chlapec je s matkou v domácím ošetřování, od 7 let je vožen 2x týdně do školy pro postižené děti s rehabilitačním programem na 2 hodiny denně. Jeho zdravotní stav je stabilizovaný, i přes intenzívní rehabilitaci není pozorováno výrazné zlepšení. Dítě vyrůstá se starším sourozencem a matkou. Když bylo dítěti tři roky, otec se z rodiny odstěhoval.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byla matka s dítětem v domácí péči, byl jí poskytován příspěvek při péči o blízkou osobu a dávky státní sociální podpory, otec poskytoval výživné na děti. V roce 2009 zůstala matka v domácí péči s dítětem, byl jí poskytován příspěvek na péči ve IV. stupni (těžká závislost) a dávky státní sociální podpory, otec poskytoval výživné na děti.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Matka:	příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
	přídavky na děti	1 357 Kč
	sociální příplatek	3 827 Kč
Otec:	výživné na děti	7 000 Kč
Celkem		17 584 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Dítě: 12,4 let	příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Matka:	přídavky na děti	1 310 Kč
	sociální příplatek	1 970 Kč
Otec:	výživné na děti	7 000 Kč
Celkem		22 280 Kč

Závěr: finanční aspekt rodinné péče se poskytnutím příspěvku na péči *zlepšil*. Tento příspěvek je v plném rozsahu využit na úhradu nákladů spojených s péčí o zdravotně postižené dítě. Péče je poskytována převážně v domácím prostředí, z příspěvku je hrazen také „pedagogický asistent“ (2x týdně dvě hodiny denně), 2x do měsíce odlehčovací péče ve stacionáři.

Klient č. 6

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Dítě, 4,2 let, oba rodiče, sourozenec (6,3 let), rodinný dům 4+1.

Zdravotní postižení: tělesné (dětská mozková obrna, diparetická forma lehkého až středního stupně, bez psychického postižení).

Dítě se narodilo předčasně, o 1 měsíc dříve, značně vývojově opožděné. Dítě je s matkou v domácí péči, otec je zaměstnán, starší sourozenec chodí do první třídy. Matka s dítětem absolvuje až 4x denně rehabilitaci (pod odborným vedením rehabilitačního centra v Olomouci Vojtova metoda). Výsledky jsou pozitivní, ale rehabilitace bude dlouhodobá, do školního věku 4x denně.

Sociální situace rodiny

V r. 2006 byla matka se zdravotně postiženým dítětem v domácí péči, byl jí poskytován příspěvek při péči o blízkou osobu. Dalším příjmem rodiny je příjem otce dítěte. V roce 2009 zůstala matka nadále v domácí péči s dítětem, dítě

bylo příjemcem příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti (těžká závislost). Nutné bylo zohlednit i příjem otce dítěte.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Matka: nezaměstnaná, v domácnosti

příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
Otec: příjem	33 142 Kč
Celkem	38 542 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Dítě: 7,2 let příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Matka: nezaměstnaná, v domácnosti	
Otec: příjem	34 253 Kč
Celkem	46 253 Kč

Závěr: finanční aspekt rodinné péče se poskytnutím příspěvku na péči výrazně zlepšil. Příspěvek na péči je v plném rozsahu využit na úhradu nákladů spojených s podporou a pomocí zdravotně postiženého dítěte.

Klient č. 7

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Žena, 59 let, vdaná, bezdětná, invalidní důchodkyně, vyučena, společná domácnost s manželem, nájemní byt 2+1.

Zdravotní postižení: psychické (demence při Alzheimerově nemoci).

Klientka pochází z dvanácti dětí, narodila se jako druhé dítě, rodiče už nemá. Po absolvování základní školy se vyučila tkadlenou. V mládí prodělala běžné nemoci, od 42 let se léčí na cukrovku 2. typu. Od 56 let se u ní začaly projevovat problémy s vyjadřováním a pamětí. Alzheimerova nemoc u ní se vyvíjela pozvolna a během tří let

Zdravotní postižení: smyslové – nevidomost.

Sociální situace rodiny

Klientka se narodila jako poslední ze šesti dětí, v dětství prodělala běžné dětské nemoci. Má jednu 35 let starou dceru, manžel zemřel krátce po jejím narozením na infarkt. Dceru vychovávala sama. V důsledku úrazu přišla o zrak a stala se nevidomou. Jelikož její zdravotní stav vyžaduje dohled a pomoc ve většině úkonů o vlastní osobu a soběstačnost, zůstala dcera s matkou v domácnosti. Jejím pomocníkem je také cvičený vodící pes.

