

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

Stárnutí populace jako výzva pro sociální pedagogiku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Michal Vavřík**

**Vypracovala:
Hana Čaňková**

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Stárnutí populace jako výzva pro sociální pedagogiku“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 12.4.2010

.....
Podpis

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Michalu Vavříkovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Hana Čaňková

OBSAH

Úvod	2
1. PROMĚŇUJÍCÍ SE DEMOGRAFICKÁ SKLADBA OBYVATELSTVA	4
1.1 Historie demografického vývoje, úmrtnostní poměry	5
1.2 Příčiny stárnutí populace	6
1.3 Současnost	7
1.4 Prognóza	8
2. RIZIKA VYPLÝVAJÍCÍ ZE STÁRNUTÍ POPULACE	10
2.1. Ekonomické důsledky a jejich možná řešení	10
2.2 Psychosociální důsledky	13
2.3 Postavení stárnoucích žen ve společnosti	15
2.4 Věková diskriminace, ageismus	17
2.5 Senioři z pohledu sociální patologie	19
3. POMOC STÁTU SENIORŮM	20
3.1 Sociální služby	20
3.2 Příspěvek na péči	24
3.3 Ústavní péče	27
3.4 Paliativní péče	30
3.5 Vzdělávání seniorů	32
4. PEDAGOGICKÉ ASPEKTY SOCIÁLNÍ PRÁCE	34
4.1 Případové studie	37
4.2 Rozhovory s příjemci příspěvku na péči	39
4.3 Získané poznatky, analýza dat	41
5. ZÁVĚR	45
Resumé	46
Anotace, klíčová slova	47
Seznam použité literatury	48
Seznam příloh	51

Úvod

Popis problému

Předmětem mé bakalářské práce je jeden z velkých civilizačních a společenských problémů – stárnutí populace.

Stářím život nekončí, je jen další etapou života. Je to téma, ke kterému se současná společnost otáčí zády /všichni musíme být dynamičtí, pracovat, studovat, učit se cizí jazyky, jezdit na zahraniční dovolené - a stáří je přece tolik na obtíž!/, ale také přirozený a předvídatelný proces změn. Stáří, stárnutí a umírání je zásadní téma a jedinečná osobní zkušenost.

Když se podíváme, čím se zabývají nejčtenější a nejsledovanější média, komentáře, investigativní žurnalistika, veřejnoprávní televize, magazíny, zjistíme, že naše společnost nechce zatím o stáří a smrti slyšet. Pokud se v médiích senior objeví, je většinou zdravě vyhlížející, spokojený, navíc vylepšený kosmetikou či sportem. Přitom senioři jsou natolik různorodou sociální skupinou, že je nelze takto jednoduše převést do jedné šablony a tu pak mediálně prezentovat.

Co však vůbec rozhoduje o tom, že je člověk starý? Pro mladé je to věk. V minulém roce proběhl výzkum Masarykovy univerzity a Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. Dle jeho výsledků *„lidé, kterým je dnes přes třicet věří, že mládí končí kolem čtyřicítky. A že stáří začíná kolem pětadesáti. Tento pohled je podle výzkumu typický pro většinu Čechů mezi třiceti a sedmdesáti lety.“* (Mládí končí ve čtyřiceti, myslí si většina Čechů, MF Dnes, server iDnes, 19.3.2009).

Generace našich rodičů a prarodičů se domnívá, že o tom, kdy je člověk starý, rozhoduje schopnost umět se o sebe postarat. V okamžiku, kdy už to nejde, je stáří tady.

Postupem doby se ale vnímání věku mění. Stačí se podívat na některý z filmů pro pamětníky, kde byli padesátníci uctíváni jako ctihodní kmetové, nebo si vzpomenout na skutečný věk babičky Boženy Němcové.

Téma práce jsem si zvolila, neboť je blízké mé profesi. Od srpna roku 2005 jsem zaměstnána na Městském úřadě v Moravském Krumlově jako referentka odboru sociálních věcí. K agendě dávek sociální péče (nyní dávek pomoci v hmotné nouzi) nám od 1.1.2007 přibyla agenda nová – vyřizování příspěvku na péči dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. S problematikou stárnoucí populace se takto denně setkávám.

Cíl bakalářské práce

Postavení starých lidí se ve společnosti velmi změnilo také vzhledem k tomu, že za posledních 120 let se průměrná délka života zdvojnásobila. Cílem bakalářské práce je popsat problém stárnoucí populace v naší republice, pojednat o tom, co přináší prodlužující se věk obyvatelstva, o zvyšujícím se počtu nemocných a zdravotně postižených seniorů. Jak je v názvu práce uvedeno, budu se zamýšlet nad tím, jakou výzvu představuje fenomén stárnutí populace pro sociální pedagogiku.

Metody zpracování bakalářské práce

Teoreticko-metodologická část práce se zabývá získanými teoretickými poznatky o stárnutí populace, tj. základními demografickými ukazateli, statistickými údaji pro ČR, dále popisuje pomoc státu seniorům ve smyslu zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Empirická část se zabývá průzkumem ke zjišťování významu sociální práce a jejích pedagogických aspektů pro stárnoucí populaci. Pokouším se také zjistit, v čem vidí senioři výhody domácí péče a co by jim pomohlo vyrovnat se s problémy, které stáří přináší.

Při zpracování výzkumné části bakalářské práce jsem použila tyto techniky: poukázání na pedagogické aspekty sociální práce formou případových studií, rozhovory se žadateli o příspěvek na péči a s pečujícími osobami, zachycené v protokolech ze sociálních šetření.

Následně byla provedena analýza dokumentů pořízených v rámci sociálního šetření. Vycházela jsem z těchto výzkumných otázek: Jak hodnotí senioři sociální práci? Považují její sociálně-pedagogické aspekty za přínosné? Co by jim pomohlo vyrovnat se s problémy, které stáří přináší? Jak vnímají výhody popřípadě nevýhody domácí péče? Vzorek pro výzkum byl vybrán z populace účelovým výběrem.

Práce má převážně přehledový charakter, vychází hlavně z odborné literatury. Cílem je vymezit institucionální rámec problematiky stárnoucí populace.

1. Proměňující se demografická skladba obyvatelstva

K. Kalibová (1993:9) označuje **demografii** jako vědní obor, zabývající se reprodukcí lidských populací, neboli demografickou reprodukcí.

Obyvatelstvo definuje jako soubor lidí žijících na určitém území, za jehož základní charakteristiky se považují etnické a národnostní složení, rozmístění do základních sídelních jednotek, hustota obyvatelstva, struktura podle pohlaví, věku a zdravotního stavu (Kalibová, 1993:24).

„**Generací** je pak míněna skupina lidí (vrstevníků), která se narodila a dospívala přibližně v téže době bez ohledu na příbuzenský či jiný vztah. V chování jednotlivých generací existují rozdíly dané společenským vývojem. Vrstevníky spojují životní a dobově podmíněné zkušenosti, hodnotový rejstřík a způsob uvažování. Délka trvání jedné lidské generace odpovídá přibližně průměrnému věku žen při porodu prvního dítěte. U nás se v současnosti její doba prodlužuje, což odpovídá trendu ve většině rozvinutých zemí Evropy. Dnes činí kolem třiceti let. Díky prodlužování celkové průměrné délky lidského života se na světě potkávají v současnosti čtyři žijící generace lidí.“ (Tošnerová, 2009:19).

Studiem populačního vývoje se zabývali demografové již v historii. Již od 18. století vycházeli z dat o pohybu obyvatelstva: „*sčítání lidu nejsou jediné prameny využívané při studiu populačního vývoje. Demografové mají od roku 1785 k dispozici také data o pohybu obyvatelstva. Bylo to umožněno opatřeními Josefa II., jimiž byly nejprve církevní matriky prohlášeny za veřejné listiny a posléze byla správcům matrik uložena povinnost zasílat pravidelně výpisy z matrik příslušné státní správě. Současně dvorský dekret z roku 1784 předepisoval jednotný matriční formulář. Tato opatření zůstala v platnosti až do roku 1949, kdy vedení matrik ve smyslu registrů pohybu obyvatelstva jednotlivých obcí převzala zcela státní správa. Nejprve prosté součty událostí byly s rozvojem výpočetní techniky nahrazeny složitými kombinacemi, umožňujícími sledovat charakter reprodukce v její mnohostrannosti a provázanosti.*“ (Fialová,1996:141).

1.1 Historie demografického vývoje, úmrtnostní poměry

Dle Mühlpachra (2004:5) existují hypotézy, podle nichž se v prehistorických dobách stáří nedožíval nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo 65. rok života pravděpodobně jen jedno procento populace.

Pokud jde o prameny k dějinám obyvatelstva, Maur (1996: 75) uvádí, že v Evropě začíná nová situace kolem roku 1500, kdy *„historický demograf může opustit tenký led odhadů, analogií a hypotéz, opírajících se o zlomkovitě dochované lokální údaje, jež se navíc téměř nikdy (a u nás vůbec nikdy) netýkají všeho obyvatelstva příslušné lokality nebo oblasti. Místo toho mu archivy nabízejí nepřehledné množství písemností nejrůznějšího typu, které jednak evidují obyvatelstvo v celozemském měřítku, jednak jsou mnohem přesnější a úplnější než středověké prameny.“*

Z dochovaných písemností se tak můžeme dozvědět, že v první polovině 17. století došlo v českých zemích k hlubokému regresi dosud příznivého populačního vývoje. Ten zapříčinila třicetiletá válka, během níž poklesla míra porodnosti. Po roce 1650 naopak došlo k růstu obyvatelstva v českých zemích z důvodu příznivého poměru mezi natalitou a mortalitou.

Jak jsem výše popsala, jedním z historických pramenů při studiu populačního vývoje je sčítání lidu. Fialová (1996: 141 až 155) uvádí, že: *„sčítání lidu zachytilo v roce 1900 na území českých zemí 9, 437 milionu osob. Průměrný roční přírůstek na tisíc obyvatel v 18. století dosahoval 6,5 promile. Stejně rychle se zvyšoval počet obyvatel i v 19. století. Populace 18. i 19. století byla populací mladou. Děti do 15 let byla asi třetina, osob starších 50 let bylo jen o něco více než desetina“.*

„Demografie se ovšem nemůže obejít bez studia podmíněnosti demografické reprodukce, neboť tím by se zbavila možnosti vysvětlení tohoto procesu. Kritériem toho, které podmínky mají být zkoumány demografií, je jejich váha, kterou působí na demografickou reprodukci. Proto se považují přímo za demografické i takové jevy, respektive události, jako sňatek, rozvod, ovdovění, nemoc, sterilita aj. Ale vlastními demografickými událostmi jsou narození, úmrtí a potrat.“ (Kalibová, 1993: 10).

O tom, jakou roli hraje při změně reprodukčního chování obyvatelstva složka zvaná řád vymírání hovoří L. Fialová (1996:175) : *„Jestliže odhadujeme, že se v polovině 18. století lidé žijící v českých zemích dožívali v průměru 25 až 28 let, pak v polovině 19. století to bylo již více než 30 let, na počátku 20. století 40 let, na konci 20. století je to 73 let.“*

Autorka dále uvádí, že na prodloužení délky lidského života působilo několik faktorů, které se vzájemně doplňovaly a podmiňovaly. Byly to: změna epidemiologické situace, zlepšení vyživovací situace větší části obyvatelstva a komunální hygieny, zlepšení zdravotnictví a rozvoj přírodních věd, jednoho z hlavních předpokladů moderní lékařské vědy a hromadné výroby léků.

Dle Rabušice (1995:21) úmrtnost ovlivňuje na počátku procesu demografického stárnutí věkovou strukturu populace mnohem méně než fertilita a navíc opačným způsobem, než jak bychom se mohli domnívat: prodloužení lidského života díky redukci úmrtnosti má totiž ten efekt, že činí příslušnou populaci o něco mladší.

1.2 Příčiny stárnutí populace

„Příčiny demografického stárnutí populací byly již leckde dobře popsány: snižování úmrtnosti ve všech věkových skupinách, konstantní prodloužení naděje na dožití a souběžné snižování plodnosti pod zachovnou hranici 2,14 dětí na ženu.“ (Rabušic 1995, srv. Van de Kaa 1987, Atchley 1997, Moody 2002 in Vidovičová, 2008: 16).

I. Možný (2002: 22 až 23) v této souvislosti hovoří o společenských změnách, za které platí naše civilizace častějším úpadkem rodinného života a celkovým poklesem porodnosti pod míru prosté reprodukce. Rodičovství je dle tohoto autora principiálně nemožné, když se muž i žena rozhodnou pro tradiční mužskou roli a budování profesní kariéry.

Stárnutí populace je způsobeno proměnami věkového složení obyvatel a změnou věkové struktury.

