

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské a sociální práce**

Obor: charitativní a sociální práce

Bc. Zdeňka Dutkevičová

**NEFORMÁLNÍ POMOC JAKO PROSTŘEDEK UMOŽŇUJÍCÍ  
NESOBĚSTAČNÝM OSOBÁM ŽIVOT V JEJICH  
PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ**

Diplomová práce

vedoucí práce: Ing. Ester Danihelková

**2016**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 8. 4. 2016

.....  
Zdeňka Dutkevičová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Ester Danihelkové a Mgr. Pavlíně Valouchové, Ph.D. za cenné konzultace a odborné rady, kterými přispěly k vypracování této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala sociálním pracovníkům na oddělení dávek pro osoby se zdravotním postižením a příspěvku na péči, Úřadu práce ČR, kontaktního pracoviště Kroměříž, za pomoc s realizací standardizovaných rozhovorů s cílovou skupinou respondentů.

## Obsah

<b>I. ÚVOD.....</b>	<b>6</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Soběstačnost a sebestarost osob.....</b>	<b>9</b>
1.1 Pojem sebestarost a soběstačnost .....	9
1.2 Aktivity denního života .....	11
<b>2 Zajištění pomoci nesoběstačným osobám .....</b>	<b>14</b>
2.1 Poskytovatelé neformální pomoci .....	15
2.2 Mezigenerační a rodinná solidarita .....	16
2.2.1 Koncepce solidarity a sociální soudržnosti .....	17
2.2.2 Rodinná solidarita a soudržnost v péči o nesoběstačné osoby .....	17
2.2.3 Rodinná pomoc nesoběstačným osobám.....	18
<b>3 Nástroje sociální politiky státu v oblasti podpory péče o nesoběstačné</b>	
<b>osoby v přirozeném sociálním prostředí.....</b>	<b>20</b>
3.1 Finanční podpora – příspěvek na péči .....	20
3.2 Terénní sociální služby .....	24
3.3 Podpora neformálních pečovateli v ČR.....	26
3.4 Podpora pečujících osob, rodin v zemích EU .....	27
<b>4 Shrnutí teoretické části.....</b>	<b>28</b>
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
<b>5 Výzkumný problém .....</b>	<b>29</b>
5.1 Výzkumné cíle.....	29
5.2 Výzkumné otázky .....	30
5.3 Hypotézy.....	30
<b>6 Pojetí výzkumného šetření .....</b>	<b>30</b>
6.1 Základní a výběrový soubor .....	31
6.2 Technika sběru dat.....	31
6.3 Realizace výzkumu.....	32
6.4 Způsob zpracování dat.....	33
6.5 Formulace hypotéz .....	34
6.6 Operacionalizace hypotéz.....	34

<b>7</b>	<b>Analýza získaných dat</b> .....	<b>36</b>
7.1	Analýza standardizovaných rozhovorů .....	36
7.1.1	Analýza výzkumných otázek.....	36
7.1.2	Ověřování stanovených hypotéz.....	44
7.1.3	Vyhodnocení nepřiznaných žádostí o příspěvek na péči.....	48
7.1.4	Srovnání ekonomické náročnosti pečovatelské služby s PnP v I. stupni závislosti .....	50
<b>8</b>	<b>Interpretace získaných dat - výsledky</b> .....	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>Diskuse</b> .....	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>57</b>
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ .....	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....	63
	SEZNAM TABULEK .....	64
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	64
	SEZNAM GRAFŮ .....	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	65

# I. ÚVOD

Diplomové práce se bude zabývat problematikou neformální pomoci, která umožňuje nesoběstačným osobám život v přirozeném sociálním prostředí. Stále se zvyšující potřeba této pomoci vychází z probíhajících změn v naší společnosti. Mezi hlavní změny patří nástup dlouhodobé společnosti, rozvoj a vývoj medicíny, změna možností a rolí tradiční rodiny, rozvoj podpůrných možností, potřeba systémových změn, demografický apel a sociální hrozba (Kalvach, 2014: 15-16).

U nesoběstačných osob dochází k úbytku fyzických a psychických funkcí člověka, následně postupně narůstá závislost na druhých osobách. Nesoběstační lidé chtějí zůstat žít ve svém přirozeném sociálním prostředí, proto je nezbytné podporovat rozvoj terénních sociálních služeb a neformální pomoci. Tato podpora je písemně stanovena v „Národním akčním plánu podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017“, který zpracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále MPSV). Jednou z klíčových priorit je v tomto dokumentu „Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností“, kde je uvedeno, že vzdělávání a podpora neformálních pečujících je jednou z nejefektivnějších investic v rámci dlouhodobé péče o nesoběstačné osoby (MPSV, 2014: 40). Specifickým cílem je vytvořit odpovídající podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče. Opatření k naplnění tohoto cíle spočívají v:

- realizaci informační kampaně zaměřené na osvětu o možnostech péče a motivaci pečujících,
- koncepčním zpracováním podpory neformálních pečovatelů – finanční a legislativní,
- rozšiřování dostupnosti terénních a s nimi souvisejících odlehčovacích služeb pro neformální pečující,
- zajištění vzdělávání a dalších nástrojů, které povedou k posílení spolupráce neformálních pečovatelů s profesionálními pracovníky (MPSV, 2014: 44).

Život nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí umožňují nástroje sociální politiky státu, mezi které patří:

- dostupnost terénních sociálních služeb,
- systém poskytování příspěvku na péči,

- podpora neformálních pečujících osob.

Prostřednictvím neformální pomoci je nesoběstačným osobám poskytována pomoc s úkony péče o svou osobu a domácnost. Nesoběstačné osoby s nízkou mírou podpory nemohou zůstat žít v důstojných podmínkách v domácím prostředí, pokud nemají podporu ze strany rodiny, přátel nebo sousedů. Dle uskutečněných výzkumů poskytují neformální péči rodinní příslušníci na základě rodinné solidarity. Bohužel s rozvojem moderní společnosti – zvyšující se věk, zvyšující se odchod do starobního důchodu, nezaměstnanost, se stává péče o nesoběstačnou osobu pro rodinné příslušníky problematická. Proto by měla sociální politika státu podporovat neformální pečovatele, aby byla péče o nesoběstačné osoby i v budoucnosti udržitelná.

Cílem diplomové práce bude charakterizovat podmínky poskytování neformální pomoci nesoběstačným osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí a nalezení nových možností poskytování této pomoci.

Teoretická část diplomové práce se člení do tří kapitol. První kapitola se soustředí na problematiku soběstačnosti osob a aktivit denního života. Druhá kapitola popisuje možnosti zajištění pomoci nesoběstačným osobám a koncepce rodinné solidarity a sounáležitosti. Poslední kapitola se zabývá nástroji sociální politiky státu na podporu nesoběstačných osob.

V praktické části práce budou ověřovány okolnosti poskytování neformální pomoci nesoběstačným osobám prostřednictvím výzkumu. Cílem kvantitativního výzkumu bude zjistit oblasti poskytované pomoci, frekvenci pomoci, druhy poskytovatelů pomoci a charakteristiku pečujících osob. Prostřednictvím studia spisové dokumentace zamítnutých žádostí o příspěvek na péči (dále PnP) podaných v roce 2014, 2015 na Úřadu práce ČR, krajské pobočce Zlín, kontaktním pracovišti Kroměříž, zjistíme četnost zamítnutých žádostí, věkovou strukturu a uznané základní životní potřeby žadatelů. Výzkum doplníme o orientační srovnání finanční náročnosti poskytovaných terénní sociálních služeb s výší příspěvku na péči v I. stupni závislosti.

K tématu diplomové práce mě přivedla vlastní zkušenost z praxe sociálního pracovníka u příspěvku na péči. Při svém výkonu práce se setkávám s nesoběstačnými osobami v přirozeném sociálním prostředí a je velmi smutné, když rozhovorem zjistím, že potřebují nakupovat, uklízet, vařit jídlo, vyřizovat osobní záležitosti a vyzvedávat léky a já vím, že všechny tyto úkony jsou zahrnuty do jedné životní potřeby –

domácnost, tudíž ani nedosáhnou na I. stupeň PnP. Další problém vidím v neadekvátním finančním rozdílu mezi I. a II. stupněm PnP, který spočívá pouze v uznání jedné životní potřeby. V regionu Kroměřížska je péče převážně poskytována rodinnými příslušníky. Pokud chodí do zaměstnání, je pro ně velmi obtížné skloubit pracovní a pečovatelské povinnosti. Pokud je rodina širší a bydlí blízko, lze se v péči střídat, ale když je péče na bedrech jedné osoby, která chodí do zaměstnání na plný úvazek, je značně vyčerpávající. Podpora pečujících osob se z praxe jeví jako nezbytnost.

Výstupem diplomové práce bude shrnutí výsledků výzkumu, který bude zobrazovat okolnosti poskytování pomoci nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí v současné době. Součástí výzkumu bude zhodnocení dosažitelnosti příspěvku na péči a finanční dostupnosti terénních sociálních služeb. Poznatky z výzkumu zhodnotíme a provedeme návrhy možného řešení poskytování pomoci, systémových změn v přiznávání příspěvku na péči a finanční dostupnosti terénních sociálních služeb. Návrhy řešení by měly umožňovat poskytování pomoci nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí v následujících letech, kdy dojde k nárůstu dlouhověkosti a rozvoji moderní společnosti.



## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Soběstačnost a sebekpěče osob

Sebekpěče je samostatné vykonávání denních aktivit v oblasti stravování, oblékání, umývání a vyprazdňování. Soběstačností rozumíme míru samostatnosti, popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit.

Vzhledem k tomu, že v naší odborné literatuře není pojem sebekpěče a soběstačnost definován a vysvětlen, není odlišován významový rozdíl těchto pojmů (Trachtová, 2001: 20).

#### 1.1 Pojem sebekpěče a soběstačnost

Všechny změny organismu, které vznikají v důsledku změny zdravotního stavu nebo pokročilého věku, mohou ovlivnit fyzické, psychické a sociální funkce osob natolik, že se stávají méně soběstačnými a více závisými na okolí, rodině a společnosti. Pro mnoho lidí je udržení si samostatnosti v každodenním životě základním předpokladem kvalitního života a obavy z možné závislosti představují pro ně zásadní problém. Závislost na pomoci druhých vnímají lidé často podstatně hůře než samotnou nemoc, která tuto závislost způsobila. Fyzická i sociální soběstačnost je pro většinu osob základním předpokladem setrvání v domácím prostředí.

Bekel a Halmo (2004: 25) ve své publikaci uvádí, že sebekpěče je vědomé jednání, které vykonává pro sebe osoba sama nebo pro sebe nechá vykonávat, aby si zajistila určitý stav věcí a podmínek k zachování života. Odlišuje se od reflexů a instinktů. Je naučená a má určité cíle. Lidé získávají v průběhu svého života schopnosti, aby se mohli starat o zachování života a udržení zdraví. Děti se učí ve svých rodinách nebo sociálních skupinách, která jednání jsou pro sebekpěči smysluplná. Toto jednání je naučeno v současném kontextu společnosti. V případě potřeby se nové praktiky sebekpěče, či potřebné schopnosti učíme i v průběhu života. Jakým způsobem člověk sebekpěči provádí, závisí na individuálních schopnostech a životních okolnostech. Jestliže se lidé starají o druhé osoby, které mohou sebekpěči vykonávat jen částečně nebo vůbec ne, je tento způsob jednání označován jako dependentní péče. Tato péče

předpokládá určitou sociální závislost druhé osoby. Konkrétní blízké osoby poskytují podporu při sebeděči, jedná se o rodinné příslušníky nebo jiné blízké osoby.

Trachtová (2001: 20-21) definuje pojem sebeděče, jako činnost zajišťovanou vlastními silami. Dalším způsobem zajišťování sebeděče může být pomoc prostřednictvím rodinných příslušníků, přátel, sousedů, která umožňuje, některým nemocným či jinak handicapovaným lidem, žít v domácím prostředí. Do kategorie sebeděče zahrnuje základní každodenní činnosti – hygiena, oblékání, vyprazdňování, stavování, které pomáhají udržovat zdraví. Zdravý dospělý člověk je při zvládnutí těchto aktivit soběstačný, každodenní činnosti vykonává samostatně, pravidelně, bez pomoci druhé osoby. V průběhu ontogenetického vývoje je rozdílná míra samostatnosti – soběstačnosti při zvládnutí každodenních činností. Kojenec je závislý na matce, závislost se postupně mění na nezávislost a v období stáří se člověk stává opět více či méně závislý na pomoci jiných osob. Člověk se zdravotním postižením může mít aktuálně i potenciálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti.

Kalvach (2008: 113) definuje soběstačnost jako schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Uvádí dva faktory, které tuto schopnost ovlivňují a které je potřeba brát v úvahu. Soběstačnost ovlivňuje jednak funkční zdatnost organismu a jednak náročnost prostředí, ve kterém se daný jedinec nachází. Soběstačnost lze chápat také jako schopnost člověka přizpůsobit se prostředí, ve kterém žije a adaptovat se na jeho požadavky.

Topinková a Neuwirth (1996: 36) definují soběstačného člověka jako jedince, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních funkcí. Tento jedinec zvládá samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob všechny potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije.

Gruberová (1998: 39) definuje soběstačnost jako schopnost uspokojit bez cizí pomoci své základní životní potřeby v konkrétních životních podmínkách. Skládá se z funkční zdatnosti jedince a nároků prostředí v němž žije. Závislost vzniká u lidí:

- postupně – způsobená pozvolným poklesem funkční výkonnosti a adaptačních schopností organismu,
- náhle – při akutní změně zdravotního stavu.

Soběstačnost má složku fyzickou, psychickou, sociální a ekonomickou a při hodnocení stupně závislosti je třeba vždy posuzovat tyto složky společně, jelikož se vzájemně ovlivňují.

## 1.2 Aktivity denního života

Aktivity denního života jsou běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý člověk je vykonává samostatně. Denní činnosti jsou součástí návyků, ve své podstatě odpovídají základním biologickým potřebám člověka. (Tabulka 1) Potřeby člověka jsou individuální a zcela individuální je psychická odezva neuspokojené potřeby (Trachtová 2001: 19).