Sociální situace rodiny

V roce 2006 byla podpora a pomoc o klienta hrazena z dávek důchodového zabezpečení, pečující dceři byl poskytnut příspěvek při péči o osobu blízkou. V roce 2009 byla podpora a pomoc hrazena z dávky důchodového zabezpečení a příspěvku na péči klienta.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Klient: plný invalidní důchod	6 555 Kč
převážná bezmocnost	960 Kč
Dcera: nezaměstnaná, v domácnosti	
příspěvek při péči o blízkou osobu	5 400 Kč
Celkem	12 915 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Klient, 65 let plný invalidní důchod	8 902 Kč
příspěvek na péči (III. st.)	8 000 Kč
Dcera – nezaměstnaná, v domácnosti	
Celkem	16 902 Kč

Závěr: příspěvek na péči přinesl *zlepšení* ekonomické situace rodiny. Dcera vyřešila péči o matku tak, že zůstala v domácnosti. Příspěvek na péči navýšil rodinný rozpočet. Dcera jako osoba poskytující péči je sociálně i zdravotně pojištěna.

Klient č. 9

Osobní, rodinná a medicínská anamnéza

Muž, 87 let, vdovec, starobní důchodce, dvouletá škola zemědělská bez maturity, společná domácnost s dcerou, byt 3+1.

Zdravotní postižení: kombinace psychického i tělesného (stařecká demence po těžkém úrazu hlavy, nehybnost dolních končetin – poranění míchy, invalidní vozík.

Narodil se jako páté dítě v rodině. Po pěti letech manželství mu zemřela žena, s družkou vychovával dceru. Družka již také zemřela. Prodělal běžné dětské nemoci, ve 30 letech podstoupil operaci apendixu, jinak nebyl vážněji nemocen. Byl velice pracovně aktivním a soběstačným jedincem. V 61 letech spadl ze žebříku a ocitl se krátkou dobu v bezvědomí. Poranil si míchu a ochrnuly mu obě nohy, byl také léčen na psychiatrii, kde byla diagnostikována demence po úrazu hlavy.

Sociální situace rodiny

V roce 2006 byla péče klienta hrazena z příspěvku při péči o osobu blízkou, pečující osoba pracovala na částečný úvazek. V době její nepřítomnosti byla péče zajištěna jinou osobou (sousedkou v domě). V roce 2009 se v důsledku příspěvku na péči zvýšil příjem rodiny, klientka si z příspěvku hradila pečovatelku, která byla přítomna v domácnosti po dobu zaměstnání dcery.

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2006:

Klient: starobní důchod	6 706 Kč
úplná bezmocnost	1 770 Kč
Dcera: zaměstnána na 4 hod. denně	3 000 Kč
příspěvek při péči o osobu blízkou	5 400 Kč
Celkem	16 876 Kč

Měsíční příjem rodiny k 31. 12. 2009:

Klient, 85 let starobní důchod	8 563 Kč
příspěvek na péči (IV. st.)	12 000 Kč
Dcera, zaměstnána na 8 hodin denně	13 152 Kč
Celkem	33 715 Kč

Závěr: příspěvek na péči přinesl *zlepšení* ekonomické situace rodiny v rámci poskytování domácí péče. Po dobu zaměstnání dcery suplovala péči pečovatelská služba. Byla zajištěna dovážka obědů, úklid i pedikúra.

4.5 Dílčí závěr

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na rodiny, ve kterých je poskytována pomoc a podpora lidem závislým na pomoci jiných fyzických osob *v domácím prostředí*. Většinou se jednalo o péči, kterou poskytovali rodinní příslušníci sami anebo v kombinaci s pečovatelskou službou, osobní asistencí či odlehčovací službou ve stacionářích nebo jiných zařízeních ústavní péče.

Ze své praxe sociálního pracovníka však mohu konstatovat, že se představy zákonodárců o navrácení finančních prostředků prostřednictvím příspěvku na péči zpět do systému sociálních služeb, nenaplnily. Zvláště je to evidentní u domácí péče, kde prostředím výkonu pomoci je domov. Zpravidla se jedná o neplacené členy rodiny, partnery nebo bližší přátele, kteří přímo poskytují nebo organizují péči podle svých schopností a možností. Příspěvek na péči tak většinou zůstává v rodině a sociální služby tak nejsou využívány. Mnohdy je to však i proto, že v malé obci ještě není dostatečná nabídka potřebných sociálních služeb.