Jak uvádí L. Rabušic (1995:16), věkovou strukturu každé společnosti ovlivňují tři komponenty: porodnost, úmrtnost a migrace. To, zda je populace mladá či stárnoucí, závisí dle tohoto autora především na tom, kolik ženy porodí dětí: *„rodí-li jich mnoho, jedná se o populaci mladou, neboť základna stromu života je v takovém případě široká a celkový tvar má pyramidální charakter. Rodí-li jich naopak málo, populace začne stárnout, neboť základna stromu života je úzká a podíl mladé populace vůči staré se snižuje.“*

1.3 Současnost

„Lidský věk se prodlužuje, populace stárne. V České republice je v současné době jedna pětina populace starší 60 roků a v roce 2030 to bude celá jedna třetina populace. Hrozí socioekonomický a generační kolaps společnosti, nejen naší. Stárnutí lidstva je problémem téměř celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky a Japonska.“ (Mühlpachr, 2004: 5).

Co se týče **kvality života** v České republice, lze dle I. Možného (2002: 184) hovořit o významných prvcích zlepšení, přinejmenším se nyní vede lépe našim tělům. Od poloviny minulého století po čtyřicet let totiž kolísala naděje na dožití u českých mužů kolem věku šedesáti sedmi let. Jediné poslední desetiletí jim pak přidalo více než celé čtyři roky života. Za zmínku stojí také to, že: *„úmrtnost se snížila zejména ve věkových skupinách před koncem pracovní aktivity, u padesátníků, kde se všechno podtrhne a sečte, lidské tělo už začíná být opotřebované, ale je ještě poměrně snadno léčitelné. V řadě postkomunistických zemí se v letech transformace naděje na dožití snížila, v některých stagnovala, jen Češi si život prodloužili“.*

Na tuto skutečnost reagovala i naše vláda v **Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012**: *„Vláda si ve svém programovém prohlášení stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost **kvalitě života** ve stáří. K zajištění vyšší kvality života ve stáří v kontextu demografického stárnutí jsou nezbytné koncepční změny a přijetí opatření v různých oblastech. Co učiníme nyní, významně ovlivní kvalitu života ve stáří budoucích generací a nás všech. Nevyužití příležitostí a nereagování na výzvy, které významná demografická změna přináší, může vést k neefektivním politikám a nesenzitivním službám, které nevyužívají potenciál a nezohledňují potřeby a aspirace rostoucího podílu a počtu starších lidí. Koncepční a preventivní řešení jsou levnější a efektivnější.“*

Národní program přípravy na stárnutí také požaduje zahrnout do vzdělávání policistů, právníků, pedagogů, sociálních pracovníků a dalších profesí poznatky o specifických potřebách a rizicích seniorů a další poznatky z oblasti gerontologie. I to představuje výzvu pro sociální pedagogiku.

1.4 Prognóza

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 a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. 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 15,5 krát. Výzkumem populačního vývoje se zabývá revue *Demografie*, vydávaná Českým statistickým úřadem.

Z těchto populačních projekcí usuzuje také L. Rabušic (1995: 89) na to, že: *„výrazné a plynulé zestárnutí české populace je ovšem možné očekávat v průběhu příštích 40 let, kdy po r. 2000 začnou překračovat dnešní hranici věku odchodu do důchodu silnější populační ročníky narozené v období 1940 – 1955 s akcelerací trendu po roce 2010.“*

V lednu roku 2010 vydal Český statistický úřad prognózu nazvanou *Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065*. Dle ní se Česko stane zemí seniorů, ženy budou rodit až po třicítce a imigranti zajistí, že země nezůstane bez obyvatel.

Už v roce 2014 se očekává ve všech regionech převaha počtu seniorů nad dětmi, přičemž rozdíl mezi počty občanů po 65. roce věku a počty dětí do 14 let se bude výrazně prohlubovat. Kolem roku 2030 bude na dvě stě seniorů připadat sto dětí, v roce 2065 se poměr zvýší na 245 až 354 důchodců na 100 dětí.

Odhad **demografického vývoje** jen potvrzuje, že nejperspektivnějším oborem budou v budoucnu služby pro seniory. Pokud se radikálně nezmění systém důchodového pojištění, nastanou velké problémy i s vyplácením důchodů.

Průměrný věk prvorodiček se bude v Česku za několik let pohybovat mezi 30 a 32 roky. Třiceti- a víceletých rodiček bude tradičně nejvíce v Praze. Hlavní město tradičně vykazuje největší podíl osob starších 65 let a současně nejnižší počet dětí.

Politici, kteří chtějí prodlužovat odchod do důchodu ještě dál až za hranici 65 let, mohou publikaci jen přivítat. Potvrzuje totiž jejich odhady. Podle prognózy statistiků se ve všech krajích republiky bude prodlužovat věk dožití.

V roce 2065 by měl být například průměrný věk dožití u mužů narozených v tu dobu v Praze 88 let, žen dokonce 91 let, v jiných krajích by se podle prognózy měl u mužů pohybovat mezi 86 až 87 let, u žen mezi 90 a 91 roky.

Věkové složení obyvatel podle krajů v roce 2009 a prognózu na rok 2066 uvádí autoři výzkumu Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065 v následující tabulce:

Tab. 1: Věkové složení obyvatel podle krajů a prognóza

Kraj	Rok 2009		Rok 2066	
	0 - 14 let	65 let a starší	0 – 14 let	65 let a starší
Praha	189 668	258 888	102 342	361 855
Středočeský	183 490	175 369	131 782	347 548
Jihočeský	91 361	94 248	64 259	184 013
Plzeňský	78 805	86 854	55 926	160 666
Karlovarský	44 939	42 119	31 123	87 218
Ústecký	126 837	111 074	93 226	227 980
Liberecký	64 521	60 702	49 487	127 283
Královéhradecký	79 228	86 858	59 626	162 244
Pardubický	74 997	77 795	56 449	150 919
Vysočina	74 907	78 266	56 894	155 683
Jihomoravský	158 728	178 198	121 913	332 652
Olomoucký	90 741	97 156	63 857	186 546
Zlínský	82 609	91 512	56 002	170 387
Moravskoslezský	178 735	180 942	126 064	352 882

Zdroj ČSÚ

Co se týče **Jihomoravského kraje**, dlouhodobě zde klesá počet obyvatel v předproduktivním věku a zvyšuje se počet osob ve věku vyšším než 65 let. Nejstarší je obyvatelstvo ve městě Brně, je zde rovněž ze všech okresů Jihomoravského kraje rozdíl mezi obyvatelstvem starším 65 let a mladším 15 let (na 100 osob v předproduktivním věku připadá téměř 128 osob starších 65 let). Tyto statistické údaje jsou uvedeny ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2009 – 2011 .

2. Rizika vyplývající ze stárnutí populace

2.1 Ekonomické důsledky a jejich možná řešení

Jak bylo již řečeno úvodem, stárnutí populace je jedním z velkých civilizačních a společenských problémů. Jaká jsou však rizika, která z tohoto problému vyplývají?

Rabušic (1995:8) uvádí, že: *„existuje reálné nebezpečí, že dnešní nízké počty mladé generace, způsobené dlouhodobě nízkými mírami porodnosti, spolu s přibývajícím podíly starých, které jsou důsledkem jednak nízké porodnosti, jednak prodlužování lidského života, budou mít takové ekonomické a sociální důsledky, jež by mohly vést ke zvyšujícím se mírám chudoby.“*

Ze své profesionální praxe vím, že staří lidé tvoří různorodou skupinu. Ti, kteří byli v minulosti znevýhodněni např. nižšími příjmy (což je typické právě pro znojemský region), mají v současné době také nízký starobní důchod. V poslední době se množí případy, kdy se na městské úřady obrací senioři se žádostí o pomoc při úhradě jejich nákladů spojených s bydlením v nájemných bytech. Tyto starší osoby po úmrtí manžela či manželky samy obývají větší byt s vyšším nájemným i s vyšší úhradou za služby spojené s užíváním bytu. Právě tito staří lidé jsou citově vázáni na své byty, protože v nich mnohdy strávili převážnou část života. Přesvědčit seniory, aby se snažili najít vhodnou výměnu velkého bytu za menší není tak vůbec jednoduché.

Ekonomická rizika stárnoucí populace popisuje také L. Rabušic (1995:91): *„K nejdůležitějším problémům stárnoucí společnosti patří, že vznikne mohutná skupina ekonomicky závislé populace se specifickým životním stylem a specifickými potřebami v oblasti spotřeby, zdravotní péče, bydlení. Součástí staré společnosti bude i proměna sociálního klimatu (mentalita stárnoucí společnosti) a značné počty osamocené žijících jednotlivců, z nichž velký podíl budou díky nižší úmrtnosti tvořit ženy.“*

V této souvislosti bych chtěla zmínit **zákon č. 306/2008 Sb.**, kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění. S účinností od 1. ledna 2010 zavedl postupné prodlužování doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků (resp. z 15 roků na 20 roků v případě kratší doby pojištění), tempo prodlužování – jeden rok za každý rok účinnosti zákona. Také zavedl postupné

prodloužení období pro předčasný odchod do starobního důchodu. Toto opatření zachovává dosavadní možnost odchodu do předčasného starobního důchodu až o tři roky dříve, a to při důchodovém věku 63 let a nižším, při důchodovém věku vyšším než 63 let se délka období pro možnost předčasného odchodu do důchodu postupně prodlužuje, a to až na 5 roků v případě pojištěnců, jejichž důchodový věk bude činit 65 let. Rovněž v případě předčasného starobního důchodu se postupně prodlužuje délka potřebné doby pojištění pro nárok na tento důchod, a to obdobně jako v případě řádného starobního důchodu. Přiznání tohoto důchodu vylučuje nárok na řádný starobní důchod.

Na své stáří bychom si tedy měli sami spořit, platit si důchodové pojištění a celkově více se touto problematikou zabývat. Co se týče penzijního připojištění, výhodou se nyní jeví poskytování příspěvků od zaměstnavatele. Spousta zaměstnanců si však připojištění neplatí, člověk je zatím stále zvyklý žít tady a teď. Je to dáno i tím, že většina mladých rodin investuje své peníze spíše do bydlení, vysoké hypotéky jim další spoření „na stáří“ příliš neumožňují.

Dle Národního programu přípravy na stárnutí je klíčovou strategií k řešení ekonomických výzev spojených se stárnutím populace zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti. Problémem stárnutí populace totiž není ani tak jeho dopad na ekonomiku, jako spíše jeho interakce se situací na trhu práce a charakteristikami penzijního systému. Stárnutí a případný úbytek pracovní síly může být do značné míry kompenzován zvýšením zaměstnanosti. Ekonomický dopad stárnutí populace bude do značné míry závislý na tom, jak využijeme získané přírůstky v délce života. Konkurenceschopnost ekonomiky bude stále více záviset na investicích do vzdělání a zdraví v průběhu života a na využití schopností a dovedností starších osob.

Jak uvádí L. Rabušic (1995:126), počty pracovních sil se dají regulovat nejen stanovením důchodového věku, ale také stanovením delší povinné školní docházky: „vždyť investice do vzdělání, do lidského kapitálu, je investice velmi rozumná a v dlouhodobé perspektivě – i velmi efektivní. Je zcela zřejmé, že radikální proměna naší společnosti nemůže proběhnout bez zvýšení vzdělanostní úrovně populace.“

Také Mühlpachr (2004: 124) hovoří o tom, že se sociální nutností stane učící se společnost: *„Odborníci v oblasti vzdělávání a zvláště v oblasti celoživotního vzdělávání se shodují v názoru, že existuje formule, která vyjadřuje schopnost společnosti vyrábět národní statek v 21. století. Je to:*

1/2 - 2 – 3

To znamená, že bude potřeba jenom polovina pracovních sil, ale musí být dvakrát schopnější, připravenější, čili vzdělanější, a budou tedy vyrábět třikrát více, než vyrábí současný stav. To je vzorec, na jehož druhé straně je zisk čili profit. Je to trend, kterým se naše civilizace vydává, je to trend, který vede k prosperitě, k seberealizaci jednotlivců, k seberealizaci celých skupin lidí. Je to jakýsi Damoklův meč nad společnostmi, který říká, že v této chvíli nejdůležitější investicí pro budoucnost je vzdělávání celého společenství, celé společnosti.“

O významu **vzdělávání v postproduktivním věku** čili **vzdělávání seniorů** bude pojednáno ještě v dalších kapitolách.