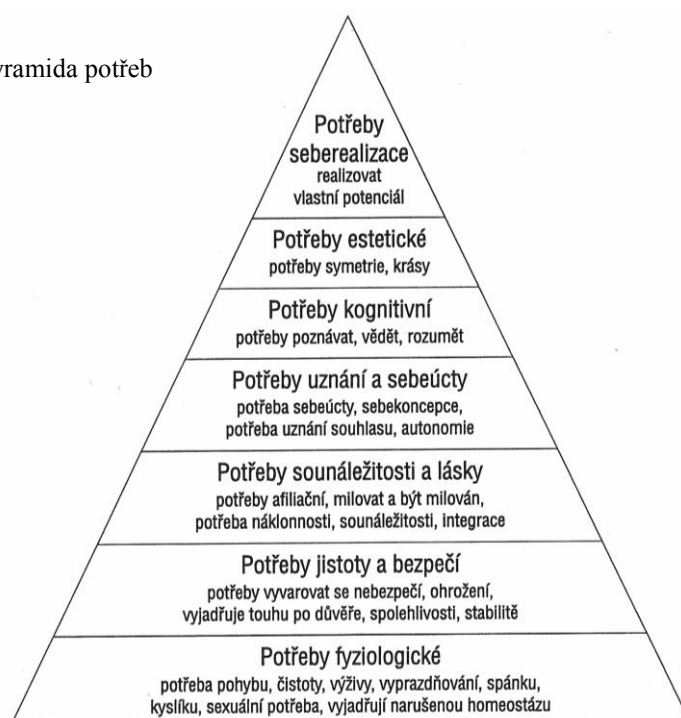
potřeba	aktivita denního života
kyslík	dýchání
jídlo a pití	spánek a odpočinek
hygiena	hygienická péče
vyprazdňování	vyprazdňování moče a stolice
pohyb, činnost, aktivita	pohyb a aktivita
teplo	udržování tělesné teploty oblékání
jistota a bezpečí	ochrana před nebezpečím, odstranění bolesti
uznání a sebeúcta	evalvace v komunikaci
seberealizace	studium, zaměstnání, aktivity ve volném čase

Tabulka 1 Potřeby člověka a aktivity denního života

Míra uspokojování potřeb ovlivňuje významným způsobem kvalitu života jedince. Jednotlivé potřeby se navzájem ovlivňují. Každá osoba vyjadřuje a uspokojuje své potřeby individuálním způsobem. Potřeby se v průběhu života mění ve své kvalitě i kvantitě. Uspokojování potřeb závisí na mnoha faktorech: pohlaví, vzdělání, kultuře, víře, psychickém a zdravotním stavu. Pokud je osoba zdravá, chápe uspokojování základních potřeb jako samozřejmost. V době nemoci či stáří si začíná uvědomovat důležitost potřeb a přikládá jim velký význam. Osobitě bude jedinec reagovat i na neuspokojení potřeb, např. změnou psychického rozpoložení, pocitem strachu a bezmoci, změnou myšlení, emocí a pozornosti (Tóthová, 2002: 87-90).

Nejznámějším hierarchickým systémem potřeb je uspořádání dle Maslowa (Obrázek 1). Americký psycholog A. H. Maslow vytvořil model potřeb, ve kterém rozděluje potřeby na fyziologické (základní, nižší) a potřeby psychosociální (vyšší). Podle Maslowa je nejdříve nutno alespoň částečně uspokojit **potřeby nižší**, nezbytné pro zachování života. Teprve potom je možno uspokojovat **potřeby vyšší**, které nejsou nutnou podmínkou k přežití a souvisí s osobním a společenským životem. Každý jedinec má své potřeby uspořádány v hierarchickém systému podle své naléhavosti (Trachtová, 2001: 14-15).

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb



Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý v oblastech běžných denních činností. Pokud osoby nemají žádné zdravotní omezení, mají vyhovující prostředí a fungující rodinu, považují vykonávání denních aktivit za samozřejmost. V případě dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu nebo vysokého věku, si jedinec začne uvědomovat zvyšující závislost na okolí. Pomoc nejprve potřebuje v činnostech jako je nakupování a příprava stravy, vedení a úklid domácnosti, drobné opravy, péče o prádlo a lůžko, doprava, telefonování, vyzvedávání léků, hospodaření s penězi, komunikace a orientace mimo přirozené prostředí, uspořádání času a zapojení se do sociálních

kontaktů, plánování života. Následně dochází k obtížím při vykonávání základních sebeobslužných činností, které jsou důležité pro zachování života a jejichž porucha vypovídá o potřebě pomoci druhé osoby. Mezi tyto činnosti patří provádění osobní hygieny a koupání, používání toalety, schopnost mobility, výběr oblečení a oblékání, přijímání potravy a tekutin, orientace v přirozeném prostředí, schopnost účelné komunikace a dodržování léčebného režimu. Schopnost provádět aktivity denního života ovlivňuje také psychický stav, osobnostní předpoklady a udržování sociálních kontaktů. Přiměřená fyzická aktivita, záliby, povaha člověka a mentální schopnosti mohou významným způsobem přispívat k oddálení nástupu závislosti (Brímová, 2010: 26).

Aktivity denního života jsou specifikovány v manuálu s názvem Measuring Health and Disability – Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Model WHODAS 2.0 obsahuje 6 domén následovně:

- Kognitivní oblast – porozumění a komunikace
- Oblast mobility – pohyb
- Péče o vlastní osobu – hygiena, oblékání, jídlo, možnost zůstat sám
- Sociální interakce
- Životní aktivity – péče o domácnost, volný čas, práce, škola
- Participace na komunitním (společenském prostředí)

Pro české prostředí bylo 6 domén WHODAS 2.0 přeskupeno následovně:

- Péče o vlastní osobu (obsahuje veškeré souvislosti s potřebami péče vč. kognitivní úrovně (orientace v prostoru a čase)
- Výdělečná činnost/školní povinnosti
- Rodinné vztahy
- Sociální vztahový rámec mimo rodinu
- Domácnost (manipulace s předměty denní potřeby, úklid)
- Prostředí – oblast mobility, přístupnosti, bariérovosti, dostupnost služeb (nrzp, 2014)

## 2 Zajištění pomoci nesoběstačným osobám

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále ZSS) upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Mezi základní zásady poskytování sociálních služeb patří, že rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost osob, pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob a služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv. V rámci zákona o sociálních službách je pomoc také zajišťována prostřednictvím neformálních pečovatелů.

Výsledky dvou výzkumných šetření prezentovali Hynek Jeřábek z Institutu sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy a ředitel Ústavu sociálních služeb v Praze 4 Miloš Hájek. Autoři uvádějí, že z důvodu stárnutí populace se potřebná péče o nesoběstačné osoby do roku 2030 téměř zdvojnásobí. Nárůst počtu nesoběstačných osob bude podle názoru expertů rychlejší než nárůst služeb určených pro tuto cílovou skupinu. Při neformální pomoci je třeba vzít v potaz změny, kterými prochází rodina. Hájek uvedl že „Česká rodina je tradičně dvoupříjmová, pokud někdo, většinou žena, zůstane doma, aby pečoval o seniora, projeví se to okamžitě v ekonomické situaci rodiny a v tlaku na získání sociálních dávek. Proto roste tlak přesunout péči o seniora na sociální služby, na stát, obec. Roli hraje i fakt, že když se žena či muž chtějí vrátit do práce, v jejich věku, tedy v průměru mezi 40 až 55 lety, to není vůbec jednoduché“ Z šetření vyplývá, že průměrně rodina věnuje pomoci 41 hodin týdně. Pomoc obstarávají dvakrát častěji dcery než synové. České rodiny pomoc svým starším členům chápou jako „práci z lásky“. Intenzivnější opatrování pro ně ale představuje zátěž, a to fyzickou i psychickou. Podle expertů je na čase začít řešit i možnost, aby pečující osoby mohli dostat určitou formu pečovatelské dovolené, po níž by se zas vrátili do práce (Novinky, 2014).

Sociální práce (2012: 90-92) v odborném článku „Podpora neformálních pečovatелů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby“ uvádí, že s ohledem na rostoucí počet nesoběstačných seniorů, bude docházet ke zvyšování poptávky na zajištění péče. Zkušenosti ze zahraniční i domácí praxe naznačují, že tuto zvýšenou poptávku nelze pokrýt formální (profesionální) pomoci. Rozhodujícím prvkem se stává participace neformálních

pečovatelů – rodinných příslušníků nebo jiných blízkých osob. Změna nastává také ve způsobu poskytování pomoci. Je kritizována ústavní péče a je posilován prvek bydlení, komunity, individuálního přístupu a zachování kontinuity života, včetně posílení role rodiny. Lewis (1989, podle Sociální práce, 2012: 117) uvádí, že v 50. letech 20. století dochází k zpochybňování rezidenční péče a zdůrazňuje význam role rodinných příslušníků, případně přátel či sousedů, coby neformálních a dobrovolných zdrojů pomoci. Došlo k postupnému rozšíření a etablování konceptu neformálního pečovatele a z původně neplacených a přehlížejších pečujících, se stali lidé se specifickým sociálně – ekonomickým statutem.

V Sociální práci (2012: 115) – ve stati „Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče“ je konstatováno, že se počty potencionálních pečovatelů v rodinách neustále snižují, zatímco množství lidí, kteří péči potřebují, či potřebovat budou, rostou. Demografická situace mění strukturu příbuzenských vztahů. Na jedné straně došlo k intergeneračnímu rozšíření, na straně druhé ale četnost příslušníků každé další generace klesá.

Dalším demografickým trendem v péči o nesoběstačné osoby je péče zajišťovaná tzv. „sendvičovou generací“. Jedná se o označení generace lidí, kteří se současně starají o nesamostatné děti a nesoběstačné rodiče (Wikipedia, 2014). Agentura ppm factum společnosti Gender Studies představila výzkum, který uvádí, že se jedná o skupinu lidí, přibližně ve věku 45-65 let, kteří jsou stlačeni v sendviči dvou závazků péče. Typickým představitelem této generace je pětapadesátiletá žena. Ve společnosti se očekává, že pečovatelsví a rodinné závazky musí ležet na bedrech ženy. Tyto ženy obstarávají dva druhy péče, které musí často kombinovat se zaměstnáním (zpravy.idnes, 2013).

## **2.1 Poskytovatelé neformální pomoci**

Předpoklady a podmínky poskytování pomoci nesoběstačným osobám jsou v rámci systému sociálních služeb formulovány v ZSS a prováděcí vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. (dále prováděcí vyhláška). Jako poskytovatelé sociálních služeb jsou § 6 ZSS stanoveny subjekty s různým právním statutem. Za neformálního pečujícího lze v kontextu ZSS považovat jak rodinné příslušníky, tak jakékoliv fyzické osoby, které poskytují péči. U blízkého rodinného příslušníka není vyžadováno smluvní ujednání. Ostatní fyzické osoby jsou nazývány asistenty sociální péče a je zde vyžadováno

smluvní ujednání o poskytnutí pomoci. Všechny pečující fyzické osoby mohou požádat o vystavení potvrzení prokazující dobu péče pro účely čerpání dávek sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Domácí péče o nesoběstačné osoby se dříve opírala především o ženy v domácnosti. Nástupem většiny žen do placeného zaměstnání vyvstal požadavek, aby péče byla uznána jako plnohodnotná práce na úrovni zaměstnání. V České republice je poskytování péče přiznán statut placené činnosti a výkon činnosti neformálních pečovatelů, je hrazen z veřejných zdrojů. Jestliže je zajišťována péče o osobu v druhém a vyšším stupni závislosti a o dítě v prvním a vyšším stupni, je tento příjem chápán, jako ekvivalent příjmu ze zaměstnání a doba poskytování péče je zohledněna při odchodu do penze (Sociální práce, 2012: 94).

Z fyzických osob dle výzkumu uvedeného v článku „Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi“ péči nejčastěji poskytují děti nebo partneři jejich dětí a vnoučata. Pomoc převážně poskytují příslušníci mladších generací ve vlastní rodině. Mimo rodinné příslušníky péči nejvíce poskytují sousedé. Ve srovnání s ostatními zeměmi je péče neformálními pečovateli poskytována ve vyšší míře, než je tomu v zemích zařazených do výzkumu (Sociální práce, 2012: 108-109).

## **2.2 Mezigenerační a rodinná solidarita**

Rodinná péče o nesoběstačné osoby je jedním z nejčastějších modelů pomoci v současné společnosti. Pomoc je poskytována rodinnými příslušníky na základě rodinné solidarity. V situaci rodinné pomoci nacházíme solidaritu všude tam, kde členové rodiny sdílejí společnou situaci, prožívají tytéž city, mají stejné hodnoty a vzory (Sedláček, 1996: 1186). Druhá forma rodinné solidarity se projevuje prostřednictvím spolupráce a vzájemné závislosti jednotlivých členů rodiny, kteří v rámci rodiny zaujímají různé role. Rodinná solidarita je založena na sdíleném hodnotovém systému, v rámci kterého všichni jednotliví členové rodiny uznávají prioritu společného zájmu a společných cílů rodiny, před svými individuálními zájmy a cíli (Jeřábek, 2013:25). Rodinná solidarita je nezbytným prvkem v péči o nesoběstačnou osobu v domácím prostředí.



### **2.2.1 Koncepce solidarity a sociální soudržnosti**

Sociologie se již od svého vzniku snaží vysvětlit, jakým způsobem a za jakých podmínek společnost „drží pohromadě“. Problematika solidarity, sociální soudržnosti nebo koheze představuje trvalý předmět zájmu sociologů (Jeřábek, 2013: 18).

Durkheim (1933, podle Jeřábek, 2013: 18-19) uvedl dva modely společnosti. Tradiční, kterou drží pohromadě „mechanická solidarita“ mezi lidmi. Moderní, jež je charakteristická „organickou solidaritou“ mezi nimi. Podstatu „mechanické solidarity“ tvoří společně sdílené hodnoty a normy lidí žijících v tradiční společnosti. Tyto normy, zvyky a sdílený obdobný způsob života sblížovaly zájmy a hodnoty jednotlivých lidí a tvořily tak pevné pouto mezi nimi. S rozvojem dělby práce a proměnami společenského uspořádání docházelo k postupnému oslabování síly tradičních pout a začaly se vytvářet odlišné, postupně sílící vazby mezi lidmi založené na vztazích určovaných dělbu práce. Tyto vztahy tvoří podstatu „organické solidarity“, tyto vazby budou zpravidla slabší než ty, které tvořila tradiční „mechanická solidarita“. Sociální psychologové navazují na Durkheimovu koncepci sociální solidarity ve třech ohledech. Shodují se v pojetí solidarity jako sdílení norem mezi členy společnosti, při hledání nejdůležitější definiční vlastnosti skupiny jako „vzájemné závislosti“ a obdobně chápou vztah jednotlivce a společnosti v sociální soudržnosti.

Dle klasiků sociologické teorie a sociálních psychologů je možné identifikovat pět prvků skupinové solidarity, na kterých je vytvářena: společné sdílení norem, vzájemné funkcionální závislosti, podobnosti nebo souhlasu, vzájemně opěťovaných citů a společného jednání (srov. Roberts, Richards, Bengtson, 1991 podle Jeřábek, 2012: 21).