Dalším úskalím příspěvku na péči je skutečnost, že příjemci příspěvku pojali ve větší míře tento druh příjmu jako vylepšení sociální situace rodiny, vytváření úspor či pomoc dětem a vnoučatům. Proto je na sociálních pracovnících, aby prováděli pravidelně kontrolu využívání příspěvku na péči a posuzovali, zda způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti.

Po zpracování šetření prostřednictvím kazuistik jsem dospěla k následujícímu závěru: ve všech devíti případech rodin, ve kterých je poskytována podpora a pomoc lidem závislým na pomoci jiných fyzických osob rodinnými příslušníky, *přinesl příspěvek na péči zlepšení sociální situace rodiny.*

Závěr

Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.

Adrian D. Wart

Nikdo z nás se nenarodil se schopností být nezávislý, vstát, začít samostatně chodit a mluvit, sdělovat svá přání. Jen lidem byla dána schopnost myslet, tvořit, prožívat a hovořit o svých zážitcích. Od početí až do smrti potřebujeme vytvářet vztahy, nějak se chovat, používat nějaký způsob dorozumívání a vnímat nejen svoje základní potřeby, ale i potřeby druhých. *Snaha pomáhat, být druhým prospěšný, je největší lidskou motivací.* Protože člověk se stává pro sebe tím, čím je pro druhé.

Podpora a pomoc lidem, kteří se v důsledku zdravotního postižení či stáří stali závislími na pomoci jiných osob, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje.

Teoretická část mé bakalářské práce se zaměřuje především na pomoc ze strany rodiny, neboť rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka. Osobám závislým na pomoci jiných se dostává také velké pomoci ze strany pomáhajících profesí. Jednou z nich je také profese sociálního pedagoga. Právě sociální pedagogika se v širším pojetí zaměřuje i na každodenní zvládání životních situací lidí potřebujících pomoc. Chrání tyto jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy těchto jedinců s možnostmi společnosti.

Praktická část bakalářské práce směřovala hlavně k zodpovězení stěžejní otázky, která byla položena již na začátku a to, *zda přinesl příspěvek na péči prostřednictvím nového systému sociálních služeb zlepšení sociální situace osobám závislým na pomoci jiných fyzických osob a osobám pečujícím.*

Porovnáním vybraných sociálních dávek kuřimského regionu a na základě kazuistik u vybraného vzorku klientů, jsem dospěla ke kladné odpovědi: **příspěvek na péči přinesl prostřednictvím nového systému sociálních služeb zlepšení sociální situace osobám závislým na pomoci jiných osob i osobám pečujícím.**

Resumé

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku pomoci lidem, kteří se z důvodu nemoci, zdravotního postižení anebo stáří ocitli závislí na pomoci jiných osob. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V první kapitole teoretické části práce je popsán vývoj populace a sociální pomoci v České republice. Krátce je připomenuta historie sociální péče, zdravotní stav a stárnutí populace.

Druhá kapitola je zaměřena na rodinnou péči o zdravotně postižené dítě a jsou zde popsána úskalí spojená se ztrátou autonomie u seniorů. Dále je zde vyzdvížena role pečující osoby a význam domácí péče.

Třetí kapitola přibližuje pomoc poskytovanou lidem závislým na pomoci jiné osoby ze strany pomáhajících profesí, zejména sociálních pracovníků a popisuje jednu z metod jeho práce – sociální šetření.

Praktická část bakalářské práce je obsažena ve čtvrté kapitole a směřuje k cíli práce. V úvodu jsou krátce představeny sociální dávky týkající se finanční pomoci osobám pečovaným i pečujícím z hlediska různých právních úprav. Je zde porovnán vývoj regionálních sociálních dávek z hlediska různých právních úprav. Prostřednictvím kazuistik u vybraného vzorku klientů je porovnána sociální situace rodin v období před přijetím zákona o sociálních službách a po jeho účinnosti.