Jedním z úkolů sociálně-pedagogického působení je, aby se lidé sami chtěli stále vzdělávat, a ani přes různá zdravotní omezení nepodléhali pasivitě. To se však týká především sociální práce s lidmi v hmotné nouzi, kde dle B. Krause a V. Poláčkové (2001:178) *„mistrovství pracovníka v pomáhajících profesích spočívá v tom, jak úspěšně se mu podaří dovést klienta k odhalení tohoto důležitého momentu: za řešení svých životních obtíží musím převzít odpovědnost a jen tak se mi podaří dospět k vyrovnání se s nimi.“*

K tomu, aby mohly starší osoby déle setrvat na trhu práce je však třeba, aby jim to dovolil zejména zdravotní stav, obecně platnou věkovou hranici, kdy člověk ztrácí schopnost uplatnit se v zaměstnání stanovit nelze. Starší lidé mohou také uplatnit své zkušenosti prostřednictvím dobrovolnictví, které je zdrojem seberealizace a sociálních kontaktů. Programy pro dobrovolníky by tedy měly využít potenciálu starších osob a poskytovat příležitost pro mezigenerační vztahy a solidaritu. Zkušenosti z dobrovolnictví mohou vést k uplatnění na trhu práce a ke „druhé“ kariéře.

Stárnutí populace s sebou nese i jiná rizika, než ekonomické problémy. Pokud však nebude možno zajistit seniorskou populaci dostatečně finančně, promítne se to i na kvalitě jejího života.

Zbývá ještě dodat, že *„vedle státem organizované pomoci hrají nezastupitelnou roli také církve, charitativní iniciativy a jedinci, kteří přijali myšlenky filantropismu, tedy závazky duchovní a hmotné sociální pomoci.“* (Kraus, 2008:134)

2.2. Psychosociální důsledky

Spoustu kontaktů ztrácí člověk odchodem do důchodu. Pokud již v této době nemá vhodný životní program a zájmy, které by vedly ke společně sdíleným činnostem, může se právem cítit osamělý. Staří lidé mají také mnohdy strach ze závislosti na svých blízkých, či je nechtějí obtěžovat, neboť oni sami mají dost svých zájmů a povinností.

„Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou funkční identitu. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu.“ (Mühlpachr, 2004: 11).

Znamená to tedy, že bychom již v produktivním věku měli uvažovat nad aktivitami a zájmy, kterým se budeme po odchodu do důchodu věnovat. Již psycholog Carl Gustav Jung kdysi napsal, že: *„pokud mladý člověk do čtyřicátého roku věku myslí často na svoji smrt, může to někdy být i patologické, ale pokud člověk po čtyřicítce na svoji smrt nemyslí, je to patologické docela jistě.“* (Tošnerová, 2009: 6).

Typická definice stáří tedy vychází z toho, že starým se člověk stává po dovršení určitého věku, který se většinou pohybuje v rozmezí šedesáti až šedesáti pěti let. R. Kohoutek (2003: 81) rozlišuje **období počínajícího stáří**, které trvá od 60 do 75 let a **období stáří** (senia), které trvá od 75 do 89 roků. Osoby devadesátileté a starší jsou dlouhověké.

Také Rabušic (1995: 143 až 145) uvádí, že rituálem, jenž přechod do fáze životní dráhy označované jako stáří, je odchod do důchodu. Stanovením určitého věku, v němž jedinec přestává být angažován v pracovním procesu a začíná pobírat starobní důchod, se ustanovila jasná sociální definice stáří. Proč je však stáří a odchod do důchodu vnímán jako problém? Dle tohoto autora je výše uvedená skutečnost dána sociálně, tzn. když společnost někoho označí jako starého, tak také starým je. I když sám se třeba ještě starým necítí, čeká se od něj, že odejde na odpočinek. Po odchodu do důchodu se navíc mění prestiž člověka, jeho příjem i způsob dosavadního života.

Člověk tedy najednou nemůže uspokojovat hned několik sociálně-psychologických potřeb. Ty se dle R. Kohoutka (2004: 45) dělí na: potřebu citového vyžití, potřebu sebeuplatnění, potřebu sociálního kontaktu, prožívání a potřebu poznávání. Zvláště **sebeuplatnění**, **sociální kontakty** a **poznávání** nových věcí se po odchodu na odpočinek značně omezují.

Kam však zajít s drobnými a většími stesky? Kdo v dnešní době vyslechne starosti osamělého starého člověka? Bývá to často praktický lékař, i když existuje řada telefonických linek důvěry, svépomocných skupin s poradenstvím, kam patří i senior telefon. V roce 2006 byl v ČR založen nadační fond Veselý senior na podporu nemocným i zdravým seniorům a zařízením pro ně určeným.

Jakou roli při tom všem sehrává sociálně-pedagogické působení, resp. působení v pomáhajících profesích?

B. Kraus a V. Poláčková (2001: 12) hovoří o širším pojetí sociální pedagogiky. Ta se zaměřuje nejen na problémy části populace ohrožené ve svém rozvoji (tj. tu, která má problémy patologického charakteru), ale na celou populaci. Cílem tohoto sociálně-pedagogického působení by mělo být vytváření souladu mezi potřebami jednotlivců a společnosti.

Je tu také nemalý rozdíl mezi starými lidmi ve městě a na venkově. Na venkově se i v dnešní době více dbá na rodinné vazby, více funguje tradiční rodina a příbuzenstvo. Lidé na vesnici se znají, mají o sobě větší přehled – na rozdíl od anonymity ve městě. V dobách mého dětství na venkově ještě býval dominujícím centrem dění kostel. I dnes se tu ještě snaží především starší ženy docházet alespoň jednou v týdnu na bohoslužby, pokud jim to jejich zdravotní stav umožňuje.

Zásadní změnu v dosavadním stereotypu znamená, pokud už jsou ve starobním důchodu oba manželé. Tošnerová (2009:26) popisuje nové sžívání, manželé najednou spolu tráví mnohem více času: *„řada manželských párů nachází modus vivendi: muž jezdí na chatu, neboť ve městě nemá moc možností zapojit se do něčeho, žena zůstává ochotně doma, navštěvuje kavárny, chodí na univerzitu třetího věku, kde bohužel muže vidíme jen sporadicky.“*

Opět se tedy projevuje rozdíl v životě stárnoucí populace ve městě a na venkově, kde jsou naopak pro stárnoucí populaci možnosti kulturního vyžití či dokonce dalšího vzdělávání velmi omezeny.

2.3 Postavení stárnoucích žen ve společnosti

Dle Vágnerové (2000: 322 až 323) jako další sociální zhodnocení ženy vesměs funguje profesní role, která je potvrzením jejích kompetencí. Dilema volby mezi rolí matky a profesní kariérou nahradí v pozdějším věku dilema jiné: zůstat nadále v zaměstnání či pečovat o své stárnoucí rodiče?

Postavení stárnoucích žen ve společnosti se již nyní jeví jako specifický problém. Rabušic (1995, 151 až 153) uvádí, že vdovství a osamělost žen je způsobeno rapidně ubývajícím počtem mužů po šedesátém roce věku. Ovdovělí muži často uzavírají další sňatky s mladšími ženami, takto se pravděpodobnost, že nepřežijí svou manželku a nebudou žít osamoceně zvyšuje. Lze tedy usuzovat, že: *„žena, ať vdaná, či rozvedená, to bude mít ve stárnoucí společnosti velmi obtížné. Je velmi pravděpodobné, že posunutí sňatků a porodů do vyššího věku ženy, prodloužení intervalu mezi porody, které můžeme u nás brzy očekávat, spolu s předpokládaným prodloužením střední délky života učiní z české ženy po třicítce permanentní pečovatelku: nejdříve přijde péče o malé dítě (případně děti), která bude vystřídána souběhem starostí s pubescentem a stárnoucími rodiči. Pak přijde na řadu intenzivní péče o rodiče přestárlé a možná i chronicky nemocné a vše bude završeno péčí o nemocného manžela.“*

Tuto skutečnost mohu jen potvrdit opět z praxe. Při vyřizování agendy dávek příspěvku na péči už nyní zjišťujeme, že většina osob poskytujících péči a pomoc jsou ženy. Problémem je, že při poskytování péče nemohou setrvat na trhu práce, většina zaměstnavatelů jim neumožní flexibilní pracovní dobu. Pokud však osoba, o kterou se starají, dosáhne alespoň II. stupně závislosti, nemusí být vedeny v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce a doba péče se jim započítává do potřebné doby důchodového pojištění.

Pro pečující, kteří jsou již sami ve vyšším věku není péče o své staré rodiče vůbec jednoduchá. Označují ji jako „zaměstnání na 24 hodin denně“, k mnoha starým lidem je třeba vstávat i v noci, což je vyčerpávající.

Svou roli zde určitě sehrává i možnost tzv. **respitní péče**. Jedná se o odlehčující, nebo-li úlevovou „péči o pečující“. Ta pomáhá lidem dlouhodobě pečujícím ulehčit situaci, poskytnout jim prostor pro načerpání nových sil a energie. Zvláště v případech pečování o těžce nemocného seniora či v terminálních stádiích některých onemocnění může pomoci alespoň na určitý čas zastoupit pečujícího. Tuto možnost nabízí např. zařízení hospicového typu, bude o ní pojednáno také v kapitole o paliativní péči.

K postavení žen ve stárnoucí společnosti uvádí T. Tošnerová (2009: 24-25), že :
„u ženy je ztráta partnera v starším věku při tradičně chápané ženské roli v dnešním světě značným problémem. V tradičním pojetí gender role žena řadu činností vůbec neumí, muž byl ve všem její oporou. V prosociálním Nizozemsku mají dokonce kurzy pro vdovy. Co a jak dělat s pojištěním, jak vyplnit daňové přiznání, zkrátka – aby starší ženy, vdovy, nebyly zdrojem laciného zisku ve styku s některými amorálními jedinci. Díky tomu ovšem vstupují do nové komunity, získávají nové kontakty a kurz tak mimo jiné pomáhá překonávat osamělost. U nás zatím není tomuto problému věnována žádná pozornost. Řada žen se obává zůstat sama, jejich situace je složitější než u mužů.“

Genderový přístup se objevuje také v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Dle něj mezi staršími lidmi v důsledku vyšší naděje dožití při narození převažují ženy a jejich podíl se ve vyšších věkových kategoriích zvyšuje (ve věku 100 let dosahuje poměru 4:1). V důsledku toho starší ženy žijí bez partnera častěji než starší muži. V nejstarších věkových skupinách je riziko chudoby několikanásobně vyšší u žen než u mužů. Muži a ženy čelí odlišným rizikům na trhu práce, mají odlišná zdravotní rizika a potřeby. Zdraví žen je obecně horší než zdraví mužů, včetně úrovně disability, rizika institucionalizace, sociální izolace a některých věkově podmíněných nemocí (např. Alzheimerovy choroby či osteoporózy). Naopak kardiovaskulární mortalita či sebevraždnost je vyšší u mužů. Významný genderový aspekt se týká také neformálních a formálních (profesionálních) pečovatелů. Přibližně dvě třetiny neformálních pečovatелů tvoří ženy.

Rizika seniorské populace uvádí také P. Mühlpachr (2004: 9):

- pauperizace, ekonomické zbídačování znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení)
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence)
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování)
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnost i na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace (nové aktivity, nová terminologie)

- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Také dle tohoto autora je **pro seniorskou populaci typická převaha žen**. V evropských zemích je mezi seniory staršími 60 let 12 -17 % vdovců, ale 37 – 51 % vdov. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. Jak se s ní vyrovnává naše společnost, bude podrobněji popsáno v kapitole věnované pomoci státu seniorům.

2.4 Věková diskriminace, ageismus

Jedná se o jeden z jevů, související se stářím. L.Vidovičová (2008: 113) uvádí následující definici ageismu: „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě. Kvůli novodobému „ riziku “ stárnutí společnosti je stále stejně významné, zda patříte k mládeži, která si myslí, že internet tu byl přece odjakživa (tzv. Generace Y), ke generaci dnes třicetiletých dravců, motoru ekonomické transformace (tzv. Generace X), nebo ke kohortám babyboomu, či dokonce k těm, „co představují příliš velkou zátěž pro veřejný rozpočet“.*

Stejně jako jinde v republice je i našem regionu pro starší občany obtížné sehnat odpovídající zaměstnání (či spíše jakékoliv zaměstnání). Znojemský okres se potýká s vysokou nezaměstnaností, s tímto aspektem se setkáváme při vyřizování dávek pomoci v hmotné nouzi, dle zák. č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Na tuto situaci reagují úřady práce zvýšenou péčí, věnovanou těmto uchazečům o zaměstnání. Uchazeči starší 50 let (ale také osoby se zdravotním postižením, občané do 20 let věku, těhotné ženy, matky a občané pečující o dítě do 15 let, dlouhodobě nezaměstnaní a občané žijící ve složitých sociálních podmínkách) jsou zváni k častějším kontaktům, je jim doporučována rekvalifikace a jsou s nimi sestavovány individuální akční plány dle zákona o zaměstnanosti. Ze své profesní zkušenosti ale mohu jen potvrdit, že po dosažení určitého věku je šance sehnat zaměstnání jen velmi nepatrná.