### **2.2.2 Rodinná solidarita a soudržnost v péči o nesoběstačné osoby**

V rodinné solidaritě nacházíme prvky Durkheimovy „mechanické solidarity“ i „organické solidarity“. Mechanická solidarita se projevuje v situaci rodiny, která se rozhoduje převzít péči o nesoběstačného člena na základě sdílených citů, hodnot a norem. Společné chápání situace umožňuje rodině rychlé a jednotné rozhodnutí. Rozhodnutí poskytovat péči podstatně změní život rodiny. Členové rodiny se v době péče často opírají právě o pocit a jistotu mechanické sociální soudržnosti své rodiny. Prvky organické solidarity se nachází u poskytované péče v oblasti dělby práce

jednotlivých členů rodiny. Právě rozdělení rolí se stává výrazným prostředkem realizace péče o nesoběstačnou osobu v konkrétní rodině. V organické rodinné solidaritě je obsaženo odřeknutí vlastních priorit členů rodiny na úkor fungování rodiny jako celku. Každý z členů rodiny plní ještě další role v životě, většinou mimo rodinu. Členové rodiny musí plnit své závazky, které na sebe vzali již dříve, nebo povinnosti, bez nichž by neměla rodina z čeho žít. Pomoc nesoběstačné osobě je založena na poutu rodinné solidarity a vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která péči poskytuje. Významnou úlohu v poskytování péče hraje soubor vztahů v rodině, které se projevují jako celková charakteristika, vlastnost této rodiny, jako její **sociální soudržnost**. Tuto „soudržnou rodinu“ tvoří následující mechanismy, které v rodině probíhají. První dimenzí sociální soudržnosti rodiny je „mechanická sociální soudržnost“ na základě které členové rodiny sdílí společné hodnoty, normy a vzorce chování, které jim umožňují rozhodnutí, zda budou pomoc nesoběstačné osobě poskytovat. Z této mechanické sociální soudržnosti čerpá rodina „základní sílu“ pro poskytovanou péči. Druhou dimenzí této rodinné sociální soudržnosti je její systémová složka, která vyplývá ze vzájemného spoléhání jednoho na druhého, jedná se o „organickou sociální soudržnost“. Prostřednictvím této soudržnosti členové rodiny realizují péči o nesoběstačnou osobu v konkrétní rodině. Bez ní by se mohlo stát, že rozhodnutí poskytovat péči by bylo provozně neuskutečnitelné. Tyto „dvakrát soudržné rodiny“ vyvolávají v dnešní době individualizmu a konzumního života představu „ohroženého druhu“ lidí. Členové těchto rodin si vzájemně pomáhají a uvědomují si vlastní identitu. Rodina potvrzuje svůj smysl a identitu pokračujícím fungováním, sílu pro něho, nachází ve své sociální soudržnosti. Mimo toto další fungování se mechanismy soudržnosti rodiny přenášejí jako vzory chování, jako hodnoty a normy na další generace členů rodiny. Sociální soudržnost rodiny je nezbytná pro poskytování péče nesoběstačné osobě, pro dlouhodobé trvání péče, pro její opakování, pokračování a reprodukci (Jeřábek, 2012: 24-29).

### **2.2.3 Rodinná pomoc nesoběstačným osobám**

Pomoc nesoběstačným osobám je většinou zajišťována rodinnými příslušníky. Pečování o blízkého člověka není vysoko hodnoceno, přestože bylo dříve běžnou věcí, dnes doceněno není. Mimo jiné i proto, že starých a nesoběstačných osob je v současnosti více, než bývalo v předchozích společnostech. Pomoc často neoceňují ani

další členové rodiny. V minulosti měl člověk hodně dětí a příbuzných, s nimiž se pravidelně stýkal, proto bylo snazší pomoc poskytovat. Skloubení pracovní i pečovatelské role, bylo jednodušší, jelikož členové rodiny často pracovali a bydleli na jednom místě a mohli pomoc poskytovat kdykoliv. V současnosti, kdy pracoviště i domov jsou odděleny a lidé se musí podřídit tlaku a požadavkům pracovního zařazení, je rozhodnutí pečovat daleko složitější. Také osobní i prostorová koheze rodiny je minimální a její členové sledují především svoje zájmy. (Jeřábek, 2013:10-11)

Je známo, že rodinná péče o nesoběstačné osoby v sobě zahrnuje všechny složky péče, které člověk potřebuje:

- sociální – nesoběstačná osoba není vytržena ze svého sociálního prostředí, prostřednictvím členů rodiny, přátel a sousedů je informována o životě ve své komunitě, obci,
- zdravotní – běžnou zdravotní péči, kterou již nesoběstačná osoba nezvládá vykonávat, zajišťují rodinní příslušníci, jedná se zejména o vyzvedávání, přípravu a podávání léků, běžné ošetrovatelské práce (bandáže nohou, měření tlaku, glykemie, aplikace insulínu, injekcí od bolesti) nebo dopravu a doprovod do zdravotnického zařízení,
- emocionální – rodina je pro nesoběstačnou osobu oporou, dodává mu síly do dalšího života, snižuje osamělost a děti v rodině dodávají pozitivní energii.

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb nesoběstačné osoby lze rozlišit péči na tři stupně:

- **Podpůrná péče** (subsidiarity care) – jedná se o důležitou, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročnou péči, patří sem doprava k lékaři, údržba domu, vyřizování osobních záležitostí. Tuto pomoc může rodina zajišťovat nepravidelně, podle potřeby, přesto zahrnuje emocionální složku a je oběma stranami chápána jako důležitá, významná.
- **Neosobní péče** (impersonal care) – jedná se o pravidelnou někdy každodenní péči, která se nedá odkládat a je pro nesoběstačnou osobu nepostradatelná, patří sem nákupy, příprava stravy, úklid, praní prádla, topení, mobilita mimo dům/byt. Zahrnuje složku materiální i emocionální a je pro nesoběstačnou osobu nepostradatelná.

- **Osobní péče** (personal care) – jedná se o činnosti fyzicky či psychicky náročné s nepřetržitou přítomností pečující osoby, patří sem osobní hygiena, včetně toalety, oblékání, podávání stravy, léků, přenášení, polohování, přeprava po bytě. Osobní péče vyžaduje od pečující osoby pravidelnost, vytrvalost, obětavost a značnou odpovědnost. Neodmyslitelnou součástí osobní péče je její emocionální obsah (ibid: 44-46).

Podle Jeřábka (ibid: 55) je v současné době rodinná péče nejfrekventovanější model péče o nesoběstačné osoby. Pro svoji obnovitelnost potřebuje především existenci rodiny, tj. rodičů a dostatečného počtu dětí, jejich obdobného pohledu na svět, hodnotového systému, včetně rodinné soudržnosti, v jejichž rámci budou další generace považovat za samozřejmé, postarat se o nesoběstačného člena rodiny (ibid:29).

### **3 Nástroje sociální politiky státu v oblasti podpory péče o nesoběstačné osoby v přirozeném sociálním prostředí**

Sociální politika hledá v mnoha zemích řešení k návratu rodinné péče o nesoběstačné osoby. Takové řešení však vyžaduje opatření, která by učinila rodinnou péči o nesoběstačné osoby zvládnutelnou (Jeřábek, 2013:51). V této kapitole budou uvedeny nástroje sociální politiky v ČR, které přispívají k podpoře péče o nesoběstačné osoby v přirozeném sociálním prostředí.

#### **3.1 Finanční podpora – příspěvek na péči**

Podmínky nároku na příspěvek na péči (dále příspěvek) jsou stanoveny ZSS, v platném znění. Příspěvek je nepojistná dávka určená osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na čerpání tohoto příspěvku vzniká lidem, kteří z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti (Sociální práce, 2012: 94).

V ZSS jsou stanoveny čtyři stupně závislosti pro osoby mladší 18 let a čtyři stupně závislosti pro osoby starší 18 let věku. Stupeň se stanoví podle schopnosti zvládat základní životní potřeby. Výše příspěvku je stanovena ZSS dle stupně závislosti (Tabulka 2).

<b>stupeň</b>	<b>počet základních životních potřeb, které osoba nezvládá</b>	<b>výše příspěvku v Kč</b>
osoby do 18 let		
I – lehká závislost	3	3.000,--
II – středně těžká závislost	4 nebo 5	6.000,--
III – těžká závislost	6 nebo 7	9.000,--
IV – úplná závislost	8 nebo 9	12.000,--
osoby starší 18 let věku		
I – lehká závislost	3 nebo 4	800,--
II – středně těžká závislost	5 nebo 6	4.000,--
III – těžká závislost	7 nebo 8	8.000,--
IV – úplná závislost	9 nebo 10	12.000,--

Tabulka 2 Přehled stupňů příspěvku na péči

Po aktivním vyjednávání Národní rady osob se zdravotním postižením byla v prosinci 2015 vládou schválena novela ZSS s 10 % ním navýšením příspěvku na péči od 1. 8. 2016. Nyní záleží pouze na tom, aby Parlament návrh zákona schválil dostatečně rychle, aby mohly být provedeny administrativní kroky k realizaci usnesení vlády (nrzp, 2015a).

Ministerstvo práce a sociálních věcí informovalo veřejnost o navýšení příspěvku na péči ve svých novinách Práce a sociální politika v lednu 2016, kde byla zveřejněna výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních (Tabulka 3).

stupeň	počet základních životních potřeb, které osoba nezvládá	výše příspěvku v Kč
osoby do 18 let		
I – lehká závislost	3	3.300,--
II – středně těžká závislost	4 nebo 5	6.600,--
III – těžká závislost	6 nebo 7	9.900,--
IV – úplná závislost	8 nebo 9	13.200,--
osoby starší 18 let věku		
I – lehká závislost	3 nebo 4	880,--
II – středně těžká závislost	5 nebo 6	4.400,--
III – těžká závislost	7 nebo 8	8.800,--
IV – úplná závislost	9 nebo 10	13.200,--

Tabulka 3 Přehled stupňů příspěvku na péči od 1.8.2016

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Způsob hodnocení schopností zvládat základní životní potřeby je uveden v prováděcí vyhlášce k ZSS v §1 až §2c (Příloha 1). V příloze 1 této vyhlášky jsou vymezeny aktivity jednotlivých životních potřeb. Prostřednictvím těchto aktivit se hodnotí schopnosti osoby, zvládat základní životní potřeby (Příloha 2).

Řízení o příspěvku na péči probíhá na příslušném úřadu práce, zájemce si podá žádost, úřad ji zpracuje a sociální pracovník provede sociální šetření v místě bydliště

žadatele. Sociální šetření je zpracováno dle Instrukce č.5/2015 MPSV, která uvádí základní postupy sociálního pracovníka ve vztahu k žadateli, kterými je realizováno sociální šetření, prováděné v rámci řízení o příspěvku na péči. V instrukci je dále uveden obsah sociálního šetření pro tento účel, včetně obsahu písemného záznamu ze sociálního šetření, který je předáván v první instanci příslušným okresním správám sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“), (nrzp, 2015b). Stanovisko sociálního pracovníka není bráno jako hlavní posudek, ale prioritní je vždy posudek posudkového lékaře OSSZ. Je to v zásadním rozporu s tím, že posudkový lékař hodnotí zpravidla pouze podle dokumentace zdravotní stav, kdežto sociální pracovník provádí sociální šetření v místě bydliště, a tudíž má daleko větší vhléd do potřeb klienta. (nrzp, 2015c).

Posudkový lékař OSSZ na základě zdravotní dokumentace od ošetřujících lékařů a k přihlídnutí k sociálnímu šetření rozhodne v kolika, z nyní posuzovaných deseti základních životních potřeb, potřebuje žadatel pomoc. Posudkový lékař vypracuje posudek dle Metodického pokynu vrchního ředitele úseku posudkové služby, kde jsou uvedeny obecné zásady posuzování stupně závislosti, náležitosti posudku o zdravotním stavu a stupni závislosti a posuzování schopnosti zvládnání životních potřeb (Metodický pokyn, 2015). Na základě tohoto posudku vydá úřad práce rozhodnutí, kde je příspěvek buď, zamítnut nebo přiznán, v jednom ze čtyř stupňů závislosti. Příspěvek může být využit k nákupu sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů nebo k poskytování péče neformálním pečovatelem.

Sociální práce (2012: 116-119) uvádí, že příspěvek tak zavádí do oblasti sociální péče kvazitrh, ve kterém by si měli různé sociální služby a neformální poskytovatelé konkurovat, ve snaze zajistit příjemci co nejlepší péči. V řadě lokalit ČR je nabídka sociálních služeb tak limitovaná, že tato volba je spíše teoretická. Péče poskytovaná neformálním pečovatelem je pak prakticky jediným dostupným řešením. Přímé platby za péči mají své pro i proti při zavádění do praxe. Jedním z důvodů pro zavádění přímých plateb je zvýšená poptávka po péči a stimulace neformálních pečovatelů v poskytování péče v přirozeném prostředí nesoběstačných osob. Hlavním přínosem je aktivní role příjemce pomoci, která vede ke zlepšení jeho fyzické i psychické pohody. Pokud si příjemce péče může koupit péči od neformálních pečovatelů, často rodinných příslušníků zvyšuje se pozitivní dopad na jeho kvalitu života, spokojenost a míru stresu. Nevýhody jsou spatřovány v rovině systémové, místní autority nemusí správu přímých

plateb zvládat, také by mohlo docházet k omezení dostupnosti formálních sociálních služeb a k neomezeným požadavkům na veřejné zdroje. S možností platit za péči rodinným příslušníkům je často diskutována povaha vnitrorodinné mezigenerační solidarity. Výzkumy odhalují, že neformální pečovatelé jsou přesvědčeni, že příspěvek posiluje možnost reciprocity na straně příjemce péče, jelikož starší příbuzní, mají obecně malou možnost reciprocity a pokud mohou za péči platit – cítí se méně nepříjemně. Příspěvek tudíž pomáhá udržet mezi pečovatelem a pečovaným zejména aspekt rovnosti. V tomto ohledu může příspěvek vytvořit stabilitu, která rodinným vztahům svědčí a podporuje dlouhodobou solidaritu v rámci rodinného systému. Odvrácenou stránkou tohoto uspořádání však může být, že jsou oslabena práva pečující osoby – omezení sociálních práv, možnosti čerpání dovolené a odmítnutí této „práce“ apod., jelikož je péče poskytována na základě kontraktu. Neformální pečovatelé mohou skončit přetížení – cítí větší odpovědnost a morální závazek.

### **3.2 Terénní sociální služby**

V ZSS jsou definovány terénní sociální služby jako služby osobě poskytované v jejím přirozeném sociálním prostředí. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Pro zajištění soběstačnosti v přirozeném sociálním prostředí jsou převážně určeny tyto dvě služby:

- a) Pečovatelská služba
- b) Osobní asistence

**Pečovatelská služba** je služba veřejná, její poskytovatelé mají různou právní subjektivitu, přesto patří do veřejné správy ČR. Všichni poskytovatelé pečovatelské služby musí být zaregistrováni v tzv. registru poskytovatelů sociálních služeb. Pečovatelská služba je určena osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a to zejména z důvodu dlouhodobě zhoršeného zdravotního stavu nebo krizové rodinné situace. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnosti osob, proto splňuje hlavní cíl sociálních služeb – umožnit uživatelům služby běžným způsobem života žít v přirozeném prostředí. K základním činnostem pečovatelské služby patří:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,



- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Jednotlivé úkony pečovatelské služby taxativně vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb., ve které jsou rovněž uvedeny maximální úhrady za jednotlivé úkony, které uživatel služby hradí poskytovateli (Kalvach, 2014: 36-37).