Anotace

Bakalářská práce přibližuje pohled na současnou rodinu, ve které je poskytována podpora a pomoc lidem, kteří se v důsledku dlouhodobé nemoci, zdravotního postižení či stáří ocitli závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Ukazuje roli pečující osoby, pozitiva i negativa domácí péče. Popisuje poradenství a podporu ze strany pomáhajících profesí, zejména sociálního pedagoga. Upozorňuje na nebezpečí moci a další úskalí vzniklé v rámci vztahu pomáhání.

V praktické části představuje sociální a právní aspekty vývoje sociálních dávek před přijetím zákona o sociálních službách a po jeho účinnosti.

Klíčová slova

Podpora, sociální pomoc, sociální služby, sociální šetření, sociální pedagog, domácí péče, závislost na pomoci, senior, zdravotní postižení.

Annotation

The bachelor's thesis brings a view of the contemporary family in which support and aid is rendered to people who have become dependent on other person's help in consequence of their illness, disablement or age. It defines the role of a caring person, the pros and cons of the home care. Furthermore, the thesis deals with the consultancy and support carried out by the associated professions, namely by the social consultant. It draws attention to the danger of power and further difficulties arising from the mutual interaction.

The practical part presents the social and legal aspects of the changes in social benefits in the period of time before the Act on Social Benefits came into force as well as the contemporary state under the regulation pursuant this Act.

Keywords

Support, social aid, social services, social benefits, social monitoring, home care, dependency on help, senior, disablement, social consultant, associated professions.

Seznam použité literatury

1. Zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních lidských práv a svobod jako součást ústavního pořádku ČR.
2. Zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.
3. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.
4. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
5. Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
6. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo public promotion, 2008. 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
7. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
8. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
9. KOPŘIVA, P. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
10. KŘÍŽ, J. a kol. *Zdravotní stav populace*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 136 s. ISBN 80-7071-247-3.
11. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
12. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
13. MICHALÍK, J. *Právo a etika v péči o nemocné a postižené: nad zákonem o sociálních službách*. Brno: Repropress, 2007. 78 s. ISBN 978-80-239-9250-2.
14. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012: Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008. 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

15. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
16. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scietia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
17. RADVAN, E. *Poznámky k vypracování odborného textu*. Brno: Institut mezioborových studií, 2007.
18. RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.
19. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Albert, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.
20. WILKOVÁ, S. Jak budeme stárnout. *Magazín Dnes*, 2009, roč. 17, č. 7. s. 79.
21. ŽÁRSKÝ, M. Dopis ředitele odboru sociálních služeb MPSV Martina Žárského sociálním pracovníkům. *Sociální práce*, 2007, č. 1. s. 130.
22. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. 13.6.2008 aktual. [cit. 2010-02-09]. Dostupné na URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/2869>>.

Seznam příloh

PŘÍLOHA Č. 1 INTERNÍ DOKLAD MĚSTSKÉHO ÚŘADU KUŘIM

PŘÍLOHA Č. 2 PŘÍSPĚVEK PŘI PÉČI O OSOBU BLÍZKOU NEBO JINOU (DĚTI I DOSPĚLÍ)

PŘÍLOHA Č. 3 ZVÝŠENÍ DŮCHODU PRO BEZMOCNOST – DOSPĚLÍ (ČSSZ)

PŘÍLOHA Č. 4 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI – DOSPĚLÍ K 31. 12. 2009

PŘÍLOHA Č. 5 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI – OSOBY MLADŠÍ 18 LET K 31. 12. 2009

Příloha č. 1

Interní doklad Městského úřadu Kuřim

Městský úřad Kuřim

odbor sociálních věcí

Jungmannova 968

664 34 Kuřim

Vyplňujte pouze v případě sociálního šetření.

Seznam úkonů péče o vlastní osobu: zvládání: Z - zvládá, D - s dohledem, P - s pomocí, N - nezvládá, X - neuposuzováno

úkon	Z	D	P	N	X
a) příprava stravy					
b) podávání, porcování stravy					
c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu					
d) mytí těla					
e) koupání 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					

Seznam úkonů soběstačnosti: zvládání: Z - zvládá, D - s dohledem, P - s pomocí, N - nezvládá, X - neuposuzováno

úkon	Z	D	P	N	X
a) komunikace slovní, písemná, neverbální					
b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase i 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 (nakupování)					
h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla					
i) mytí nádobí					
j) běžný 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					

Příloha č. 2

Příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou (děti i dospělí)