Vidovičová (2008: 167) označuje trh práce jako druhým velkým tématem ageismu: *„trh práce je věkově diferencován a věkem je definována i doba participace – odkdy je možné uzavírat pracovní kontrakt a kdy je nutné (či obvyklé) pracovní trh opustit. Spolu s pohlavím a vzděláním je tak věk hlavním indikátorem pozice jedince v těchto strukturách.“*

Také Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 řeší problematiku ageismu. Uvádí se v něm, že demografické stárnutí je většinou nesprávně považováno za negativní jev a problematika spojená s demografickým stárnutím je často redukována na problematiku reformy důchodového systému. K zajištění kvality života ve stáří a k využití zkušeností a potenciálu přibývajících počtu starších lidí je však třeba učinit více. Je nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí a zejména změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem na stáří a starší lidi, vzbuzuje obavy narušující mezigenerační soudržnost a vytváří podhoubí věkové diskriminace. Přehlíží přitom nejen potenciál starých lidí, ale také důsledky a možnosti vědeckého, technického a ekonomického rozvoje.

V této souvislosti je třeba zdůraznit, že: *„sociální pedagogika je částí pedagogiky, která se zabývá problematikou výchovy v závislosti na postupujícím procesu industrializace, technizace, rozvoje forem spoluzití i změnách společensko-právních norem. Všímá si měnícího se prostředí a tím i podmínek výchovy. Sleduje okolnosti a tyto proměny nejen v obecné rovině (většina populace se nějak s nimi vyrovná), ale i v situacích, kdy je společensko-morální vývoj jedince ohrožen a dochází k těžkostem v přizpůsobování.“* (Kraus, Poláčková, 2001: 14).

Vzhledem k tomu, že právě seniorská populace se s výše uvedenými změnami vyrovnává jen obtížně, jeví se sociálně-pedagogické působení na počátku třetího tisíciletí stále aktuálnější.

2.5 Senioři z pohledu sociální patologie

Jak jinak jsou ještě staří lidé ohrožení a znevýhodnění oproti mladším spoluobčanům? Kterých oblastí života se toto ohrožení týká?

Dle Mühlpachra (2004:73) jsou staří lidé znevýhodnění či přímo ohrožení oproti mladším spoluobčanům v mnoha ohledech. Míra jejich ohrožení je tak nepřímo úměrná zdravotnímu i funkčnímu stavu a přímo úměrná osamělosti a izolaci od společnosti: *„významnou oblastí zvýšené ohrožený je osobní bezpečnost. Senioři jsou ohroženi jak neúmyslnými nehodami a úrazy (např. v dopravě či při pádech), tak úmyslnou násilnou a jinou trestnou činností. Staří lidé, zvláště ve špatném zdravotním a funkčním stavu, jsou relativně snadnou obětí trestné činnosti, a to úměrně své osamělosti a společenské nevšímavosti. Motivem může být majetkový prospěch (vzbuzovaný pověstmi o bohatých starých lidech shromažďujících majetek) či pouhá agresivita anomálních či deviantních pachatelů-agresorů.“*

Na jednu z funkcí sociální pedagogiky, funkci preventivní (profylaktickou) se zaměřujeme při terénní sociální práci. Při tzv. sociálních šetřeních v domácnostech žadatelů o příspěvky na péči se snažíme seniory poučit o základních bezpečnostních opatřeních. I na venkově však jsou už staří lidé obezřetnější, snaží se mít zamčeno i přes den a klíče předávají pouze své rodině. Většinou se nám svěří s vlastní zkušeností či se zážitkem některého souseda, který byl již okraden, nebo se nějací lidé pokoušeli pod různými záminkami dostat do domu.

Smutnou zkušeností bohužel zůstává různé omezování či zanedbávání starých lidí přímo vlastní rodinou. Zde nastupuje spolupráce s obcí, ve které starý člověk žije. Z našich profesních zkušeností však stále vyplývá, že především menší obce si stále nezvykly na povinnost se o své občany postarat, jejich představitelé to nechtějí příliš řešit, mít potom problémy se soužitím na malé vsi atd.

V jedné z kazuistik, uvedené v praktické části bakalářské práce, jsem popsala příklad **terapeutické (kompenzační)** funkce sociální pedagogiky. Jednalo se o případ seniorky, zanedbávané vlastní rodinou. Byla navíc osobou společensky znevýhodněnou vzhledem ke svému zdravotnímu postižení, které se projevovalo hlavně velkými pohybovými problémy. Zde se však díky vstřícnosti a dobré spolupráci se starostkou obce podařilo vše vyřešit.

3. Pomoc státu seniorům

3.1 Sociální služby

Dnem 1.1.2007 vešel v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a také předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Podle tohoto zákona státní správu vykonávají:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- krajské úřady
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností
- okresní správy sociálního zabezpečení.

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle výše uvedeného zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění podmínek stanovených tímto zákonem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

Součástí sociální práce je poradenská činnost, která seznamuje seniory s jejich případným nárokem na příspěvek na péči a jeho dalším využitím. Úkolem sociálního pracovníka je tedy podat informace o postupu při podání žádosti, vykonat sociální šetření v domácím prostředí žadatele a v neposlední řadě kontrolovat způsob využívání příspěvku. Jedná se většinou o sociální práci nejen se samotným žadatelem o příspěvek, ale také s jeho rodinnými příslušníky. Tato práce vykazuje mnohé pedagogické aspekty, pomáhá k lepšímu začleňování seniorů do společnosti, jak ostatně ze zákona o sociálních službách vyplývá. Snažíme se jednotlivým seniorům pomáhat při řešení jejich konkrétní situace a zajistit jejich sociální nezávislost.

Je-li člověk ve věku, kterému se říká seniorský či důchodový, a potřebuje-li pomoc jiného člověka při zvládnání běžných denních činností, či při chodu domácnosti, může využít nabídky **sociálních služeb**, které se v jeho obci či regionu nacházejí.

Pro informace o takovýchto službách se může obrátit na svůj obecní či městský úřad. Zde mu zaměstnanci úřadu (sociální pracovníci), podají potřebné informace, popřípadě mu pomohou například podat žádost o příspěvek na péči.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální prevence, služby sociální péče.

Základní **sociální poradenství** poskytujeme seniorům či jejich rodinám již při prvním kontaktu na úřadě. Je pravdou, že prvotní informaci o nároku osoby na příspěvek na péči většinou podává její praktický lékař, pečující osoby se o této dávce dozvídají také z médií. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Seniorské populaci jsou určeny sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Jsou to ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Obsahují tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto nevyklučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Tyto služby zahrnují osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy (pro osoby se

zdravotním postižením, pro seniory a domovy se zvláštním režimem), chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Registr poskytovatelů sociálních služeb vede Krajský úřad. Je veden v listinné a elektronické podobě, takže občané do něj mohou nahlížet na internetu.

Z tohoto výčtu sociálních služeb bych chtěla věnovat ve své práci pozornost pečovatelské službě a domovům pro seniory.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb tyto úkony: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy /nebo pomoc při jejím zajištění/, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba je poskytována také v tzv. domech zvláštního určení – **domech s pečovatelskou službou (DPS)**. Tyto domy jsou určeny pro bydlení seniorů a zdravotně postižených občanů, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Na základě smluvního vztahu jsou zde poskytovány obyvatelům pečovatelské služby. Každý obyvatel si sjedná pečovatelskou službu v takovém rozsahu, který mu pomůže zachovat maximální soběstačnost a dosavadní způsob života.

Zajišťování dostupnosti sociálních služeb se děje prostřednictvím **komunitního plánování**. Jedná se o metodu, kterou lze na úrovni měst a obcí plánovat sociální služby s ohledem na místní specifické podmínky a potřeby jednotlivých občanů. Tento proces probíhá také na Městském úřadě v Moravském Krumlově. Za zmínku stojí, že členkami pracovních skupin komunitního plánování jsou také obyvatelky domu s pečovatelskou službou. Takto se i starší osoby podílí na řešení otázek, které se jich dotýkají.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.

Z tohoto výčtu zařízení sociálních služeb využívají senioři v regionu Moravského Krumlova hlavně domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

V domovech pro seniory je sociální služba poskytována starobním a invalidním důchodcům, kteří z důvodu věku a zdravotního stavu potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby, ne však péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

V domovech se zvláštním režimem je sociální služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost v důsledku chronického duševního onemocnění nebo onemocnění stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc. Starší lidé s duševním onemocněním včetně osob trpících demencí jsou ve zvýšené míře ohroženi rizikem institucionalizace /pevného spojení s organizací/, zneužitím lidských práv a sociálním vyloučením. V rámci péče o duševně nemocné je třeba věnovat zvláštní pozornost starým lidem a jejich začleňování do společnosti.

Dle Kalvacha (2008: 60) je i v ústavní péči „součástí kvalitního pečování a ošetřování zajištění i smysluplných civilních aktivit (odborně animace, „oživení života“), alespoň přiměřených smyslových podnětů, mezi něž patří i běžná komunikace. Zvláště u dlouhodobě ležících pacientů, ať v ústavní, nebo domácí péči hrozí, že po řadu měsíců neuvidí přirozený svět a nemusejí lidsky komunikovat. Je proto třeba nalézt čas nejen na tělesné ošetřování, ale také na rozmluvu a na zprostředkování přirozeně smysluplných vjemů. Jde např. o to přemístit nepohyblivého pacienta do křesla k oknu nebo ho vyvézt na pojízdném vozíku na zahradu, do parku, třeba i na ulici. V ústavní péči je možné vyvézt pacienty do zahrady i na lůžku. A především je nutné s pohybově limitovanými, izolovanými lidmi mluvit, umožnit, aby měli komunikačního partnera.“

I domovy pro seniory tak mají své sociální pracovnice, kromě kulturní činnosti zde probíhá i výchovná činnost. Klienti zde mají sestaveny tzv. individuální plány, ve kterých mají určeny osobní cíle. Pokud jsem měla možnost nahlédnout, takovým osobním cílem může být i setkávání s rodinou či návštěva výtvarného kroužku. Při stanovování osobních cílů však musí být především brán zřetel na zdravotní stav klienta.

O ústavní péči bude ještě podrobněji pojednáno v samostatné kapitole.

3.2. Příspěvek na péči

Nejen seniorům, ale všem osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby se poskytuje **příspěvek na péči** dle uvedeného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Příjemcem příspěvku je senior, ten tedy sám rozhodne, komu bude dávat finanční prostředky na zajištění potřebné péče a pomoci.

Městský úřad Moravský Krumlov jako obecní úřad obce s rozšířenou působností o příspěvku na péči rozhoduje. Nárok na tuto dávku má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Zákon o sociálních službách stanovuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby – stupeň I (lehká závislost), stupeň II (středně těžká závislost), stupeň III (těžká závislost) a stupeň IV (úplná závislost). Tyto stupně závislosti se odvíjejí od úkonů, které žadatel nezvládne bez pomoci další osoby. Hodnotí se tyto úkony:

-úkony péče o vlastní osobu:

- příprava stravy,
- podávání a porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v sedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemisťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení si jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.

-úkony soběstačnosti:

- komunikace slovní, písemná, neverbální
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid domácnosti,
- péče o prádlo,
- přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.¹

¹ Tyto jednotlivé úkony rozlišuje zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách na str. 6

V následujících tabulkách je pro přehlednost uveden počet nezvládaných úkonů, který odpovídá určitému stupni závislosti.

Tab. 2: počet nezvládaných úkonů pro věk 0-18 let

Počet úkonů	Stupeň závislosti
více než 4 úkony	I (lehká závislost)
více než 10 úkonů	II (středně těžká závislost)
více než 15 úkonů	III (těžká závislost)
více než 20 úkonů	IV (úplná závislost)

Tab. 3: počet nezvládaných úkonů pro věk nad 18 let

počet úkonů	Stupeň závislosti
více než 12 úkonů	I (lehká závislost)
více než 18 úkonů	II (středně těžká závislost)
více než 24 úkonů	III (těžká závislost)
více než 30 úkonů	IV (úplná závislost)

Výše příspěvku na péči je dána v ustanovení § 11 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),*
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)*

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),*
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).*

Úkolem sociálního pracovníka je vysvětlit žadatelům, že je zkoumána hlavně jejich soběstačnost a zvládání péče o vlastní osobu, laicky řečeno „jestli se člověk o sebe dokáže ještě postarat a nakolik je závislý na péči a pomoci dalších lidí.“ Je třeba ovládat jeden z pedagogických aspektů sociální práce – pedagogickou komunikaci. Tato je „*podmíněna situačně. Je procesem, na němž především záleží, zda bude výchovné působení efektivní, či nikoliv.*“ (Kraus, 2008: 125).