Kalvach (ibid: 62-63) na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV, Ústavu zdravotnických studií a statistiky ČR uvedl, že počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je od roku 2007 zásadně stabilní. Z tohoto důvodu lze konstatovat, že současné evropské trendy směřující k poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí nesoběstačných osob, se v naší zemi patrně uplatňují ve velmi omezeném měřítku.

Dle ZSS je **osobní asistence** poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba obsahuje zejména tyto činnosti:

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

Osobní asistent vykonává pro uživatele ty činnosti, které by si dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení. Je pro uživatele partnerem a pomáhá mu naplňovat především dva okruhy základních životních potřeb – biologické a kulturní. Služba osobní asistence je určena osobám, kteří usilují o dosažení maximální možné soběstačnosti, samostatnosti, svébytnosti (Kalvach, 2014:39-40).

### 3.3 Podpora neformálních pečovatелů v ČR

Největší objem podpory a péče se odehrává neformálně v rámci rodiny, proto je důležité, aby se pečující rodiny staly významnou součástí podpory podle zásady „pečujte o pečující rodiny, aby ony mohly pečovat o své závislé členy“ (Kalvach, 2014:26). Institucionální péče je zpravidla finančně nákladnější než péče rodinná. Ve světové literatuře již existují výpočty přínosu rodinné péče o nesoběstačnou osobu pro společnost. Jedná se o kvalifikované odhady, ale výpočty shodně konstatují, že péče rodiny v domácnosti je několikanásobně levnější než institucionální péče (Jeřábek, 2013:50).

V České republice zatím není ucelená podpora pečujících osob, v praxi sociálních pracovníků příspěvku na péči se setkáváme s podporou v podobě odlehčovacích služeb v pobytových sociálních službách, s činností podpůrných skupin pečujících osob nebo s poradenstvím v konkrétní oblasti sociální práce.

Kalvach (2014: 27) navrhuje různorodou podporu osobám poskytujícím péči následovně:

- poradenství – mít možnost na jednom místě získat ucelené informace o službách, finanční podpoře a podpůrných intervencích,
- možnost řešení průběžných problémů, komplikací, potřeby pomoci s kompetentním odborníkem z praxe,
- partnerská vstřícnost ze strany odborníků a profesionálních poskytovatelů péče, včetně zdravotnických zařízení, aby mohlo dojít ke skloubení laické a odborné péče,
- pružná dostupnost respitních služeb podporujících skloubení péče s osobním a pracovním životem (domácí péče, odlehčovací služby, denní centra),
- společenské ocenění dlouhodobé rodinné péče,
- systémová změna legislativy na podporu ošetřování člena rodiny v rámci dlouhodobé péče (pracovní neschopnost na ošetřování člena rodiny, pečovatelská dovolená, zkrácení pracovního úvazku),
- péče o tělesné a duševní zdraví pečujících osoby.

Pokud pobírá nesoběstačná osoba příspěvek na péči, je legislativně podpora neformálních pečovatelů zakotvena v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, kde je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II. – IV. a za osoby poskytující péči. Také dle zákona o důchodovém pojištění jsou pečující osoby účastny důchodového pojištění, pokud pečují o osoby, které pobírají příspěvek na péči ve stupni II. – IV., pokud spolu žijí ve společné domácnosti, podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu. Tyto pečující osoby jsou účastny důchodového pojištění prostřednictvím institutu náhradních dob pojištění, za které není pojistné na důchodové pojištění odváděno. Výše uvedená podpora je poskytována také pečujícím osobám, které zajišťují péči o dítě do 10 let v I. stupni závislosti. Ostatní pečující osoby poskytující péči osobám v I. stupni závislosti nejsou účastny důchodového ani zdravotního pojištění.

Krátkodobá podpora v době nemoci člena rodiny je poskytována pečujícím osobám prostřednictvím podpory při ošetřování člena rodiny z dávek nemocenského pojištění zaměstnanců. Dávka se poskytuje po dobu devíti kalendářních dnů za podmínek stanovených zákonem o nemocenském pojištění. Při ošetřování nesoběstačné osoby je značně omezující podmínka společné domácnosti (cssz, 2016).

### **3.4 Podpora pečujících osob, rodin v zemích EU**

Sociální politiky v členských státech EU jsou založeny na společných cílech, které mají za úkol poskytovat dostupnou, kvalitní a především finančně udržitelnou zdravotní i sociální péči (Průša a kol., 2010: 17).

Formy podpory neformálních pečovatelů jsou v současné době diskutovaným tématem v rámci sociální politiky v mnoha evropských zemích bez ohledu na to, jaký model sociálního státu aplikují.

Dle Průšy (ibid: 21) si evropské země uvědomují, že je nezbytné podporovat neformální péči zejména v oblasti školení, poradenství, finanční podpory nebo respidní péče. Hlavní formy podpory neformálních pečovatelů jsou v oblasti:

- finanční pomoci (Rakousko, Česká republika, Německo, Estonsko, Dánsko, Maďarsko, Francie, Slovensko, Španělsko, Finsko, Itálie, Irsko, Švédsko),
- daňových kreditů a výjimek (Španělsko, Řecko, Francie, Německo, Lucembursko),

- poskytování pracovního volna za účelem péče o příbuzné (Rakousko, Španělsko, Finsko, Německo, Nizozemsko),
- ustanovení pečovatelského statusu a jeho zakomponování do sociálních systémů jednotlivých zemí.

Pro vlády EU je podpora neformální péče v domácím prostředí prioritou před poskytováním péče v institucionálních zařízeních (ibid).

#### **4 Shrnutí teoretické části**

Z důvodu změny zdravotního stavu nebo pokročilého věku se v průběhu života může kdokoliv stát závislý na pomoci druhé osoby. Poskytování pomoci umožňuje nesoběstačným osobám život v přirozeném sociálním prostředí. Pojem soběstačnost definují různí autoři odborné literatury. Převážně se jedná o uspokojování základních životních potřeb v konkrétních životních podmínkách. Prostřednictvím základních životních potřeb jsou definovány aktivity denního života.

Pomoc při zvládnutí aktivit denního života poskytují neformální pečovatelé a sociální služby. Neformální pomoc převážně poskytují rodinní příslušníci na základě mezigenerační a rodinné solidarity. Tato solidarita vychází z koncepce solidarity a sociální soudržnosti společnosti podle Durkheima. Rodinná pomoc v sobě zahrnuje všechny složky pomoci – sociální, zdravotní a emocionální. V současné době je rodinná pomoc nejfrekventovanější model péče v naší společnosti.

Podpora poskytování pomoci nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí je ve formě finanční podpory – příspěvku na péči a existence terénních sociálních služeb. Ucelená podpora neformálních pečovatelů v naší zemi zatím neexistuje, oproti tomu země EU si uvědomují, že je nezbytné podporovat neformální péči a pečovatele.

### **III. PRAKTICKÁ ČÁST**

#### **5 Výzkumný problém**

Problematika zajištění pomoci nesoběstačným osobám bude v budoucnu stále více aktuální. Vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva, rozvoji moderní společnosti a aktuálním trendům v sociálních službách, je třeba najít nové způsoby zajištění pomoci těmto osobám. V praktické části nejprve prostřednictvím standardizovaného rozhovoru zjistíme oblasti poskytované pomoci, frekvenci pomoci, druhy poskytovatelů a charakteristiku pečujících osob. Následně studiem spisové dokumentace provedeme vyhodnocení nepřiznaných příspěvků na péči v územní působnosti Úřadu práce ČR, kontaktního pracoviště Kroměříž. Na závěr výzkumu orientačně srovnáme ekonomickou náročnost terénních sociálních služeb s výší I. stupně příspěvku na péči.

Vyhodnocením všech částí výzkumu zjistíme okolnosti poskytování pomoci, která umožňuje nesoběstačným osobám život v přirozeném sociálním prostředí. Důvodem proč se zabýváme tímto tématem, je skutečnost, že pomoc nesoběstačným osobám se pro pečující osoby stává stále obtížnější. Přestože je v naší zemi pozitivně vnímána rodinná solidarita, s rozvojem moderní společnosti je složitější, tuto pomoc poskytovat. Využívání terénních sociálních služeb je pro řadu osamělých osob zejména finančně nedostupné. Finanční podpora státu ve formě příspěvku na péči v I. stupni závislosti je minimální. Taktéž nastavení systému posuzování nároku na příspěvek na péči je provedeno tak, že nesoběstačným osobám není někdy přiznán ani I. stupeň příspěvku.

#### **5.1 Výzkumné cíle**

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit oblasti poskytované pomoci, frekvenci pomoci, druhy poskytovatelů pomoci a charakteristiku pečujících osob. Výzkumné cíle doplníme o vyhodnocení systému poskytování příspěvku na péči a orientačně srovnáme ekonomickou náročnost pečovatelské služby s PnP v I. stupni závislosti.

## 5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní: **Za jakých okolností je poskytována pomoc nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí?**

Aby bylo možné si na tuto otázku odpovědět, stanovili jsme si dílčí výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č.1 (V01): V jakých oblastech je pomoc nesoběstačným osobám poskytována? S touto výzkumnou otázkou souvisí v standardizovaném rozhovoru otázka č.2.

Výzkumná otázka č.2 (V02): Jak často je pomoc poskytována? S touto výzkumnou otázkou souvisí v standardizovaném rozhovoru otázka č.3.

Výzkumná otázka č.3 (V03): Kdo poskytuje pomoc nesoběstačným osobám? S touto výzkumnou otázkou souvisí v standardizovaném rozhovoru otázka č.4.

Výzkumná otázka č.4 (V04): Jaká je územní dostupnost neformálních pečovatелů? S touto výzkumnou otázkou souvisí v standardizovaném rozhovoru otázka č. 5, 6.

Výzkumná otázka č.5 (V05): Jaký je ekonomický status neformálních pečovatелů? S touto otázkou souvisí v standardizovaném rozhovoru otázka č. 7,8.

Na základě výzkumných otázek č. 1,2,3,4,5 jsme formulovali hypotézy.

## 5.3 Hypotézy

H<sub>1</sub>: Oblast péče o domácnost je poskytována častěji než ostatní oblasti pomoci.

H<sub>2</sub>: Pomoc je častěji poskytována denně než týdně nebo měsíčně.

H<sub>3</sub>: Neformální pečovatелé poskytují pomoc častěji než formální pečovatелé.

H<sub>4</sub>: Pečující osoby žijící ve stejném domě nebo obci s nesoběstačnou osobou poskytují pomoc častěji než pečující osoby žijící mimo obec.

H<sub>5</sub>: Osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení poskytují pomoc častěji než osoby výdělečně činné.

Uvedené hypotézy budou na základě provedeného výzkumu zamítnuty nebo potvrzeny.

## 6 Pojetí výzkumného šetření

Pro stanovení výzkumného problému jsme zvolili kvantitativní výzkum, který byl realizován pomocí standardizovaného rozhovoru.

Při zpracování výzkumu jsme vycházeli z odborné literatury: Chráska Miroslav – Úvod od výzkumu v pedagogice (2006) a Disman Miroslav – Jak se vyrábí sociologická znalost (2002)

Zhodnocení dostupnosti příspěvku na péči nesoběstačným osobám, bylo provedeno studium spisové dokumentace nepřiznaných žádostí o příspěvek na Úřadu práce ČR, kontaktním pracovišti Kroměříži v letech 2014 a 2015.

Pro zhodnocení možností nesoběstačných osob nákupu terénních sociálních služeb bylo provedeno orientační statistické srovnání cen poskytovaných terénních služeb s výší příspěvku na péči v I. stupni závislosti.

## **6.1 Základní a výběrový soubor**

Základní soubor (populace) tvoří pro výzkum osoby starší 18 let, které potřebují pomáhat v oblastech základních životních potřeb. Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb nesoběstačných osob se jedná o neosobní péči (viz. teorie s. 19).

Výběrový soubor (výběr) byl uskutečněn pomocí záměrného výběru. O tomto výběru nebude rozhodovat náhoda, ale úsudek výzkumníka. Záměrný výběr bude vznikat anketním výběrem, v němž se jedinci dostávají do výběru sami na základě svého rozhodnutí (Chráska, 2006:22).

Do výběrového souboru byly zařazeny osoby potřebující pomoc v běžných úkonech péče o svou osobu či domácnost. Jednalo se o osoby, které v roce 2015 podaly žádost o příspěvek na péči nebo pobíraly příspěvek v I. stupni závislosti. Výběr probíhal na sociálním nebo kontrolním šetření u příspěvku na péči. Dále se jednalo o osoby zdravotně postižené a seniory v regionu Hulínska. Do výběru se osoby dostaly na základě svého rozhodnutí – dobrovolnosti. Tyto osoby tvoří výběrový soubor. Kontaktováno bylo celkem 150 osob z regionu Kroměřížska.

## **6.2 Technika sběru dat**

V kvantitativním výzkumu byl sběr dat uskutečněn standardizovaným rozhovorem. Podle Dismana (2003: 124-128) jsou v rozhovoru získávány informace přímou interakcí s respondentem. Standardizované techniky získávání dat používají striktně jednotné podněty a také odpovědi jsou často tvořeny „uzavřenými otázkami“. Standardizace otázek je vlastně dalším typem redukce informací. V kvantitativním výzkumu musíme aplikovat stejný typ redukce i na odpovědi zkoumaných osob. Početní

operace mohou být prováděny jen na datech seskupených do relativně homogenních skupin.

Výhodou standardizovaného rozhovoru je, že získané odpovědi se dají dobře statisticky zpracovat a vyčíslit. Nevýhodou je značná pracnost a nákladnost.

Na základě výše uvedených výzkumných otázek byl konstruován strukturovaný rozhovor, který obsahoval celkem 8 uzavřených otázek a 1 doplňkovou otázku, pokud nebyla tato skutečnost výzkumníkovi známa (Příloha č.3).

Strukturovaný rozhovor byl veden s osobami, které potřebují pomáhat v oblastech základních životních potřeb. První filtrační otázkou jsme chtěli potvrdit, zda oslovený respondent patří do cílové skupiny těchto osob. Pouze ty respondenty, kteří odpověděli, že potřebují pomáhat v základních životních potřebách, jsme zařadili do výzkumu. Následovala otázka č.2, která konkretizovala oblasti pomoci. Každý respondent měl možnost vybrat z 12 oblastí pomoci, ty úkony, se kterými potřebuje v běžném životě pomáhat. Prostřednictvím otázky č.3 jsme zjišťovali frekvenci výše uvedené pomoci. V otázce č.4 respondenti sdělovali poskytovatele péče, zda poskytuje péči neformální pečovateli – rodinný příslušník, kamarád, soused nebo formální pečovateli – sociální a veřejné služba. Následovaly otázky zaměřené na územní dostupnost a ekonomický status neformálních pečovateli. Doplňující otázkou jsme si ověřovali skutečnost, zda respondenti pobírají finanční podporu – příspěvek na péči.