Název obcí správního obvodu	Počet obyvatel k 31.12.2006	Příspěvek při péči o osobu blízkou - 12/2006				CELKEM	
		do 18 let		nad 18 let		Počet	Vyplaceno
		Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno		
Čebín	1644	2	10800	9	48600	11	59400
Česká	712	3	16200	0	0	3	16200
Hvozdec	234	1	5400	0	0	1	5400
Chudčice	770	1	5400	5	27000	6	32400
Jinačovice	556	0	0	3	16200	3	16200
Kuřim	9790	18	97200	20	108000	38	205200
Lelekovice	1548	2	10800	3	16200	5	27000
Moravské Knínice	806	2	10800	4	21600	6	32400
Rozdrojovice	730	0	0	2	10800	2	10800
Veverská Bítýška	2869	1	5400	11	59400	12	64800
Celkem	19659	30	162000	57	307800	87	469800

Příloha č. 3

Zvýšení důchodu pro bezmocnost – dospělí (ČSSZ)

Název obcí správního obvodu	Počet obyvatel k 31.12.2006	Bezmocnost osob nad 18 roků k 31.12.2006						CELKEM	
		Částečná bezmocnost		Převážná bezmocnost		Úplná bezmocnost			
		Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno
Čebín	1644	12	5664	9	8496	4	7080	25	21240
Česká	712	7	3304	2	1888	2	3540	11	8732
Hvozdec	234	2	944	1	944	0	0	3	1888
Chudčice	770	11	5192	3	2832	1	1770	15	9794
Jinačovice	556	1	472	5	4720	0	0	6	5192
Kuřim	9790	87	41064	37	34928	9	15930	133	91922
Lelekovice	1548	16	7552	12	11328	2	3540	30	22420
Moravské Knínice	806	8	3776	1	944	1	1770	10	6490
Rozdrojovice	730	2	944	3	2832	0	0	5	3776
Veverská Bítýška	2869	34	16048	23	21712	5	8850	62	46610
Celkem	19659	180	84960	96	90624	24	42480	300	218064

Příloha č. 4

Příspěvek na péči – dospělí k 31. 12. 2009

Název obcí správního obvodu	Počet obyvatel k 31.12.2009	I. Lehká závislost		II. Středně těžká závislost		III. Těžká závislost		IV. Úplná závislost		CELKEM	
		Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno
Čebín	1681	7	14000	17	68000	11	88000	4	48000	39	218000
Česká	779	7	14000	3	12000	2	16000	2	24000	14	66000
Hvozdec	252	2	4000	2	8000	1	8000	2	24000	7	44000
Chudčice	808	5	10000	8	32000	6	48000	3	36000	22	126000
Jinačovice	599	4	8000	4	16000	5	40000	3	36000	16	100000
Kuřim	10404	85	170000	72	288000	38	304000	20	240000	215	1002000
Lelekovice	1669	15	30000	14	56000	7	56000	5	60000	41	202000
Moravské Knínice	835	12	24000	11	44000	3	24000	0	0	26	92000
Rozdrojovice	823	5	10000	5	20000	1	8000	2	24000	13	62000
Veverská Bítýška	2998	24	48000	21	84000	18	144000	6	72000	69	348000
Celkem	20848	166	332000	157	628000	92	736000	47	564000	462	2260000

Příloha č. 5

Příspěvek na péči – osoby mladší 18 let k 31. 12. 2009

Název obcí správního obvodu	Počet obyvatel k 31.12.2009	I. Lehká závislost		II. Středně těžká závislost		III. Těžká závislost		IV. Úplná závislost		CELKEM	
		Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno	Počet	Vyplaceno
Čebín	1681	1	3000	1	5000	1	9000	1	12000	4	29000
Česká	779	0	0	1	5000	0	0	1	12000	2	17000
Hvozdec	252	0	0	0	0	0	0	1	12000	1	12000
Chudčice	808	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jinačovice	599	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kuřim	10404	7	21000	5	25000	4	36000	5	60000	21	142000
Lelekovice	1669	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moravské Knínice	835	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rozdrojovice	823	1	3000	0	0	1	9000	0	0	2	12000
Veverská Bítýška	2998	1	3000	2	10000	0	0	1	12000	4	25000
Celkem	20848	10	30000	9	45000	6	54000	9	108000	462	237000

ⁱ SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Albert, 2004, s. 50.

ⁱⁱ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.