Pokud už byl žadateli příspěvek na péči přiznán a neví, jakým způsobem by mohl pro sebe nejvhodnější a potřebnou službu získat, může se opět obrátit na sociální pracovníky městského úřadu. Ti mu pomohou takovou službu nalézt, případně i zprostředkovat.

3.3 Ústavní péče

Péči o starého člověka lze zajistit v rodině či ústavní formou. Ta je poskytována v domovech pro seniory či v penzionech. Variantou domova důchodců jsou ústavy sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí.

Systém péče o seniory se v posledních letech soustřeďuje právě na nezbytnou pomoc a udržení seniorů v přirozeném prostředí. Je samozřejmě levnější zvládnout zdravotní krizi seniorů doma. Vyškolují se stovky pečovatелů, kteří zajišťují v domácnostech základní pomoc stravovací a hygienickou. V případě, že v domácím prostředí z nejrůznějších důvodů nelze péči zajistit, je možno podat žádost do zařízení ústavní péče.

Jak již bylo uvedeno v jedné z předchozích kapitol, pečující osoby většinou nemohou setrvat na trhu práce. Mnoho lidí si nemůže před důchodem dovolit ztratit zaměstnání, odejít z práce a pečovat. V praxi jsem také poznala, jak velkým problémem

je onemocnění a hospitalizace pečující osoby. Pokud v rodině není nikdo, kdo by mohl pečujícího zastoupit, bývá senior umístěn i do léčebny pro dlouhodobě nemocné. Pokud rodina s touto situací nepočítala, nemá většinou ani podánu žádost do domova důchodců a nelze věc řešit jinak.

Otázkou souběhu zaměstnání a poskytování péče členům rodiny se zabývá i Národní program přípravy na stárnutí : *„Účast na trhu práce je podmíněna souladem mezi pracovním a rodinným životem. Pro zvýšení zaměstnanosti starších žen, které se zejména podílejí na poskytování neformální péče, je nezbytné poskytnout podporu prostřednictvím respitních sociálních služeb a flexibilních pracovních podmínek, zejména flexibilní pracovní doby. Ti, kteří pečují o blízkého staršího člověka, by měli mít stejné právo a možnosti pokračovat v pracovní kariéře jako rodiče pečující o děti. Pečovatelé nesmí být stavěni před volbu mezi péčí nebo zaměstnáním nebo před volbu mezi trvalou institucionální péčí a neformální péčí bez dostatečné podpory a pomoci.“*

V České republice však chybí v současné době v domovech pro seniory přes 50 tisíc míst. Dle údajů Českého statistického úřadu *„poptávka po místech v domově pro seniory v Česku výrazně převyšuje nabídku. Zatímco v domovech důchodců loni žilo v ČR zhruba 36 tisíc lidí, podle statistik bylo 52 953 seniorů loni odmítnuto. Nejvíce míst chybí v Moravskoslezském, Jihomoravském a Zlínském kraji. Podle ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) ale v domovech chybí jen několik tisíc míst. Pobývat v nich podle výpočtů ministerstva totiž mají jen senioři, kteří pobírají příspěvek na péči.“* (V domovech pro seniory chybí přes 50 tisíc míst, server Novinky.cz, 21.10.2009)

„Existující kapacita pobytových služeb pro seniory je dostatečná, ovšem je blokována lidmi, kteří s největší pravděpodobností tento typ služby nepotřebují, a je zcela nemožné počítat s tím, že by tato zařízení opustili,“ dodává ministerstvo.

O tom, že různé země zaujímají k **problematice pečování o staré lidi** různé postoje hovoří L. Rabušic (1998: 168): *„Ne každá vláda považuje za optimální izolovat staré občany ve speciálních domech pro seniory a proto se snaží vytvořit síť kvalitních služeb, které by umožnily starým lidem žít co nejdéle ve svém vlastním domácím prostředí. Zdá se, že tento způsob péče o seniory je ostatně i současným obecným trendem a nejčastějším způsobem péče o staré občany: nevytrhávat je z jejich prostředí a více motivovat jejich rodiny, aby jim pomáhaly. Tento fakt ovšem vedl k otázce, zda je rodina jako instituce schopna tuto péči starým lidem poskytnout.“*

V Národním programu přípravy na stárnutí se uvádí, že ústavní péče je často jediným způsobem zajištění péče a pečovatel je tak stavěn před volbu mezi přetížením

a institucionalizací (tj. trvalým umístěním do ústavní péče). Sociální a zdravotní služby by měly být flexibilní, měly by poskytovat podporu a pomoc rodinám a pečovatелům a umožňovat flexibilní přechod mezi formální a neformální péčí a jejich vzájemné doplňování.

Při **pečování v domácím prostředí** se problematické se mnohdy jeví také bydlení seniorů. Ve městech jsou to příliš velké byty (s drahými nájmy) a na vesnici zase starší rodinné domky, které potřebují údržbu.

Přítom právě bezpečné bydlení a prostředí podporující mobilitu a sociální vztahy je podmínkou zachování nezávislosti a sociální participace ve stáří. Při sociálních šetřeních se často setkáváme se špatně pohyblivými seniory, o které pečuje rodina v bytě ve vysokém patře domu, většinou bez výtahu. To neusnadňuje péči rodině ani profesionálním pečovatелům. I samotná doprava k lékaři tak představuje problém.

Kdo však má být odpovědný za řešení problémů, které stárnoucí populace přináší? Na tuto otázku můžeme opět najít odpověď v Národním programu přípravy na stárnutí. Je zde uvedeno, že za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Důstojné a aktivní postavení starších lidí vyplývá mimo jiné z aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i za mezigenerační vztahy, předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot. Starší lidé by měli usilovat o aktivní roli a přínos společnosti, komunitě a rodině. Starší lidé stejně jako všichni mají odpovědnost za využití příležitosti k uplatnění a za odpovědný přístup ke svému životu a ke svému zdraví. Společnost by měla poskytnout podmínky a rovné šance lidem každého věku pro zdravý a aktivní život.

Co se týče **funkce ústavů**, Matoušek (in Mühlpachr, 1995: 100 až 101) rozlišuje jejich následující funkce: *„podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení, represe. Názory, které převládají v humanitních disciplínách, že přiměřená péče by měla být realizována klientovi na míru, jsou pojaty s akcentem moderním, ale nedomyšlí omezující důsledky ústavní péče, ke které se staví skepticky. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Počet lidí, kteří jsou v některém ohledu nedostačiví, proto přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory.“*

Ústavní péče s sebou nese také mnohá rizika, ať už se jedná o hospitalismus (tj. stav, který je doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život) či již výše uvedené riziko institucionalizace. Problémem se jeví také ztráta vazeb k rodině, to v případě značné vzdálenosti od domovské obce. Vždy se však jedná o zásah do osudu jedince.

Dle Kalvacha (2008: 15) by i u chronického stonání mělo být léčení pokud možno podřízeno životu – sociálním a lidským potřebám. A to bez ohledu na to, zda jde o léčení a ošetřování prováděné profesionály v ústavní péči nebo laiky v domácím prostředí. Právě lepší začlenění zdravotní péče do života se považuje za mimořádně důležitou výhodu domácího pečování oproti ústavní péči.

3.4. Paliativní péče

V případě, že pacient (nejen senior) trpí některou z nevléčitelných chorob (nejčastěji to jsou onkologická onemocnění, může však jít také o neurodegenerativní onemocnění, chronickou obstrukční plicní nemoc, pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy atd.), je mu v jejím pokročilém nebo již terminálním stadiu poskytována paliativní péče (svůj název získala paliativní medicína od slova paliare = ulehčovat).

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ (Špinková, M., Špinka, Š., 2004: 11).

Mezi formy specializované paliativní péče patří **hospic** (jako samostatně stojící lůžkové zařízení, případně domácí hospic), oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (v nemocnicích a léčebnách), denní stacionář paliativní péče či specializované ambulance paliativní péče. Většinu našich klientů je poskytována paliativní péče v Domě léčby bolesti s hospicem (DLBsH) sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Je také akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání lékařů a školicím referenčním zdravotnickým zařízením, které poskytuje možnosti vzdělávání

všem odbornostem multidisciplinárního týmu – od lékařů přes sestry až k psychologům, sociálním a pastoračním pracovníkům.

V hospicích probíhá i tzv. **respitní péče**, pacient sem přichází z domácího prostředí, kam se po určité době vrací zpět. Je zde i možnost spirituální péče (duchovní služby).

Při obvyklém průběhu výše uvedených onemocnění lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu několika týdnů až měsíců. I z tohoto důvodu se jeví jako velice vhodná možnost zapojení rodiny a blízkých nemocného do péče, což pacientovi poskytne mimo jiné psychickou podporu.

V souvislosti s paliativní péčí bych ráda zmínila činnost Hospicového občanského sdružení Cesta domů. Toto sdružení založilo a provozuje v Praze domácí hospic, který nabízí konkrétní pomoc rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající doma. Usiluje také o strukturální společenské a legislativní změny, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající v České republice.

M. Špinková a Š. Špinko (2004: 11) popisují principy paliativní péče takto: Paliativní péče chápe umírání jako součást lidského života, vychází z toho, že každý člověk tuto závěrečnou část života prožívá individuálně. Jejím úkolem je chránit důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života. Proto vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin, respektuje jejich hodnotové priority. Dokáže úspěšně zvládat bolet a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. K jejím velkým kladům patří, že nevytrhuje nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim prožít poslední období života ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí.

3.5 Vzdělávání seniorů

Jak již bylo výše uvedeno, nutností se stává **vzdělávání /čili edukace/ lidí v postproduktivním věku**. Pedagogickou disciplínou, která se vzděláváním seniorů zabývá, je **gerontopedagogika**. Jako jednu z forem pomoci státu seniorům jsem ji do své práce zařadila, protože především stát musí ke vzdělávání seniorů vytvořit podmínky a příležitosti. Děje se takto formou navštěvování Akademií třetího věku, Klubů aktivního stáří, Univerzit třetího věku atd.

Co může být po odchodu do důchodu motivací k dalšímu vzdělávání se? Jsou to neustálé společenské změny, nové životní situace, vývoj komunikačních technologií atd., které nás nutí k celoživotní edukaci.

Další vzdělávání se může sloužit po odchodu do důchodu jako určitá forma kompenzace. Člověk sice odejde na odpočinek ze světa práce, ale je tzv. stále „v obraze“ co se týká společenských změn a technického pokroku. Pokud po odchodu do starobního důchodu najednou neví, co s volným časem, může jej takto také využívat.

O. Pospíšil (2001: 11) popisuje celoživotní edukaci jako: *„proces kontinuálního (trvalého, stálého) získávání vědomostí, dovedností, zkušeností i postojů, umožňujících udržovat stálý rozvoj osobnosti člověka i kontaktů se světem a společností. Celoživotní edukace vyjadřuje odezvu na proměny společnosti, přírody i díla člověka, kterého průběžně aktivizuje k podílu na těchto proměnách. Přispívá též k vyvolání iniciativ učení a sebevzdělávání, k osvojování civilizačních vlivů i ke kultivaci chování člověka v různém prostředí“.*

Při vzdělávání seniorů je vhodné přihlédnout k tomu, že: *„tvůrčí schopnosti zůstávají zachovány do vysokého věku, i když ve vrcholné podobě kulminují obvykle do 45 let věku. S rostoucím věkem se však u jedince jeví úbytek hodin, po které může pracovat, energie, již může vynaložit a rychlosti, s jakou se může zotavit po únavě. Tvořivá produkce je ve stáří ovlivňována, nejen involučními jevy, ale také zdravotním stavem, sociálními podmínkami a osobnostním vývojem (únava, změna hodnotové hierarchie, ztráta motivace). Při uplatňování kreativních schopností a zkušeností se stejně jako v mladším věku spolupodílejí i další faktory jako sociální inteligence, altruismus, morálně volní vlastnosti atd.“* (Mühlpachr, 2004:133-134).

I v seniorském věku se dají účastníci edukace rozdělit podle různých kritérií (věk, dosažené vzdělání, zájmy, atd.).