Studiem spisové dokumentace nepřiznaných žádostí o PnP byla zjišťována četnost zamítnutých žádostí a druhy přiznaných základních životních potřeb z důvodu jejího nezvládnutí.

Ekonomická náročnost poskytovaných terénních sociálních služeb byla zjišťována studiem webových stránek poskytovatelů sociálních služeb, následně bylo provedeno orientační srovnání s výší příspěvku na péči v I. stupni závislosti. Pro časovou náročnost poskytované pomoci byly použity informace získané prostřednictvím otázky č.3 v standardizovaném rozhovoru.

### **6.3 Realizace výzkumu**

Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum, který byl proveden v květnu 2015 u 5 respondentů. Předvýzkumem jsme si ověřili srozumitelné formulování otázek a nabídku dostatečného výběru odpovědí. Na základě předvýzkumu jsme upravili



doplňující otázku, kde jsme přidali možnost výběru – podaná žádost o příspěvek na péči. Tito respondenti příspěvek nepobírají, ale existuje reálná možnost, že jim bude přiznán. Nelze je tudíž zařadit do skupiny osob, které příspěvek pobírají nebo nepobírají. Jiné zásadní problémy jsme nezjistili, proto byl uskutečněn samotný výzkum od července 2015 do ledna roku 2016.

Standardizovaný rozhovor byl uskutečňován třemi způsoby:

- prostřednictvím sociálních pracovníků úřadu práce při sociálním šetření žadatelů o příspěvek na péči, kteří v případě zájmu respondenta, s ním rozhovor uskutečnili,
- prostřednictvím sociálních pracovníků úřadu práce při kontrolním šetření využívání příspěvku na péči v I. stupni závislosti, kteří v případě zájmu respondenta, s ním rozhovor uskutečnili,
- dle územních možností výzkumníka na Akademii III. věku v Knihovně Hulín, na setkání osob se zdravotním postižením v Hulíně a v místě jeho bydliště.

Z celkového počtu oslovených 150 respondentů bylo provedeno 132 strukturovaných rozhovorů.

## 6.4 Způsob zpracování dat

Pomocí filtrační otázky byli vyřazeni z rozhovoru dva respondenti. Dalších pět respondentů bylo vyřazeno na základě nesplnění cílové skupiny osob s příspěvkem na péči v I. stupni závislosti. Čtyři osoby uvedly, že pobírají příspěvek na péči v II. stupni závislosti a jedna osoba v III. stupni závislosti. Standardizovaný rozhovor byl uskutečněn tedy ze 125 respondenty.

Formou standardizovaného rozhovoru bylo získáno velké množství číselných dat. Z naměřených dat jsme získali potřebné informace pomocí jejich uspořádání do tabulek absolutních a relativních četností. K jejich prezentaci jsme použili sloupcové grafy v programu Microsoft Office Excel 2007. Pro ověření platnosti hypotéz jsme zvolili test významnosti. Chrástka (2006: 79) uvádí, že je to postup, pomocí kterého se ověřuje, zda mezi proměnnými existuje vztah. Jelikož jsme pro zpracování dat použili nominální měření, bude používán pro ověření hypotéz statistický postup **test dobré shody chí-kvadrát**. Dle Chrástky (ibid: 81-82) se u této kategorie testů významnosti ověřuje, zda

četnosti, které byly měřením získány, se významně odlišují od teoretické četnosti, které odpovídají dané nulové hypotéze. Pro účely použití testu dobré shody chí-kvadrát jsem k věcným hypotézám formulovala alternativní ( $H_A$ ) a nulové hypotézy ( $H_0$ ).

## 6.5 Formulace hypotéz

$H_1$ : Oblast péče o domácnost je poskytována častěji než ostatní oblasti pomoci.

$H_{01}$ : Četnosti vykonávané pomoci jsou ve všech oblastech zhruba stejné.

$H_{A1}$ : Četnosti vykonávané pomoci jsou ve všech oblastech rozdílné.

$H_2$ : Pomoc je častěji poskytována denně než týdně nebo měsíčně.

$H_{02}$ : Četnosti (počty) frekvence poskytování pomoci jsou zhruba stejné

$H_{A2}$ : Četnosti (počty) frekvence poskytování pomoci jsou rozdílné

$H_3$ : Neformální pečovatelé poskytují pomoc častěji než formální pečovatelé.

$H_{03}$ : Četnosti (počty) poskytovatelů pomoci jsou zhruba stejné

$H_{A3}$ : Četnosti (počty) poskytovatelů pomoci jsou rozdílné

$H_4$ : Pečující osoby žijící ve stejném domě nebo obci s nesoběstačnou osobou poskytují pomoc častěji než pečující osoby žijící mimo obec.

$H_{04}$ : Četnosti pečujících osob z různé územní vzdálenosti poskytují pomoc zhruba stejně.

$H_{A4}$ : Četnosti pečujících osob z různé územní vzdálenosti poskytují pomoc v rozdílné míře.

$H_5$ : Osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení poskytují pomoc častěji než osoby výdělečně činné.

$H_{05}$ : Četnosti pečujících osob s různým ekonomickým statutem jsou zhruba stejné.

$H_{A5}$ : Četnosti pečujících osob s různým ekonomickým statutem jsou rozdílné.

## 6.6 Operacionalizace hypotéz

Hypotéza  $H_1$  byla ověřována prostřednictvím výzkumné otázky V01. V rozhovoru měli respondenti možnost sdělit více oblastí pomoci, pokud v nich potřebují pomáhat.

Oblasti pomoci jsou uvedeny v teorii a specifikovány v příloze č.2 diplomové práce. Termín uvedený v hypotéze „častěji“ vyjadřuje vyšší četnost označení oblasti pomoci v otázce č.2 standardizovaného rozhovoru.

Hypotéza H<sub>2</sub> byla ověřována prostřednictvím výzkumné otázky V02. V rozhovoru si respondenti vybírali jednu frekvenci pomoci ze třech možností, podle toho jak je jim často pomoc poskytována. Termín uvedený v hypotéze „častěji“ vyjadřuje vyšší četnost označení frekvence pomoci v otázce č.3 standardizovaného rozhovoru.

Hypotéza H<sub>3</sub> byla ověřována prostřednictvím výzkumné otázky V03. V rozhovoru měli respondenti možnost vybrat více poskytovatelů pomoci, podle toho, kdo pomoc poskytuje. Do termínu „neformální pečovatel“ jsou zahrnuty osoby v odpovědi a) a b) a do termínu „formální pečovatel“ c). Termín uvedený v hypotéze „častěji“ vyjadřuje vyšší četnost označení poskytovatele pomoci v otázce č.4 standardizovaného rozhovoru.

Hypotéza H<sub>4</sub> byla ověřována prostřednictvím výzkumné otázky V04. V rozhovoru respondenti uváděli, jaká je územní vzdálenost neformální pečující osoby. Pokud poskytovala pomoc další osoba, byla zjišťována územní vzdálenost také u této osoby. Získaná data z otázek č. 5 a 6 budou pro ověřování hypotézy sečtena. Termín uvedený v hypotéze „častěji“ vyjadřuje vyšší četnost označení uvedené územní vzdálenosti v otázce č.5 a 6 standardizovaného rozhovoru.

Hypotéza H<sub>5</sub> byla ověřována prostřednictvím výzkumné otázky V05. V rozhovoru respondenti uváděli, z jaké činnosti má příjem neformální poskytovatele pomoci. Pokud poskytovala pomoc další osoba, byl zjišťován příjem také u této osoby. Získaná data z otázek č. 7 a 8 budou pro ověřování hypotézy sečtena. Termín uvedený v hypotéze „častěji“ vyjadřuje vyšší četnost označení uvedeného druhu příjmu v otázce č.7 a 8 standardizovaného rozhovoru.

## 7 Analýza získaných dat

V této kapitole jsme se zabývali analýzou dat, které byly zjištěny prostřednictvím standardizovaného rozhovoru. Výsledky výzkumu jsme prezentovali v souladu s otázkami v rozhovoru. Dále byla provedena verifikace formulovaných hypotéz.

### 7.1 Analýza standardizovaných rozhovorů

Po vyhodnocení otázek ze standardizovaných rozhovorů, jsme získali číselná data, která jsme zpracovali do tabulek četností. V tabulce bude zobrazena četnost (absolutní), relativní četnost ( $f_i$ ) a relativní četnost v procentech.

Otázka v dotazníku č. 1 představuje filtrační otázku. Na základě této otázky jsme vyloučili dva respondenty, kteří uvedli, že žádnou pomoc nepotřebují. Odpovědi na filtrační otázku se do dalšího výzkumného šetření dostalo 130 z 132 respondentů. Dalších pět respondentů jsme vyřadili z jiného důvodu. Celkem bylo tedy provedeno 125 rozhovorů, které jsme zařadili do výzkumu.

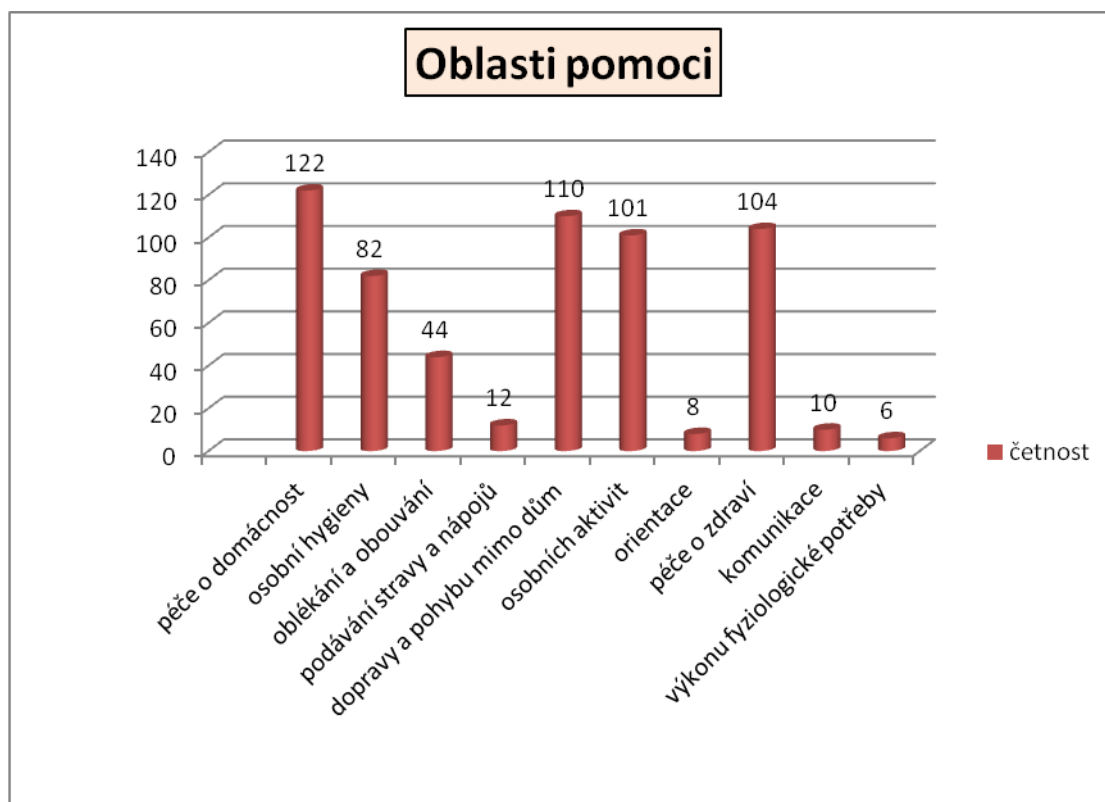
#### 7.1.1 Analýza výzkumných otázek

Výzkumná otázka č.1 (V01): V jakých oblastech je pomoc nesoběstačným osobám poskytována?

Otázka v dotazníku č. 2 – V jakých oblastech pomoci potřebujete pomáhat?

Oblasti pomoci	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
péče o domácnost	122	0,204	20,40
osobní hygieny	82	0,137	13,70
oblékání a obouvání	44	0,073	7,30
podávání stravy a nápojů	12	0,020	2,00
dopravy a pohybu mimo dům	110	0,184	18,40
osobních aktivit	101	0,169	16,90
orientace	8	0,013	1,30
péče o zdraví	104	0,173	17,30
komunikace	10	0,017	1,70
výkonu fyziologické potřeby	6	0,010	1,00
celkem	599	1,000	100,00

Tabulka 4 Oblasti pomoci nesoběstačným osobám



Graf 1 Oblasti pomoci

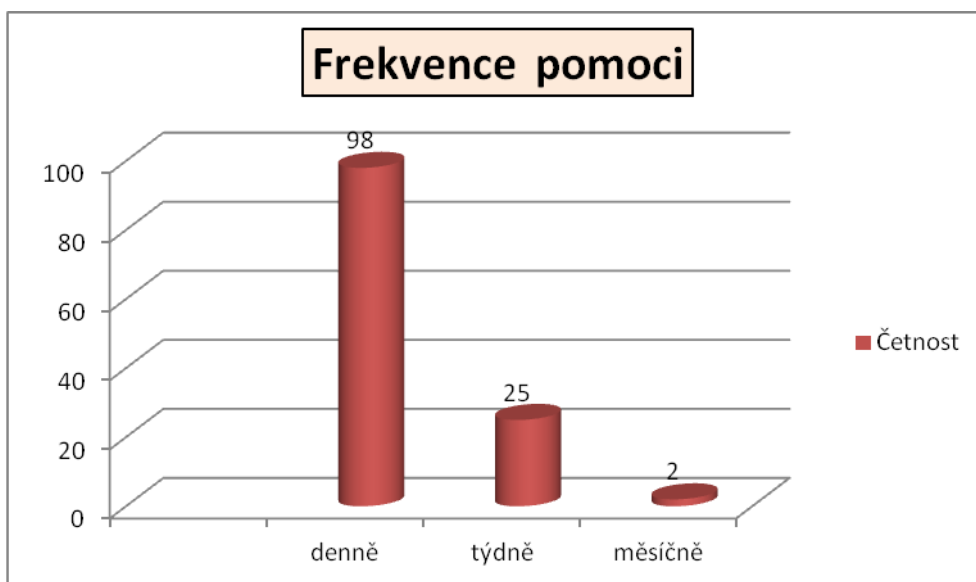
Pomocí druhé otázky jsme zjišťovali, v kterých oblastech pomoci potřebují nesoběstačné osoby nejvíce pomáhat. Z tabulky i grafu vyplývá, že nejvyšší četnost získala oblast péče o domácnost, s kterou potřebuje pomáhat 122 (20,4 %) respondentů. Následovala oblast dopravy a pohybu mimo dům s četností 110 (18,4%), oblast péče o zdraví s četností 104 (17,3%) a oblast osobních aktivit s četností 101 (16,9%). Méně než 100 respondentů uvedlo, že potřebují pomáhat s oblastí osobní hygieny s četností 82 (13,7%), oblékáním a obouváním s četností 44 (7,3%). Nejmenší četnost obsahovaly oblasti podávání stravy a nápojů 12 (2,0%), komunikace 10 (1,7%), orientace 8 (1,3%) a výkonu fyziologické potřeby 6 (1,0%).