O. Pospíšil (2001: 34 až 35) rozlišuje účastníky edukace podle věkových skupin. Skupina účastníků ve věku nad 60 let dle tohoto autora „*prospívá v účelových činnostech krátkodobého zaměření. Jimi edukace navazuje na to, co zná účastník z předchozího období. Umožňuje to prodloužení celkové životní aktivity. V této souvislosti má velký význam osvojení vhodných sebezvzdělávacích metod a technik v mladém věku. Proto je nutné odevzdávat nové poznatky starším osobám v logickém uspořádání. Je také nutno podporovat didaktické prostředky bránící slábnoucí paměti a posilovat vůli k učení.*“

4. Pedagogické aspekty sociální práce

Jak spolu souvisejí sociální práce a sociální pedagogika? I když se jedná o dvě rozdílné disciplíny, sociální práce má své pedagogické aspekty, obsahuje prvky sociálně-pedagogického působení.

Muhlpachr (2004:56) k tomu uvádí, že: „*není vhodné stavět mezi sociální práci a sociální pedagogiku dělicí čáru a přidělovat tomu či onomu oboru určité instituce, ve kterých mohou působit jejich absolventi, zejména když:*

-oba obory jsou zavázány k plnění sociální péče, pomoci a podpory,

-specifičnost obou oborů je nyní dostatečně evidentní

-je nezbytné, uspokojit na kvalitní úrovni poptávku regionů a zaměstnavatelů“.

O pedagogických aspektech, které se v sociální práci uplatňují, hovoří i Bakošová (2008: 82). Vidí je zejména ve **společných, globálních cílech** v působení na jednotlivé věkové skupiny. V sociální práci jde dle této autorky spíše o hmotnou pomoc a institucionální formu pomoci. Jako další aspekty uvádí **společný obsah sociálních problémů** a také **společné metody** sociální práce a sociální pedagogiky: metody příkladu, ovlivňování, vysvětlování a osobního situačního vlivu.

Jak jsem již uvedla v předchozích kapitolách mé bakalářské práce, jsem zaměstnána jako referentka odboru sociálních věcí na Městském úřadě v Moravském Krumlově. Sociální práce s klienty má své pedagogické aspekty, obsahuje prvky sociálně-pedagogického působení.

Odbor sociálních věcí zajišťuje tyto agendy:

1. Péče o osoby s těžkým zdravotním postižením (občanům jsou poskytovány příspěvky na opatření zvláštní pomůcky, na úpravu bytu, zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, na provoz motorového vozidla, na individuální dopravu a příp. další dávky sociální péče podle vyhlášky č. 182/1991 Sb). Také jsou zde vydávány průkazky mimořádných výhod.

2. Sociálně - právní ochrana dětí (podílí se na rozhodování ve věcech náhradní rodinné péče, pečuje o děti s výchovnými problémy a také o děti týrané, zneužívané a zanedbávané)

3. Poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi (pomoc při zajištění základních životních podmínek formou příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení a mimořádné okamžité pomoci).

4. Poskytování dávek příspěvku na péči, osobám závislým na pomoci jiných fyzických osob.

Na odboru sociálních věcí lze také podat žádost o přidělení bytu v Domě s pečovatelskou službou v Moravském Krumlově, což využívá především seniorská populace.

Spolu s dalšími čtyřmi kolegy pracuji na **úseku dávek pomoci v hmotné nouzi a dávek příspěvku na péči**. Vzhledem k tomu, že sociální práci vykonávám ve dvou odlišných agendách, mám tedy možnost srovnávat její různé pedagogické aspekty.

Sociální práce v obou agendách má svá specifika, vzhledem k odlišnosti klientely na těchto dvou úsecích. V agendě dávek pomoci v hmotné nouzi dochází ke kumulaci mnoha sociálních problémů: klienti jsou většinou nezaměstnaní, s nízkým stupněm dosaženého vzdělání, často přicházejí z výkonu trestu odnětí svobody či z různých léčeben. Za zmínku určitě stojí také to, že právě okres Znojmo se vyznačuje vysokou mírou nezaměstnanosti. Někteří ani nemají zájem, aby o cokoliv v životě usilovali, vyhovuje jim stávající situace. Jejich negativní emoce bývají přeneseny na pracovníky. Při práci s těmito lidmi je proto zapotřebí velkého pedagogického optimismu, úspěchem je, pokud někdo z nich nastoupí do zaměstnání alespoň na dobu určitou. Na sociální práci s lidmi v hmotné nouzi není tedy možné ani částečně rezignovat, protože neřešení problémů by vedlo pouze k jejich prohlubování.

Pedagogické aspekty sociální práce spočívají v povinnosti informovat každou osobu o možných postupech řešení hmotné nouze, zapojovat ji do řešení její situace a snažit se ji vést k vlastní odpovědnosti.

I v sociální práci můžeme tedy najít pedagogické působení, zaměřené **k objektu výchovy** (ta působí na celé sociální skupiny), **k cílům výchovy** (zdůrazňuje společenské potřeby, orientuje se na spolupráci a altruistické jednání) a **k metodám výchovy** (ta upřednostňuje nepřímé výchovné postupy). Sociální pedagogika je zde zaměřena ve smyslu sociální pomoci, tj. solidarity s lidmi v nevýhodné situaci a výchovné přístupy jako doplněk celkové péče o tyto specifické okruhy populace. (Kraus, 2008: 40).

Vzhledem k tématu mé bakalářské práce bych v její empirické části chtěla využít zkušeností z uplatňování metod sociální práce i praktických postupů, využívaných v řízení o příspěvku na péči. I když ze zákona o sociálních službách má na příspěvek nárok osoba starší jednoho roku, jeho příjemci jsou převážně z řad stárnoucí populace.

Jak jsem již uvedla, první kontakt s klientem se uskutečňuje při podání žádosti na úřadě. Žadatel již často přichází s prvotní informací od svého praktického lékaře, od ostatních pečujících osob či z médií. Občas se také stává, že tato informace je značně zkreslená. Sociální poradenství se poté komplikuje, zvláště když klient pokládá osobu, která informaci podala za důvěryhodnou.

Dále je s žadatelem smlouveno sociální šetření, jehož cílem je zjistit míru závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Také v rámci sociálního šetření probíhá další poradenství, rodiny žadatelů mají často zájem o zprostředkování zapůjčení kompenzační pomůcky /polohovací postele či vozíku/, což zajišťuje Oblastní charita ve Znojmě. Někdy je třeba také zajistit klientům sociálně – právní pomoc, např. při ustanovení opatrovníka. Úkolem sociálního pracovníka je poté zpracovat zjištěné poznatky a postoupit je k dalšímu řízení Okresní správě sociálního zabezpečení ve Znojmě. Její posudkový lékař určí stupeň závislosti žadatele na pomoci další fyzické osoby a městský úřad pak vydá rozhodnutí ve věci. Od této skutečnosti se odvíjí také nárok na dávku příspěvku na péči. Žadatelé často argumentují výčtem svých nemocí, příspěvek chápou jako určité odškodnění za jejich choroby. Úkolem **sociálního pracovníka** je pak vysvětlit jim, že je zkoumána hlavně soběstačnost a zvládání péče o vlastní osobu, laicky řečeno „jestli se člověk dokáže ještě o sebe postarat a nakolik je závislý na péči a pomoci druhých osob“.

I přes diferenciaci problémů v jednotlivých agendách má sociální práce společný cíl: pomoci člověku vypořádat se s jeho životními úkoly, zvládat problémy a také umožnit prožít svůj život kvalitněji.

4.1 Případové studie

Poukázat na pedagogické aspekty sociální práce jsem se pokusila v následujících případových studiích. Kazuistiky jsem vybírala ze spisové dokumentace k příspěvku na péči, s oběma případy jsem byla podrobně obeznámena při šetření v domácím prostředí klientů.

Vzhledem k zachování anonymity žadatelů však nebudou uvedeny konkrétní jmenné údaje.

1. případová studie, paní Věra, 76 let

Na případ paní Věry nás upozornila starostka obce, ve které naše klientka žila. Dříve se o ni staral manžel, v loňském roce však zemřel a paní zůstala v domku sama. Péči a pomoc jí údajně poskytovala rodina její dcery, dle sdělení obecního úřadu se však jednalo spíše o zanedbávání ze strany příbuzných. Paní starostka nás upozornila, že do domku se bude zřejmě obtížné dostat, že nám žadatelka asi ani neotevře.

Při sociálním šetření, které bylo předem smlouveno se nakonec objevila neteř žadatelky, která však se zbytkem rodiny příliš nevycházela. V domácnosti byl velký nepořádek a špína, obědy sice občas někdo přinášel, zbytky jídla ale zůstávaly na kamnech v kuchyni. Paní Věra celé dny pouze ležela nebo seděla na posteli, byla velice špatně pohyblivá, kompenzační pomůcky /hole/ však odmítala. Chodila pouze s oporou o nábytek, ale to pouze pár metrů po místnosti. Sdělila, že se cítí velice osamělá, dokud žil manžel, chodily k nim alespoň nějaké návštěvy. Po jeho smrti ji však rodina izolovala od okolního světa, většinou ji v domku zamykali. Spolu s kolegyní jsem pomohla paní Věře podat žádost do Domova pro seniory v obci Skalice, to se však setkalo se značnou nevolí ze strany její dcery. Jak se později ukázalo, rodina měla zájem o finanční prostředky z příspěvku na péči, ty však po přijetí do domova chodily na účet tohoto zařízení. Paní Věře bylo poskytnuto sociálně-právní poradenství. Její rodina totiž disponovala i s částí jejího starobního důchodu, nechávali jí pouze malou část na nákupy. Ty jí zabezpečovala sousedka a neteř.

Ani stěhování do domova pro seniory neproběhlo bez komplikací, naštěstí se ale vše obešlo bez asistence policie (jako tomu bylo v jiném případě, kdy dcera odmítla vydat matce její osobní doklady).

Když jsem pak při jednom ze sociálních šetření paní Věru navštívila, příjemně mě překvapilo, jak je v domově spokojená. Rozumí si i se svojí spolubydlící na pokoji. Uvítala také možnost pobytu v parku v areálu domova, kam ji pečovatelky vyvázejí na vozíku. S holemi se sice již chodit nenaučila, používá však chodítka, které si chválí pro větší stabilitu. Po kratší době adaptace se také začala zapojovat do aktivit domova, v kolektivu ostatních seniorek je spokojená. Závěrem mi sdělila, že by se zpátky domů již nevrátila, ostatně z celé rodiny ji navštěvuje pouze její neteř s manželem.

2. případová studie, paní Františka, 82 let

Žádost o příspěvek na péči pro svoji manželku přišel podat pan Josef (84 let). Při prvním kontaktu na úřadě byl velice nejistý a rozpačitý. Sdělil, že manželka byla asi měsíc hospitalizována, po jejím návratu domů si s ní však neví rady. Manželka jej většinou nepoznává, sice s ním komunikuje, ale pouze velmi omezeně. Vše přičítal narkóze, v nemocnici mu prý řekli, že manželka má nyní špatnou krev. Manželé měli dva syny, s rodinou mladšího se nepohodli, rodina druhého syna je navštěvovala jen sporadicky.

Když jsme s kolegyní přijely k žadatelce domů, paní se jevila na první pohled v pořádku. Byla čistá a upravená, seděla na pohovce a také nám odpověděla na pozdrav. Ze sociálního šetření však vyplynulo, že není orientovaná místem, časem ani osobou. Na otázky odpovídala většinou kladně, všechno prý sama zvládne a s ničím nemá problém.

Pan Josef nám pak sdělil, že manželka pracovala dříve jako účetní, v zaměstnání vše dobře zvládala. Nyní se však nedovedla ani podepsat, nechápala význam celého šetření. Proto bylo nutno z moci úřední ustanovit opatrovníka pro řízení o příspěvku na péči.

Sama se již ani nedokázala obléct, vhodný oděv podle počasí si nedovedla připravit. Stravu si také sama nenachystala, vše jí musel manžel podávat až na stůl a dohlížet i nad pitným režimem. Ze svých dřívějších zkušeností jsme s kolegyní nabyly dojmu, že paní Františka trpí těžkou formou demence. Proto jsme jejímu manželovi doporučili, aby se obrátil znovu na praktickou lékařku. Té sice pan Josef zanesl propouštěcí zprávu z nemocnice, blíže se jí však o svém trápení s manželkou nesvěřil.

Lékařka poslala paní Františku na odborné vyšetření, které potvrdilo demenci při Alzheimerově chorobě. V současné době se stav naší klientky dále zhoršuje, manžel jí však odmítá umístit do ústavní péče, či dokonce do léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Proto mu byla dána ke zvážení možnost pečovatelské služby, v případě, že by sám již situaci nezvládal. Na případu paní Františky je snad pozitivní pouze to, že ji zase začali navštěvovat oba synové s rodinami.

Z uvedených kazuistik vyplývá, že odborné poradenství, řešení sociálně-právních problémů, pomoc při vyřizování osobních záležitostí a při uplatňování práv klientů je užitečnou a nedílnou součástí sociální práce. Bez těchto pedagogických aspektů by nebyla zdaleka tak efektivní. Nevýhodu však vidím v omezeném časovém prostoru pro samotnou práci s klienty či terénní sociální práci, velkou část pracovní doby nám zabírá administrativní činnost.

4.2 Rozhovory s příjemci příspěvku na péči

Empirickou část bakalářské práce jsem se pokusila zpracovat formou kvalitativního výzkumu, ve kterém je obsažen popis a také interpretace problémů stárnoucí populace. Mohla jsem se zaměřit na jednotlivé případy, vzhledem k větší obeznámenosti se životní situací klientů. Výhodu kvalitativního výzkumu vidím v tom, že neshromažďuje tzv. tvrdá data, což je vhodné z důvodu ochrany osobních údajů klientů.

Rozhovory jsem prováděla v rámci sociálních šetření s žadateli o příspěvek na péči, v období od října roku 2009 do poloviny března letošního roku. V té době jsme spolu s kolegy provedli zhruba 120 sociálních šetření. Největší počet byl v měsících prosinci roku 2009 a měsíci lednu letošního roku. V té době totiž končila u většiny klientů platnost posouzení stupně závislosti od Okresní správy sociálního zabezpečení ve Znojmě. Bylo tedy nutno zahájit řízení ve věci opětovného posouzení nároku a výše příspěvku na péči a provést znovu i sociální šetření.

Z výše uvedeného počtu sociálních šetření jsem pro účely průzkumu vybrala 20 příjemců příspěvku. Musela jsem brát v úvahu hlavně jejich schopnost porozumět daným otázkám, jednalo se tedy o účelový výběr.

Ne všichni senioři také byli ochotni sdělovat své názory v přítomnosti pečujících či dalších členů rodiny. Věnovala jsem se otázkám, které byly zaměřeny na přání a potřeby seniorů ve smyslu kvalitnějšího prožívání života ve stáří. Snažila jsem se také zjistit, jaký význam přikládá starší populace sociální práci a jejím pedagogickým aspektům.

Rozhovory s příjemci příspěvku na péči byly vedeny v jejich domácím prostředí, spíše volnou formou. Na rozmyšlení si odpovědi jsem klientům poskytla dost času, respektovala jsem, pokud na některou z otázek nechtěli odpovídat.

Výzkumné otázky byly následující:

- 1) Jak senioři hodnotí sociální práci? Považují její sociálně-pedagogické aspekty za přínosné?**
- 2) Co by seniorům nejlépe pomohlo vyrovnat se s problémy, které stáří přináší?**
- 3) Jak vnímají senioři výhody či případně nevýhody domácí péče?**

Odpovědi seniorů jsem si zapisovala, k dispozici jsem měla také spisovou dokumentaci každého příjemce příspěvku na péči. Sdělila jsem jim, že informace budou zůstat anonymní formou, bez uvedení jména a dalších osobních údajů.

S vědomím, že se jedná o subjektivní názory seniorů, jsem se pak poté pokusila o syntézu obecnějších tvrzení ve směru výzkumných otázek.

4.3 Získané poznatky, analýza dat

Z odpovědí seniorů na jednotlivé otázky jsem získala tyto informace:

Hodnocení významu sociální práce

Senioři jsou vesměs spokojeni s informovaností i sociálním poradenstvím. Z dotázaných příjemců příspěvku na péči jich 15 uvedlo, že způsob poradenství na městském úřadě byl pro ně vyhovující. Někteří příjemci si však postěžovali, že by vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu uvítali trpělivější přístup zaměstnanců úřadu. Některé informace si nestihli ani zapamatovat, ocenili ale předané informační letáky, neboť „*zde už jim podrobně informace přečte jejich rodina.*“

Nejvíce důvěřují svému praktickému lékaři, starostovi obce a zaměstnancům obecních úřadů ve svých domovských obcích i Městského úřadu Moravský Krumlov. Sociální práci hodnotí většinou jako přínosnou, týká se to hlavně terénní sociální práce. Většina seniorů sdělila, že „*je dobře, když se někdo zajímá o jejich problémy a přijde se na ně domů podívat.*“

Při terénní sociální práci oceňují senioři ochotu a důstojný přístup k nemocným. Někteří si postěžovali, že jsou přes den doma sami, ale „*chápu, že jejich děti musí do práce a mají svých starostí dost.*“

Velice kladně se vyjádřili 2 příjemci příspěvku o informacích podaných ohledně zapůjčení kompenzačních pomůcek. Jedna z oslovených klientek sdělila, že „*vůbec nevěděla o možnosti půjčit si polohovací postel a vozík z Charity ve Znojmě.*“, překvapila ji také ochota tamních zaměstnanců. Vozík měla rodina do 14 dnů doma, což pomohlo, mohli tuto téměř nepohyblivou paní vyvézt na kratší procházku kolem domu.

Většina z dotazovaných klientů však měla výhrady k rozsáhlé a zdlouhavé administrativní činnosti. Tuto většinou popisovali jako „*zbytečné papírování, když všechno už je stejně v počítačích.*“ Uvítali by také kratší čekací lhůty při rozhodování úřadů. Většinou si ale uvědomují, že bez potřebných tiskopisů jejich žádost vyřídit nelze, ověřování osobních údajů je také nezbytné.

Co se týče hodnocení významu sociální práce, vrátila bych se ještě krátce k výše uvedeným kazuistikám. V případě seniorky zanedbávané vlastní rodinou ocenila kladně

sociální práci především starostka obce, kde tato žena dříve bydlela. Paní se takto dostalo pomoci, když jí bylo zprostředkováno přijetí do domova pro seniory.

V případě seniorky postižené demencí, byla pečující osobě poskytnuta pomoc formou sociálního poradenství. Byla doporučena konzultace s lékařem, což také pomohlo k alespoň částečnému řešení situace.

Vyrovnaní se s problémy, které přináší stáří

Většina z příjemců příspěvku na péči uvedla, že jim stáří způsobuje především fyzické problémy. Hlavně na venkově, kde byli zvyklí celý život pracovat především v zemědělství, se s úbytkem tělesných sil vyrovnávají dost těžce. Uváděli většinou, že *„nemůžou pracovat na zahradě, už to nejde, všechno je rychle unaví“*. Připadají si tak často neužiteční, což hodnotí větami *„rodina má se mnou jenom starosti, už jsem k ničemu.“*

Někteří s klientů si také stěžovali na problémy spojené se zhoršováním paměti: *„kvůli zapominání nemohou zůstat sami doma, občas nezastaví vodu, nevypnou sporák“*. Také ze strany pečujících osob se v těchto případech jevílo jako nemožné odejít na delší dobu z domu, pečovatelskou službu ale většinou lidé na menších obcích odmítají.

Pro většinu seniorů se ukázalo také jako omezující postupné ubývání sluchu či zhoršování zraku, což hodnotili slovy: *„dřív jsem rád četl a díval se na televizi, ale teď už nemůžu, nic nevidím“*. *Tak občas jenom poslouchám, co říkají v televizi nebo v rádiu, ale stejně těm dnešním pořadům už nerozumím.“*

K lepšímu zajištění péče pomáhá dle sdělení seniorů také sousedská výpomoc. Několik příjemců příspěvku uvedlo, že *„sousedka je skoro tak stará jako já, ale ještě běhá, donese mi menší nákup a přijde si za mnou popovídat.“* Zvláště na venkově tak stále trvá zvyk *„chodit na besedu“*, vrstevníci tak o sobě navzájem vědí a podle možností si poskytují pomoc či informace.

Pomoc dobrovolníků či kvalifikovaných pečovatelek by uvítali jen 4 příjemci příspěvku na péči. To zdůvodňovali tím, že by si jen těžko zvykali na nové lidi ve své domácnosti. Většinou to zhodnotili slovy: *„nic nepotřebuji, o všechno se mi postará rodina.“*

Co se týká sociálních služeb, senioři většinou využívají donášku obědů do domácnosti a donášku nákupů. Se zdravotnickými úkony, které rodina nezvládne (převazy, výměna katétrů), jezdí pomáhat sestřičky z Oblastní charity ve Znojmě.

Třetina z dotazovaného počtu seniorů uvedla, že by jim k lepšímu zajištění péče přispěly peníze, „*vždyť léky jsou přece dneska tak drahé.*“ Také je však možno pozorovat zvyk neustále podporovat mladé rodiny svých dětí a vnuků.

Přesto 3 z uvedeného počtu seniorů uvedli, že jim pečovatelská služba v jejich obci chybí. Jako další chybějící zařízení uvedli kluby důchodců a také centra denních služeb. Senioři, kteří ještě vycházejí z domu k lékařům či na drobné nákupy by také uvítali více bezbariérových míst. Na špatnou dostupnost zdravotnických zařízení si postěžovala většina z dotázaných.

Ze syntézy těchto obecných tvrzení mi vyplývá, že na vesnicích převládá rodinná a sousedská podpora. To pomáhá seniorům vyrovnat se s problémy, které jim věk přináší. Vidím v tom výhodu života stárnoucí populace na venkově, na rozdíl od anonymity a nezájmu ve městě. Nevýhodou oproti velkým obcím a městům je však špatná dostupnost sociálních služeb a zařízení na malých obcích, tyto na venkově většinou chybí.

Výhody či nevýhody domácí péče z hlediska seniorů

Jak jsem výše uvedla, na malých obcích regionu Moravského Krumlova převládá rodinná podpora, která zajišťuje péči a pomoc stárnoucí populaci. Proto domácí péči obstarává rodina, popřípadě místní obyvatelé (sousedé). Správní oblast Moravského Krumlova je velkým počtem malých obcí typická, to samozřejmě limituje možnosti realizace sociálních služeb.

Domácí péči dávají přednost všichni oslovení klienti. Výhodu vidí v tom, že „*můžou zůstat v domku, kde jsou zvyklí*“, většinou se na jeho stavbě sami podíleli, či jej opravovali. Svoji roli také hrají vzpomínky, které mají spojené s životem v domě. Zvláště na menších vesnicích domek patřil jejich rodině po několik generací.

To také hraje roli při úvahách rodiny o umístění babičky či dědečka do zařízení pro seniory. Se sdělením: „*dostali jsme od nich dům, tak je nám trapné dávat je teď do domova*“, jsou i pečující osoby srozuměny, že se o svoje blízké postarají.

Senioři také ocenili větší soukromí, což uvedli jako jednu z dalších výhod domácí péče. To vyjádřili větou: „*když chci mít klid nebo se necítím dobře, jdu si k sobě do pokoje a nikdo mě neruší.*“ To v domově pro seniory není možné, zařízení má svůj režim, podle kterého se jeho každodenní chod řídí. Také zde dochází k občasným konfliktům z důvodu různých povah klientů (což mohu opět potvrdit zkušenostmi ze sociálních šetření v Domově pro seniory v obci Skalice).

Co se týče ústavní péče, klienti z doslechu vědí, že je zde možnost kulturního využití a různých aktivit. Ty jsou samozřejmě podmíněny zdravotním stavem seniorů, i když pomoc při zapojování do aktivit zajišťuje personál domova. Pokud však není domácí péče a soužití s vlastní rodinou extrémně nevyhovující (jako to bylo uvedeno v jedné z případových studií), lidé raději prožívají svá seniorská léta doma. Velkou roli zde také dle mínění klientů hraje vzdálenost zařízení pro seniory od domovské obce, to omezuje časté návštěvy seniorů jejich rodinami.

Dle názoru 12 z dotazovaných seniorů by bylo nejlepší mít samostatné bydlení, někde poblíž své rodiny. To odůvodňují větami „*abych nikoho neobtěžoval, mladí už mají jiné zájmy a plno starostí*“ a „*rád si zajdu popovídat s dětmi i s vnoučaty, ale pak se zas vrátím do svého*“.

Své poznatky o výhodách či nevýhodách domácí péče mohu shrnout následovně: Dle názoru seniorů by bylo ideální bydlet sám, pokud to půjde, mít však blízko svoji rodinu. Velkou roli také hraje zakořeněnost starého člověka v místě jeho bydliště, snaha o zachování původního životního stylu. Senioři se těžko přizpůsobují novým lidem, ať už se to týká pracovníků pečovatelské služby či spolubydlících v různých zařízeních. Někdy takto ovšem může docházet k sociální izolaci jedince, pokud si již sám nikam nedojde a je odkázán pouze na kontakt s nejbližší rodinou.

Závěr

Příčiny stárnutí populace jsou dobře známy, stejně tak jako rizika, která s sebou přináší.

Tento společenský fenomén představuje velkou výzvu pro sociální pedagogiku. Stále se učící společnost se totiž stává nezbytností, socializace je jedním z atributů sociální pedagogiky a probíhá celý život. Právě stárnoucí populaci pomáhá k lepšímu začlenění se do společnosti a kvalitnějšímu prožívání života. Může tak přispět k řešení problémů, které stárnutí populace přináší.