Výzkumná otázka č.2 (V02): Jak často je pomoc poskytována? Tato otázka bude také použita pro orientační srovnání ekonomické náročnosti úhrad za pečovatelskou službu s I. stupněm pobíraného příspěvku na péči.

Otázka v dotazníku č. 3 - Jak často potřebujete pomáhat?

Frekvence pomoci	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
denně	98	0,784	78,40
týdně	25	0,200	20,00
měsíčně	2	0,016	1,60
celkem	125	1,000	100,00

Tabulka 5 Frekvence pomoci nesoběstačným osobám



Graf 2 Frekvence péče

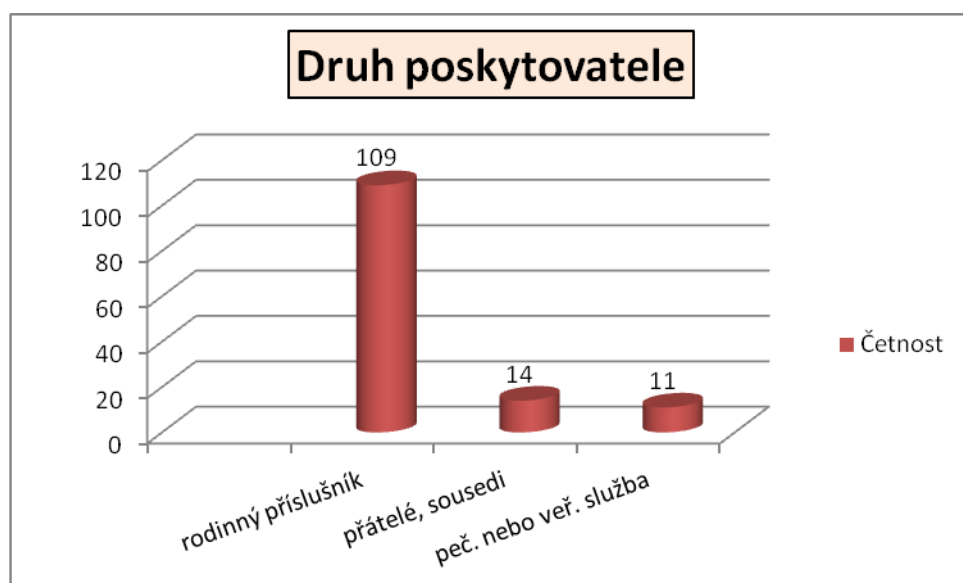
Další otázkou jsme zjišťovali, jak často je pomoc poskytována. Z tabulky a grafu vyplývá, že 98 (78,4%) respondentům je pomoc poskytována denně a 25 (20%) je poskytována několikrát týdně. Pouze 2 (1,6%) respondenti uvedli, že je jim péče poskytována několikrát měsíčně.

Výzkumná otázka č.3 (V03): Kdo poskytuje pomoc nesoběstačným osobám?

Otázka v dotazníku č.4 - Výše uvedená pomoc je Vám poskytována?

Druhy poskytovatelů	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
rodinný příslušník	109	0,813	81,30
přátelé, sousedi, jiná osoba	14	0,105	10,50
pečovatelská nebo veřejná služba	11	0,082	8,20
celkem	134	1,000	100,00

Tabulka 6 Druhy poskytovatelů péče



Graf 3 Druh poskytovatele

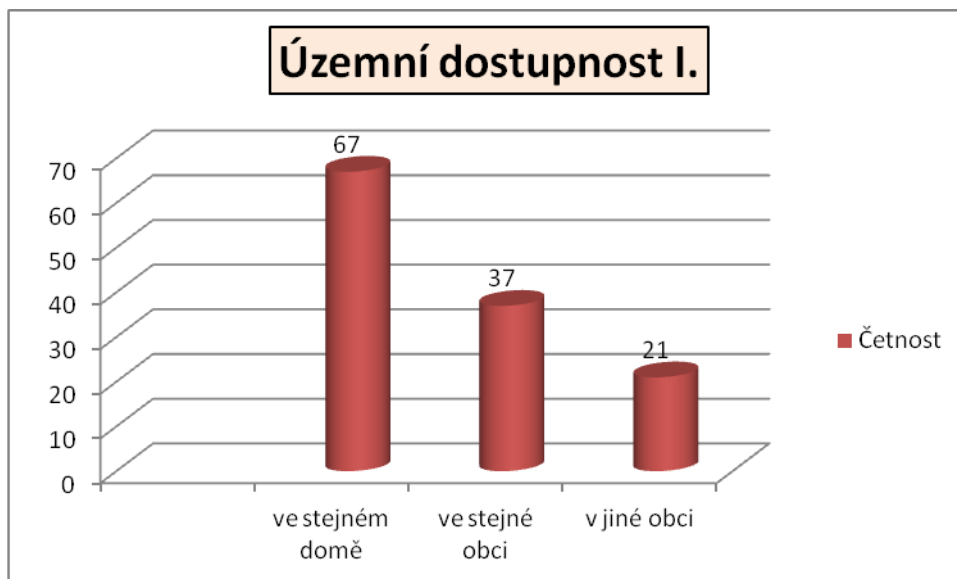
Další otázkou jsme zjišťovali, kdo nesoběstačným osobám poskytuje pomoc. Z tabulky a grafu jednoznačně vyplývá, že nejčastěji poskytují péči rodinní příslušníci, respondenti tuto skutečnost uvedli 109 (81,3%). Pouze 14 (10,5%) respondentů označilo jako poskytovatele péče přátele, sousedy nebo jiné osoby a 11 (8,2%) respondentů pečovatelskou nebo veřejnou službu.

Výzkumná otázka č.4 (V04): Jaká je územní dostupnost neformálních pečovatelů?

Otázka v dotazníku č.5 - Kde žije pečující osoba (rodinný příslušník, přítel, soused) poskytující Vám pomoc?

Územní dostupnost hlavní peč. osoby	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
ve stejném domě	67	0,536	53,60
ve stejné obci	37	0,296	29,60
v jiné obci	21	0,168	16,80
celkem	125	1,000	100,00

Tabulka 7 Územní dostupnost hlavní pečující osoby



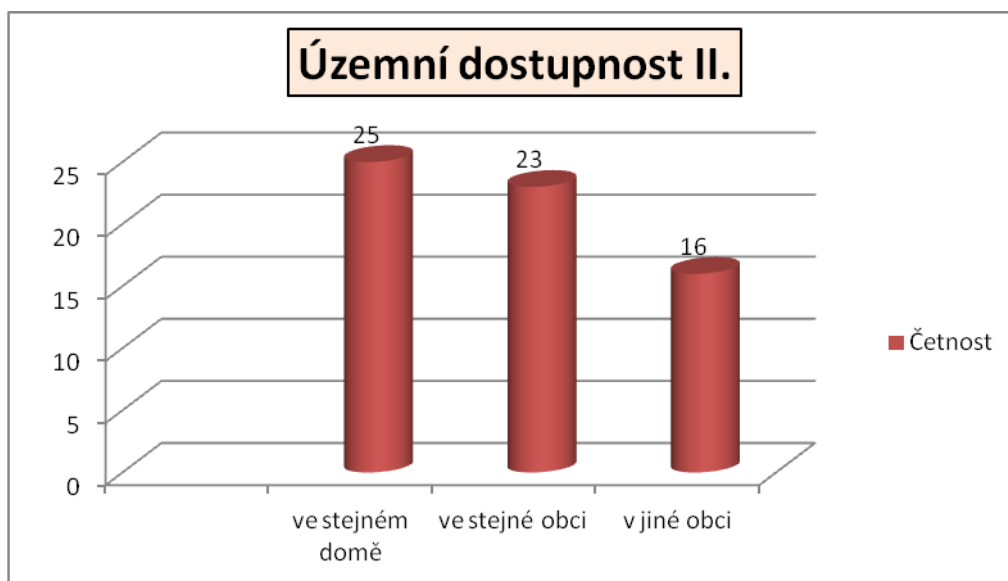
Graf 4 Územní dostupnost I.

Otázka v dotazníku č.6 - Kde žije další pečující osoba, pokud Vám poskytuje pomoc?

Územní dostupnost další peč. osoby	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
ve stejném domě	25	0,391	39,10
ve stejné obci	23	0,359	35,90
v jiné obci	16	0,250	25,00
celkem	64	1,000	100,00

Tabulka 8 Územní dostupnost další pečující osoby





Graf 5 Územní dostupnost II.

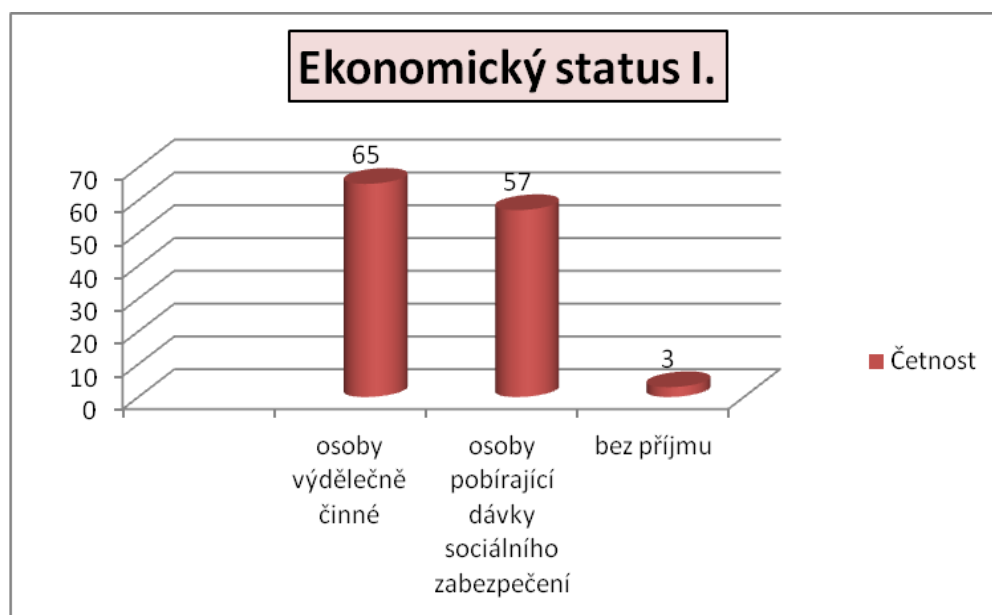
V otázkách č. 5 a 6 jsme zjišťovali, jaká je územní dostupnost neformálních pečovatelů (rodina, přátelé, sousedi). Z tabulek a grafů vyplývá, že hlavní pečující osoby s největší četností 67 (53,6 %) bydlí s nesoběstačnou osobou ve stejném domě. Následují pečující osoby s četností 37 (29,6%), které bydlí ve stejné obci/měště a pečující osoby s četností 21 (16,8%), které bydlí v jiné obci/měště. Pokud poskytuje péči druhá pečující osoba, nejsou již četnosti místa pobytu pečující osoby tak rozdílné. Z tabulky č. 8 je zřejmé, že pečující osoby s četností 25 (39,1%) bydlí s nesoběstačnou osobou ve stejném domě, 23 (35,9%) pečujících osob bydlí ve stejné obci/měště a 16 (25%) pečujících osob bydlí v jiné obci/měště.

Výzkumná otázka č.5 (V05): Jaký je ekonomický status neformálních pečovatелů?

Otázka v dotazníku č.7 - Z jaké činnosti má příjem pečující osoba (rodinný příslušník, přítel, soused)?

Ekonomický status hlavní peč. osoby	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
osoby výdělečně činné	65	0,520	52,00
osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení	57	0,456	45,60
bez příjmu	3	0,024	2,40
celkem	125	1,000	100,00

Tabulka 9 Ekonomický status hlavní pečující osoby

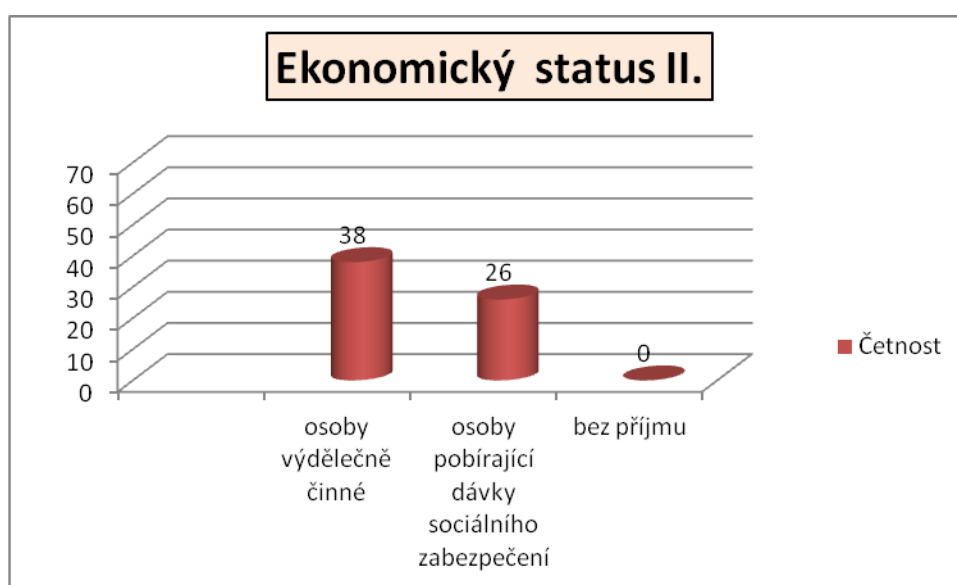


Graf 6 Ekonomický status I.

Otázka v dotazníku č.8 - Z jaké činnosti má příjem další pečující osoba, pokud poskytuje pomoc?