Sociální práce vykazuje určité pedagogické aspekty, i jejím cílem je utvářet podmínky pro optimální život seniorů i ostatních věkových skupin ve společnosti.

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila popsat problematiku prodlužujícího se věku obyvatelstva, rizika s ním spojená a jejich možná řešení. Pedagogické aspekty sociální práce popisuji ve formě činnosti odboru sociálních věcí Městského úřadu v Moravském Krumlově, kde jsem zaměstnána. K dokreslení jsem použila případové studie.

V rámci výkonu terénní sociální práce, při šetřeních v domácím prostředí klientů, jsem provedla průzkum ke zjištění významu sociální práce a jejích pedagogických aspektů pro stárnoucí populaci. Také jsem se pokoušela zjistit, co by seniorům pomohlo dle jejich názoru vyrovnat se s problémy, které stáří přináší. Snažila jsem se najít odpověď na otázku, v čem vidí senioři výhody případně nevýhody domácí péče.

Pokusila jsem se poukázat na význam sociální práce pro stárnoucí populaci, zjistit, co tato činnost seniorům přináší. Své poznatky mohu shrnout ve smyslu, že pedagogické působení je užitečnou součástí sociální práce. V tomto oboru se však stále třeba se vzdělávat a přizpůsobovat se novým požadavkům stárnoucí populace.

Samotní senioři hodnotí kladně spíše terénní sociální práci a poradenství, zbytečná se jim do jisté míry jeví stále se zvyšující a zdoluhavá administrativní činnost. I tato je však nedílnou součástí sociální práce.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá společenským fenoménem stárnutí populace a jeho výzvou pro sociální pedagogiku.

První kapitola je věnována proměňující se demografické skladbě obyvatelstva České republiky. Je psána přehledovou formou, poznatky jsem čerpala z odborné literatury českých autorů. Popsala jsem historii, současnost i prognózu populačního vývoje.

Druhá kapitola se zabývá riziky, která ze stárnutí populace vyplývají. Ty jsem rozdělila na rizika ekonomická a psychosociální. Zvláštní kapitolu jsem věnovala postavení stárnoucích žen ve společnosti. Opět jsem čerpala především z poznatků, uvedených v odborné literatuře. Bylo zde poukázáno na možná řešení problémů, která tato rizika přinášejí.

Třetí kapitola popisuje pomoc státu seniorům formou sociálních služeb a finančních příspěvků, zejména příspěvku na péči. Zabývám se zde také ústavní a paliativní péčí. Pomoc státu seniorům spatřuji také v zajištění podmínek k jejich dalšímu vzdělávání. V této kapitole jsem kromě odborné literatury použila také úpravu v zákoně.

Čtvrtá kapitola je věnována sociální práci, poukazuje na její pedagogické aspekty. Zabývám se zde zjišťováním přínosu pedagogického působení pro stárnoucí populaci při výkonu profese sociálního pracovníka. Použila jsem zde ukázky sociálně-pedagogického působení v profesní praxi. Dále zde popisují průzkum zaměřený na význam sociální práce a jejích pedagogických aspektů pro seniory.

Anotace

Hana Čaňková, Stárnutí populace jako výzva pro sociální pedagogiku. Brno, (Bakalářská práce).

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií, 2010, 51 stran textu, 11 stran příloh

Bakalářská práce se zabývá stárnutím populace, popisuje pedagogické aspekty sociální práce se seniory. Cílem této práce je poukázat na význam sociálně-pedagogického působení na tuto věkovou skupinu populace.

Klíčová slova

Stárnoucí populace, věk, demografie, kvalita života, společnost, sociální práce, sociální služba, poradenství, péče, domácí prostředí, ústavní péče, vzdělávání

Annotation

My bachelor thesis deals with the aging of the population. It describes pedagogical aspects of social work with elderly. The goal of the thesis is to point the importance of socio-educational activities for this age group of the population.

Key words

Aging of population, age, demography, quality of life, society, social work, social service, counseling, care, home background, institutional care, education

Seznam použité literatury

1. Bakošová, Z. : Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava: 3.vydání. Public promotion, s. r. o., 2008, 250 s., ISBN 978-80-969944-0-3
2. Fialová, L. a kol.: Dějiny obyvatelstva českých zemí (část Století demografické statistiky). Praha: 2. vydání. Mladá fronta, 1998, 398 s., ISBN 80-204-0720-0
3. Kalibová, K.: Demografie nejen pro demografy. Praha a sociologický ústav AV ČR: 1.vydání.Sociologické nakladatelství (SLON), 1993, 125 s., ISBN 80-901424-2-7
4. Kalvach, Z.: Pečujeme doma, příručka pro laické pečující. Brno. Moravskoslezský kruh, o. s., 2008, 94 s.
5. Kalvach, Z.: Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních odborů. Praha: Cesta domů, 2004, 63 s., ISBN 80-239-4334-0
6. Kohoutek, R.: skripta Sociální psychologie. Brno: Institut mezioborových studií, 2004, 214 s.,
7. Kohoutek., R.: skripta Vývojová psychologie. Brno: 2. vydání. Institut mezioborových studií, 2003, 84 s.
8. Kraus, B., Poláčková V.: Člověk, prostředí, výchova. Brno: Nakladatelství Paido, 2001, 199 s., ISBN 80-7315-004-2
9. Kraus, B., Sýkora, P.: skripta Sociální pedagogika I. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 62 s.
10. Kraus, B.: Základy sociální pedagogiky. Praha: 1. vydání. Portál, 2008, 215 s., ISBN 978-80-7367-383-3
11. Kučera, J., Radvan, E.: skripta Vybrané problémy metodologie vědy. Brno: Institut mezioborových studií, 2005, 85 s.
12. Muhlpachr, P.: Gerontopedagogika. Brno:1.vydání. Masarykova univerzita v Brně, 2004, 203 s., ISBN 80-210-3345-2

13. Muhlpachr, P.: skripta Problémy současné společnosti. Institut mezioborových studií Brno, 2004, 82 s.
14. Možný, I.: Česká společnost. Praha: 1.vydání. Portál, s. r. o., 2002, 207 s.,ISBN 807178-624-1
15. Pospíšil, O.:Pedagogika dospělých – andragogika. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001, 218 s., ISBN 80-7290-064-1
16. Rabušic, L.: Česká společnost stárne. Brno: 1.vydání, Masarykova univerzita, nakladatelství Georgetown, 1995, 192 s., ISBN 80-210-1155-6
17. Řehoř A.: skripta Metodologie. Institut mezioborových studií Brno, 2004, 75 s.
18. Špinková, M., Špinková Š : Standardy domácí paliativní péče. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004, 35 s., ISBN 80-239-4329-4
19. Tošnerová, T.: Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: 1. Vydání. Computer Press Brno, 2009, 239 s., ISBN 978-80-251-2104-7
20. Vágnerová, M.: Vývojová psychologie – Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, s. r. o. , 2000, 522 s., ISBN 80-7178-308-0
21. Vidovičová, L.: Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: 1. Vydání. Masarykova univerzita, 2008, 233 s., ISBN 978-80-210-4627-6
22. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2009 – 2011, Brno, duben 2009
23. Informační brožurka Poskytovatelé sociálních služeb v regionu Moravský Krumlov, vydalo Město Moravský Krumlov v prosinci 2007. Tisk: Jaromír Šrámek, tiskárna Gloria, Rosice
24. Metodický pokyn MPSV č. 5/2009 k sociální práci v systému pomoci v hmotné nouzi, Praha, 8.7.2009
25. Zpravodaj MPSV 1/2008, účelová publikace pro úřední potřebu, rok vydání 2008
26. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří), MPSV, cz.

27. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
28. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
29. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zák. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
30. <http://www.novinky.cz/domaci/189659/cz> (20.1.2010)
31. <http://www.mkrumlov.cz/odbor-socialnich-veci.html> (10.4.2010)
32. [http://zpravy.idnes.cz/mladi-konci-ve-ctyriceti-fr5/domaci.cz_\(1.4.2009\)](http://zpravy.idnes.cz/mladi-konci-ve-ctyriceti-fr5/domaci.cz_(1.4.2009))
33. <http://www.novinky.cz/domaci/182115/cz> (21.10.2009)
34. <http://mpsv.cz/cs> (8.2.2010)

Seznam příloh

Příloha 1: Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Příloha 2: Charta práv a svobod starších občanů

Příloha 3: Zjištění z Evropského výzkumného projektu „Důstojnost a starší Evropané

Příloha 4: Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením a s pacienty se syndromem demence

Přílohy

Příloha 1:

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

1. Etické zásady

1.1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1.2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2.1. Ve vztahu ke klientovi

2.1.1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2.1.2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2.1.3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se

zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2.1.4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňují účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2.1.5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2.2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2.2.1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2.2.3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2.3. Ve vztahu ke kolegům

2.3.1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2.4.1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2.4.4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání i výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2.5. Ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2.5.4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19.5. 2006.

Příloha 2:

Charta práv a svobod starších občanů

1. Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých možností, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije. Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

2. Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

3. Článek III (život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě. Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

4. Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy. Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci. Je třeba, aby si tito lidé mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

5. Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek. S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

6. Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity. Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

7. Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby. Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

8. Článek VIII

Stáří je fyziologickým – normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

9. Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné. V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak. Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje. Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně. Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu – a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi. Všichni, kteří pracují se staršími pacienty by měli

získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku. Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

11. Článek XI (úcta ke konci života)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora. Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie tomu, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících. Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

12. Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti. Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplín biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

13. Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

14. Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě. K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče. Často nejsou možností ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Příloha 3:

Důstojnost, seniři a zdravotní a sociální péče

(Zjištění z Evropského výzkumného projektu „Důstojnost a starší Evropané“, zveřejněné v příručce Z. Kalvacha Respektování lidské důstojnosti) :

Zachování lidské důstojnosti, obzvláště navzdory nepříznivým okolnostem, patří k základním lidským hodnotám.

Klíčovým aspektem důstojnosti, tak jak s ní pracujeme ve zdravotní a sociální péči, je úcta k osobní identitě.

Nadměrné spoléhání na technologická řešení zdravotních problémů podryvá lidskost péče a lidské hodnoty.

Fragmentace zdravotní a sociální péče, nedostatečnost zdrojů a úsporné přístupy vedou k odlidštění a znecitlivění personálu.

Ve zdravotní a sociální péči vedou tyto faktory k zacházení s lidmi jako s předměty, a nikoli jako s lidskými bytostmi, což má nežádoucí dopady na jejich život.

Přístupy, které přispívají k zachování důstojnosti.

Poskytuj individualizovanou péči a podporu.

Zachovávej společenské postavení seniorů a ujišťuje je v jejich sociálních rolích i v případě duševní nebo tělesné zchátralosti.

Neuváděj nikoho do situace, která by mohla vést k jeho případnému selhání ve skupině.

Před ostatními nezdůrazňuj ničí nedostatečnost ani nezpůsobilost.

Dávej každému najevo, že má svou hodnotu.

Podporuj a zachovávej u každého osobní autonomii.

Respektuj individuální zvyky a hodnoty.

Respektuj u každého domov, životní prostor a soukromí.

Poskytuj útěchu a projevuj takt.

Získávej souhlas k nezbytným pečovatelským úkonům.

Povzbuzuj seniory k vlastní volbě a rozhodování.

Podporuj začleňování a účast, nedopouštěj vyčleňování nikoho.

Podporuj každého, aby dbal na osobní hygienu a vzhled.

Dopřej každému dost času. Na nikoho nespěchej.

Přizpůsob péči potřebám a životnímu rytmu každého jednotlivce.

Snaž se předvídat individuální potřeby.

Respektuj hranice schopností každého jednotlivce.

Nevykonávej činnosti, které překračují tvou odbornou způsobilost.

Na konkrétní požadavky reaguj zdvořile.

Chovej se zdvořile a projevuj úctu i v případě, kdy máš špatnou náladu nebo jsi ve stresu.

Pokud je to možné, informuj toho, o kterého pečuješ, předem o všech úkonech.

Vyjadřuj se zdvořile a užívej zdvořilá gesta.

Umožni seniorům podstupovat jisté riziko.

Podporuj účast na každodenním životě.

Zachovej si smysl pro humor.

Dělej absolutní maximum, i když nezbývá mnoho času.

Příloha 4:

Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením:

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost, snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem. Počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesílujeme hlas, porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, a proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme, umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence:

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl. Důležité údaje navíc píšeme na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta. Jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobíme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit. Během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

/zdroj: Příručka pro laické pečující, Z. Kalvach/