Ekonomický status další peč. osoby	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
osoby výdělečně činné	38	0,594	59,40
osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení	26	0,406	40,60
bez příjmu	0	0,000	0,00
celkem	64	1,000	100,00

Tabulka 10 Ekonomický status další pečující osoby



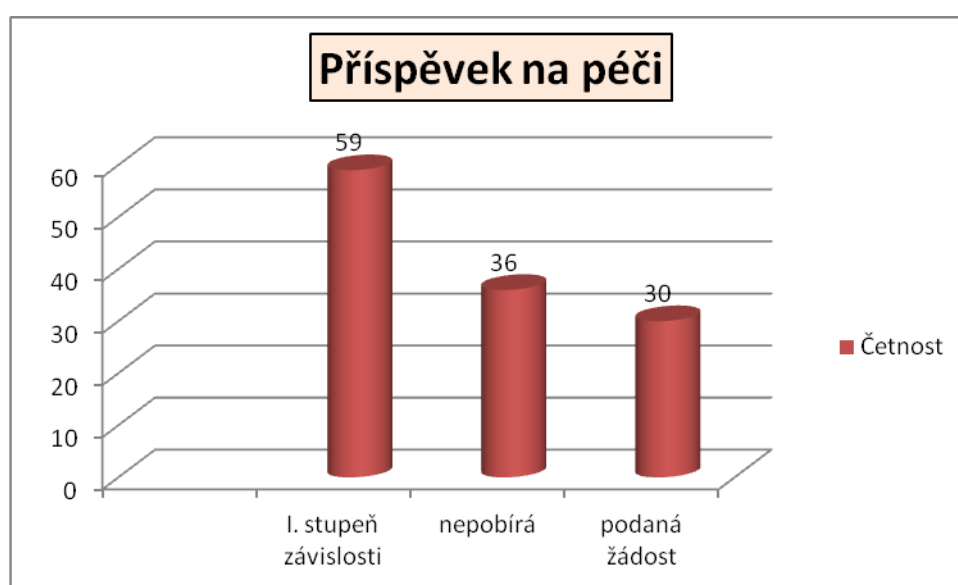
Graf 7 Ekonomický status II.

Otázkami č.7 a 8 jsme zjišťovali, zda osoby poskytující péči dochází do zaměstnání či nepracují a pobírají dávky sociálního zabezpečení nebo jsou bez jakéhokoliv příjmu. U cílové skupiny z výzkumu vyplývá, že 65 (52%) hlavních pečujících osob dochází do zaměstnání, 57 (45,6%) pobírá dávky sociálního zabezpečení a 3 (2,4%) nemají příjem žádný. Pokud poskytuje péči další osoba, jsou výsledky výzkumu obdobné jako u hlavní pečující osoby. Z celkového počtu osob poskytujících péči je 38 (59,4%) osob výdělečně činných, 26 (40,6%) pobírá dávky sociálního zabezpečení a žádná není bez příjmu.

Doplňující otázka ke standardizovanému rozhovoru - Pobíráte příspěvek na péči (dříve bezmocnost)?

Příspěvek na péči	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
I. stupeň závislosti	59	0,472	47,20
nepobírá	36	0,288	28,80
podaná žádost	30	0,240	24,00
cekem	125	1,000	100,00

Tabulka 11 Příspěvek na péči



Graf 8 Příspěvek na péči

Prostřednictvím této otázky jsme zjišťovali, zda nesoběstačná osoba pobírá příspěvek na péči na úhradu poskytované pomoci. V dotazníku 59 (47,2%) respondentů uvedlo, že příspěvek pobírá, 36 (28,8%) uvedlo, že nepobírá žádný příspěvek a 30 (24%) má o příspěvek podanou žádost.

### 7.1.2 Ověřování stanovených hypotéz

Pro ověřování stanovených hypotéz jsme zvolili test dobré shody chí-kvadrát. Pomocí tohoto testu jsme ověřovali, zda četnosti, které jsme získali prostřednictvím výzkumu, se výrazně odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze. Postupovali jsme podle metodologie, kterou uvádí Miroslav Chráska (2006: 81-84)

**H<sub>1</sub>: Oblasti péče o domácnost jsou poskytovány častěji než ostatní oblasti pomoci.** Pro danou hypotézu jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>01</sub>: Četnosti vykonávané pomoci jsou ve všech oblastech zhruba stejné.

H<sub>A1</sub>: Četnosti vykonávané pomoci jsou ve všech oblastech rozdílné.

O přijetí nebo nepřijetí uvedených hypotéz jsme rozhodli na základě ověření (testování) nulové hypotézy. K tomu účelu jsme vypočítali tzv. testové kritérium, což je určitá číselná charakteristika odvozená od zjištěných dat. U testu dobré shody chí-kvadrát je testovým kritériem hodnota

$$x^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{o}$$

kde  $x^2$  je testové kritérium chí kvadrát, P je tzv. pozorovaná četnost a O očekávaná četnost.

Oblasti pomoci / péče	Pozorovaná četnost - P	Očekávaná četnost - O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{o}$
péče o domácnost	122	59,9	62,1	3856,41	64,38
osobní hygiena	82	59,9	22,1	488,41	8,15
oblékání, obouvání	44	59,9	-15,9	252,81	4,22
podávání stravy	12	59,9	-47,9	2294,41	38,30
pohyb/doprava	110	59,9	50,1	2510,01	41,90
osobní aktivity	101	59,9	41,1	1689,21	28,20
orientace	8	59,9	-51,9	2693,61	44,97
péče o zdraví	104	59,9	44,1	1944,81	32,47
komunikace	10	59,9	-49,9	2490,01	41,57
výkon fyz. potřeby	6	59,9	-53,9	2905,21	48,50
celkem	599				352,66

Tabulka 12 Oblasti pomoci / péče

Z tabulky č.12 je patrné, že vypočítaná hodnota  $x^2 = 352,66$ . Tato hodnota je ukazatelem rozdílu mezi pozorovanou a očekávanou četností. Vypočítanou hodnotu testového kritéria jsme srovnali s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Příslušnou kritickou hodnotu jsme hledali vždy pro určitou hladinu významnosti a určený počet stupňů volnosti. Hladinou významnosti je pravděpodobnost, že neoprávněně (nesprávně) odmítneme nulovou hypotézu. Tuto pravděpodobnost lze volit podle situace (její závažnosti), ve většině výzkumů se však pracuje na hladině významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Počet stupňů volnosti závisí

u testu dobré shody chí-kvadrát na počtu řádků v tabulce, z níž bylo kritérium chí-kvadrát vypočítáno. Počet stupňů volnosti je počet řádků tabulky, kterým je možno přiřknout libovolnou hodnotu a přitom dodržet stanovený sloupcový součet.

My jsme pracovali s hladinou významnosti 0,01 (1%) a počtem stupňů volnosti 9. Ve statistických tabulkách jsme našli, že kritická hodnota chí kvadrátu pro hladinu významnosti 0,01 a 9 stupňů volnosti je  $\chi^2_{0,01}(9) = 21,666$ , proto odmítáme nulovou hypotézu, jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší než hodnota kritická a přijímáme hypotézu alternativní. Oblasti vykonávané pomoci jsou tedy ve všech oblastech rozdělené.

**H<sub>2</sub>: Pomoc je častěji poskytována denně než týdně nebo měsíčně.** Pro danou hypotézu jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>02</sub>: Četnosti (počty) frekvence poskytování pomoci jsou zhruba stejné

H<sub>A2</sub>: Četnosti (počty) frekvence poskytování pomoci jsou rozdílné

Frekvence péče	Pozorovaná četnost - P	Očekávaná četnost - O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{o}$
denně	98	41,67	56,33	3173,07	76,15
týdně	25	41,67	-16,67	277,89	6,67
měsíčně	2	41,67	-39,67	1573,71	37,77
celkem	125				120,59

Tabulka 13 Frekvence péče

Z tabulky č.13 jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 120,59$ , které jsme srovnali s kritickou hodnotou s hladinou významnosti 0,01 (1%) a počtem stupňů volnosti 2. Ve statistických tabulkách jsme našli kritickou hodnotu chí kvadrátu pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupni volnosti je  $\chi^2_{0,01}(2) = 9,210$ , proto odmítáme nulovou hypotézu, jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší než hodnota kritická a přijímáme hypotézu alternativní. Četnosti frekvence poskytování pomoci jsou tedy rozdělené.

**H<sub>3</sub>: Neformální pečovatelé poskytují pomoc častěji než sociální a veřejné služby.** Pro danou hypotézu jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>03</sub>: Četnosti (počty) poskytovatelů pomoci jsou zhruba stejné

H<sub>A3</sub>: Četnosti (počty) poskytovatelů pomoci jsou rozdílné

Poskytovatelé pomoci	Pozorovaná četnost - P	Očekávaná četnost - O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{o}$
neformální pečovatelé	123	67	56	3136	46,81
formální pečovatelé	11	67	-56	3136	46,81
celkem	134				93,62

Tabulka 14 Poskytovatelé pomoci

Z tabulky č.14 jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 93,62$ , které jsme srovnali s kritickou hodnotou s hladinou významnosti 0,01 (1%) a počtem stupňů volnosti 1. Ve statistických tabulkách jsme našli kritickou hodnotu chí kvadrátu pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupni volnosti je  $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ , proto odmítáme nulovou hypotézu, jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší než hodnota kritická a přijímáme hypotézu alternativní. Četnosti poskytovatelů pomoci jsou tedy rozdílné.

**H<sub>3</sub>: Pečující osoby žijící ve stejném domě nebo obci s nesoběstačnou osobou poskytují pomoc častěji než pečující osoby žijící mimo obec.** Pro danou hypotézu jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>03</sub>: Četnosti pečujících osob z různé územní vzdálenosti poskytují pomoc zhruba stejně.

H<sub>A3</sub>: Četnosti pečujících osob z různé územní vzdálenosti poskytují pomoc v rozdílné míře.

Územní dostupnost pečující osoby	Pozorovaná četnost - P	Očekávaná četnost - O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{o}$
stejný dům	92	63	29	841	13,35
stejná obec/město	60	63	-3	9	0,14
jiná obec/město	37	63	-26	676	10,73
celkem	189				24,22

Tabulka 15 Územní dostupnost pečujících osob

Z tabulky č.15 jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 24,22$ , které jsme srovnali s kritickou hodnotou s hladinou významnosti 0,01 (1%) a počtem stupňů volnosti 2. Ve statistických tabulkách jsme našli kritickou hodnotu chí kvadrátu pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupni volnosti je  $\chi^2_{0,01}(2) = 9,210$ , proto odmítáme nulovou hypotézu, jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší než hodnota kritická a přijímáme hypotézu alternativní. Četnosti pečujících osob z různé územní vzdálenosti poskytují pomoc tedy v rozdílné míře.

**H<sub>4</sub>: Osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení poskytují pomoc častěji než osoby výdělečně činné.** Pro danou hypotézu jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>04</sub>: Četnosti pečujících osob s různým ekonomickým statutem jsou zhruba stejné.

H<sub>A4</sub>: Četnosti pečujících osob s různým ekonomickým statutem jsou rozdílné.

Ekonomický status pečující osoby	Pozorovaná četnost - P	Očekávaná četnost - O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{o}$
výdělečně činné	103	63	40	1600	25,40
dávky soc. zabezpečení	83	63	20	400	6,35
bez příjmu	3	63	-60	3600	57,14
celkem	189				88,89

Tabulka 16 Ekonomický status pečujících osob

Z tabulky č.16 jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 88,89$ , které jsme srovnali s kritickou hodnotou s hladinou významnosti 0,01 (1%) a počtem stupňů volnosti 2. Ve statistických tabulkách jsme našli kritickou hodnotu chí kvadrátu pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupni volnosti je  $\chi^2_{0,01}(2) = 9,210$ , proto odmítáme nulovou hypotézu, jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší než hodnota kritická a přijímáme hypotézu alternativní. Četnosti pečujících osob s různým ekonomickým statutem jsou tedy rozdílné.

### 7.1.3 Vyhodnocení nepřiznaných žádostí o příspěvek na péči

V teoretické části byl uveden systém hodnocení základních životních potřeb pro potřeby příspěvku na péči. Dle zákona o sociálních službách musí nesoběstačná osoba nezvládat minimálně 3 základní životní potřeby, aby dosáhla na I. stupeň PnP. Tato skutečnost znamená, že jestliže osoba potřebuje pomáhat s běžnými úkony např. v domácnosti, které jsou nezbytné pro důstojný život v domácím prostředí, přesto nedosáhne na finanční podporu státu ve formě příspěvku na péči. Studiem spisové dokumentace nepřiznaných žádostí o příspěvek na péči v roce 2014 a 2015 na ÚP v Kroměříži jsme zjistili počty zamítnutých žádostí, věkovou strukturu a nezvládané základní životní potřeby(Příloha č.3). V letech 2014 a 2015 bylo na ÚP v Kroměříži



nepřiznáno 158 žádostí o příspěvek na péči, přestože žadatelé potřebují pomáhat v některé ze základních životních potřeb (Tabulka č.17). Nejvíce žadatelů (91%) potřebuje pomáhat s péčí o domácnost. Následují základní životní potřeby osobní aktivity (33%), tělesná hygiena (16%) a péče o zdraví (15%). Všechny tyto životní potřeby jsou pro žadatele potřebné, aby mohli zůstat žít v přirozeném sociálním prostředí. Z celkového počtu nepřiznaných žádostí bylo 8 zamítnuto z důvodu nesplnění podmínky DNZS žadatele.

ZŽP	M	O	K	S	OO	TH	FP	PZ	OA	PD	DNZS
<b>četnost</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	<b>144</b>	<b>8</b>

Tabulka 17 Základní životní potřeby



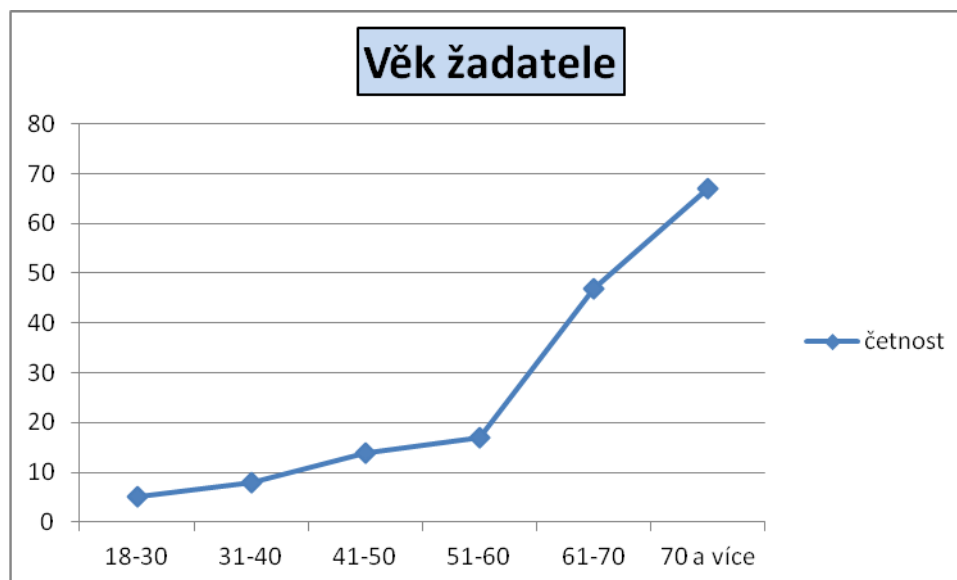
Graf 9 Základní životní potřeby

Dle statistických dat z programu OKslužby bylo na ÚP v Kroměříži v letech 2014 a 2015 vydáno rozhodnutí u 994 nových žádostí o PnP. Z tohoto celkového počtu bylo vydáno 158 rozhodnutí o zamítnutí PnP, což činí 16% nepřiznaných žádostí.

Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k jejich pravidelnému zvládnutí. V prováděcí vyhlášce 500/2006 Sb. k ZSS §1 odst. 2 je uvedeno, že schopnost osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby. V tabulce č. 18 a grafu č. 10 je znázorněna věková struktura žadatelů, kterým byl PnP zamítnut.

věk žadatele	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 a více	celkem
četnost	5	8	14	17	47	67	158

Tabulka 18 Zamítnuté žádosti o PnP podle věku žadatele



Graf 10 Věk žadatelů u zamítnutých žádostí o PnP

#### 7.1.4 Srovnání ekonomické náročnosti pečovatelské služby s PnP v I. stupni závislosti

V rámci výzkumu jsme provedli orientační srovnání ekonomické náročnosti poskytovaných terénních sociálních služeb v regionu Kroměřížska s výši PnP v I. stupni závislosti. V regionu Kroměřížska se nachází pět organizací, které poskytují terénní sociální službu - pečovatelskou službu:

- Decent Hulín (decent, 2014),
- Pečovatelská služba Chropyně (muchropyne, 2014),
- Pečovatelská služba Koryčany (dpskoryčany, 2014),
- Pečovatelská služba Kroměříž (pečovat, 2014),
- Charita Kroměříž (charita, 2014).

Studiem webových stránek organizací poskytujících pečovatelskou službu jsme zjistili průměrné hodinové ceny za poskytované služby, za jednotlivé úkony dovoz oběda a velký nákup, dle ceníku jednotlivých pečovatelských služeb. Tyto průměrné ceny budou použity pro orientační srovnání nákladů za pečovatelskou službu s PnP v I. stupni

závislosti. V tabulce č.19 je uvedena průměrná hodinová cena pečovatelské služby v regionu Kroměřížska, která činí 117,-- Kč za hodinu.

Hulín	Chropyně	Koryčany	Kroměříž	KM - Charita	celkem	průměr
115	100	130	120	120	585	117,-- Kč/hod

Tabulka 19 Průměrné hodinové ceny pečovatelské služby

Mezi další úkony pečovatelské služby, které nepatří do hodinové sazby, jsou platby za dovoz oběda a velký nákup. Tyto služby jsou placeny za jednotlivý úkon (Tabulka č.20 a 21). V regionu Kroměřížska je průměrná cena za dovoz oběda v místě pečovatelské služby 18,-- Kč a mimo obec 20,-- Kč. Cena za jeden velký nákup bez ohledu na strávený čas je průměrně 106,-- Kč.

	Hulín	Chropyně	Koryčany	Kroměříž	KM Charita	celkem	průměr
v místě	12	15	12	25	25	89	17,8 Kč/úkon
mimo obec	15	15	21	25	25	101	20,2 Kč/úkon

Tabulka 20 Průměrné ceny za dovoz oběda

Hulín	Chropyně	Koryčany	Kroměříž	KM Charita	celkem	průměr
115	80	110	110	115	530	106 Kč/úkon

Tabulka 21 Průměrné ceny za velký nákup

V standardizovaných rozhovorech byla zjištěna nejčtenější frekvence potřebné pomoci nesoběstačným osobám u cílové skupiny – denně (78,4%). Jako minimální náklady na poskytovanou pomoc během měsíce jsme teoreticky zvolili čas jakékoliv pomoci na ½ hodiny denně, 1 x měsíčně velký nákup a 30 x dovoz oběda s průměrnou cenou 19,-- Kč. Tyto náklady srovnáme s výší PnP v I. stupni závislosti (Tabulka č.23).

Úkony peč. služby		PnP
dovoz oběda	570 Kč	
velký nákup	106 Kč	
ostatní péče	1 755 Kč	
celkem	2 431 Kč	800 Kč

Tabulka 22 Náklady na PS s PnP

Z výše uvedené tabulky č.22 je patrné, že minimální měsíční náklady na pečovatelskou službu převyšují trojnásobně výši PnP v I. stupni závislosti.

## 8 Interpretace získaných dat - výsledky

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit oblasti poskytované pomoci, frekvenci pomoci, druhy poskytovatelů pomoci a charakteristiku pečujících osob. Tohoto cíle jsme dosahovali pomocí následujících dílčích cílů:

**Dílčí cíl 1 – Zjistit v jakých oblastech pomoci potřebují nesoběstačné osoby pomáhat.** S tímto cílem souvisí výzkumná otázka V01- V jakých oblastech je pomoc nesoběstačným osobám poskytována? Na základě výzkumné otázky byla formulována hypotéza  $H_1$ : Oblast péče o domácnost je poskytována častěji než ostatní oblasti pomoci.

První zkoumanou položkou byly oblasti pomoci, ve kterých potřebují nesoběstačné osoby pomáhat. Prostřednictvím standardizovaného rozhovoru s respondenty cílové skupiny bylo zjištěno, že nejčastěji potřebují pomáhat s péčí o domácnost (20,4%). Do této oblasti pomoci patří činnosti, jako je příprava stravy, nákupy, úklid, praní prádla, topení či manipulace s domácími spotřebiči. Následovala pomoc v oblasti mobility, kde 18,4 % respondentů uvedlo, že potřebují pomáhat s dopravou a pohybem mimo dům. Další nejčastěji uváděná pomoc byla v oblasti péče o zdraví (17,3%) a osobních aktivit (16,9%). Tyto oblasti pomoci spolu vzájemně souvisí, pokud se osoba nezvládá samostatně pohybovat mimo dům, potřebuje pomáhat také s nákupy potravin, vyzvedáváním léků nebo vyřizováním osobních záležitostí. V menší míře potřebuje cílová skupina pomáhat v oblasti osobní hygieny (13,7%), oblékání a obouvání (7,3%), podávání stravy a nápojů (2,00%), orientace (1,3%), komunikace (1,7%) a výkonem fyziologické potřeby (1,00%).

Na základě výsledků výzkumu můžeme přijmout hypotézu  $H_1$ , jelikož péče o domácnost je respondentům poskytována častěji než ostatní oblasti pomoci.

**Dílčí cíl 2 – Zjistit jaká je frekvence poskytování pomoci.** S tímto cílem souvisí výzkumná otázka V02 – Jak často je pomoc poskytována? Na základě výzkumné otázky byla formulována hypotéza  $H_2$ : Pomoc je častěji poskytována denně než týdně nebo měsíčně.

Druhou zkoumanou položkou byla frekvence poskytované pomoci. Časová náročnost poskytované pomoci souvisí s poskytovateli pomoci, kteří musí své časové možnosti uzpůsobit potřebám nesoběstačných osob. Z rozhovorů vyplynulo, že nejvíce

(78,4%) respondentů potřebuje pomáhat denně. Následovala pomoc několikrát týdně (20%) a pouze 2 (1,6%) respondenti uvedli, že potřebují pomoc několikrát měsíčně.

Na základě výsledků výzkumu můžeme přijmout hypotézu H<sub>2</sub>, jelikož je pomoc s největší četností odpovědí poskytována denně.

**Dílčí cíl 3 – Zjistit poskytovatele pomoci nesoběstačným osobám.** S tímto cílem souvisí výzkumná otázka V03 – Kdo poskytuje pomoc nesoběstačným osobám? Na základě výzkumné otázky byla formulována hypotéza H<sub>3</sub>: Neformální pečovatelé poskytují pomoc častěji než formální pečovatelé.

Třetí zkoumanou položkou byly poskytovatelé pomoci. Respondenti měli možnost označit více poskytovatelů pomoci. Z výsledku výzkumu je zřejmé, že nejčastěji v přirozeném sociálním prostředí poskytují pomoc rodinní příslušníci (81,3%), následovali přátelé a sousedi (10,5%), tyto osoby patří mezi neformální pečovatelé. Nejméně je pomoc poskytována pečovatelskou nebo veřejnou službou (8,2%) – formálními pečovateli.

Na základě výsledků výzkumu můžeme přijmout hypotézu H<sub>3</sub>, jelikož četnost poskytované pomoci neformálních pečovatelů je vyšší než formálních pečovatelů.

**Dílčí cíl 4 – Zjistit územní dostupnost neformálních pečujících osob.** S tímto cílem souvisí výzkumná otázka V04 – Jaká je územní dostupnost neformálních pečovatelů? Na základě výzkumné otázky byla formulována hypotéza H<sub>4</sub>: Pečující osoby žijící ve stejném domě nebo obci s nesoběstačnou osobou poskytují pomoc častěji než pečující osoby žijící mimo obec.

Čtvrtou zkoumanou položkou byla územní vzdálenost pečujících osob. Byla zkoumána územní dostupnost hlavní pečující osoby a další osoby, pokud také poskytovala pomoc. Respondenti uvedli, že nejvíce hlavních pečujících osob (53,6%) bydlí s nesoběstačnou osobou ve stejném domě. Následovaly pečující osoby (29,6%) bydlící ve stejné obci/měště a osoby bydlící v jiné obci/měště (16,8%). U další pečující osoby již jsou menší rozdíly v územní dostupnosti pečujících osob. Ve stejném domě bydlí 39,1% pečujících osob, ve stejné obci/měště 35,9% a v jiné obci/měště 25% osob.

Na základě výsledků výzkumu jsou nevyšší četností poskytované pomoci u pečujících osob bydlících s nesoběstačnou osobou ve stejném domě, proto můžeme přijmout hypotézu H<sub>4</sub>.

**Dílčí cíl 5 – Zjistit ekonomický status neformálních pečujících osob.** S tímto cílem souvisí výzkumná otázka V04 – Jaká je ekonomický status neformálních pečovatelů? Na základě výzkumné otázky byla formulována hypotéza H<sub>5</sub>: Osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení poskytují pomoc častěji než osoby výdělečně činné.

Pátou zkoumanou položkou byl ekonomický status pečujících osob. Respondenti sdělovali, zda osoba poskytující pomoc je výdělečně činná, pobírá dávky sociálního zabezpečení nebo je bez příjmu. Tytéž informace sdělovali i u další pečující osoby, pokud pomoc poskytovala. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce hlavních pečujících osob (52%) je výdělečně činná. Následují osoby pobírající dávky sociálního zabezpečení (45,6%) a pouze 2,4% osob jsou bez příjmu. U další pečující osoby jsou výsledky výzkumu obdobné, nejvíce osob (59,4%) jsou výdělečně činné, 40,6% pobírá dávky sociálního zabezpečení a žádná osoba není bez příjmu.

Na základě výsledků výzkumu odmítnout hypotézu H<sub>5</sub>, jelikož četnost poskytované pomoci osobami pobírající dávky sociálního zabezpečení je nižší než četnost pečujících osob výdělečně činných.

#### **Vyhodnocení nepřiznaných žádostí o příspěvek na péči.**

V letech 2014 a 2015 bylo na Úřadu práce v KM zamítnuto 158 žádostí o příspěvek na péči. Z toho 8 žádostí bylo zamítnuto, jelikož žadatel nesplňoval podmínku DNZS a 150 žádostí z důvodu nezvládnání 3 základních životních potřeb. Z celkového počtu žádostí o PnP bylo 16% zamítnuto. Studium spisové dokumentace byly zjištěny přiznané základní životní potřeby a věková struktura žadatelů. Nejvíce žadatelů (91%) potřebuje pomáhat s péčí o domácnost, následují osobní aktivity (33%), tělesná hygiena (16%) a péče o zdraví (15%). Všechny uvedené ZZP jsou pro žadatele potřebné, aby mohl zůstat žít v přirozeném sociálním prostředí. S věkem žadatele se snižují schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby. V přehledu zamítnutých žádostí nelze tuto skutečnost vysledovat. Příspěvek na péči byl zamítnut osobám starším 70 let v 42,4% a osobám mezi 60-70 roky v 29,7%.

#### **Srovnání ekonomické náročnosti pečovatelské služby s PnP v I. stupni závislosti**

Orientační srovnání ekonomické náročnosti pečovatelské služby jsme provedli s výši PnP v I. stupni závislosti, který převážně pobírá cílová skupina výzkumu.

Měsíční minimální náklady na pečovatelskou službu jsme stanovili ve výši 2431,-- Kč, výše PnP v I. stupni závislosti je 800,-- Kč. Pokud by respondenti potřebovali využívat pečovatelskou službu, stala by se pro ně potřebná pomoc finančně náročná.

## 9 Diskuse

Prostřednictvím výzkumu byla získána data, která zobrazují okolnosti poskytování pomoci nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí.

Z oblastí pomoci respondenti potřebují nejčastěji pomáhat s péčí o domácnost, dopravou a pohybem mimo dům, osobními aktivitami, péčí o zdraví a osobní hygienou. Činnosti obsažené v těchto základních životních potřebách patří také mezi základní fyziologické potřeby dle Maslowa. Pro důstojný život nesoběstačných osob v přirozeném sociálním prostředí jsou tyto činnosti nepostradatelné. Pomoc je poskytována převážně denně, jelikož činnosti spadající zejména do oblasti péče o domácnost je nutné zajišťovat denně. Mezi tyto činnosti patří např. obstarání běžného nákupu, uvaření teplého jídla a nápoje, udržování pořádku, případně obsluha topení. Na úhradu poskytované pomoci je určená nepojistná sociální dávka – příspěvek na péči. O tuto dávku si může nesoběstačná osoba požádat na úřadu práce. Na příspěvek v I. stupni závislosti dosáhne, pokud nezvládá alespoň 3 základní životní potřeby. Nezvládání pouze jedné životní potřeby, byť pro důstojný život v domácím prostředí nezbytné, neopravňuje k nároku na příspěvek. Nejčastější nezvládanou životní potřebou je péče o domácnost, jak vyplynulo ze studia spisové dokumentace zamítnutých žádostí o PnP. Pokud by činnosti této životní potřeby neposkytoval rodinný příslušník v rámci rodinné solidarity, bylo by pro nesoběstačnou osobu nákladné hradit potřebnou pomoc terénní sociální službě. Také výše PnP v I. stupni závislosti je velmi nízká. Po zavedení institutu příspěvku na péči činila výše příspěvku v I. stupni závislosti u osob starších 18 let 2000,-- Kč měsíčně. Zákonnou úpravou byl tento příspěvek ode dne 1.1.2011 snížen na 800,-- Kč měsíčně. Tato výše neodpovídá ceně sociálních služeb a nesoběstačné osoby nemají možnost si za tuto částku služby nakoupit. Podle vyhlášky se maximální výše úhrad za jednu hodinu poskytované sociální služby zvýšila od zavedení PnP z 85,-- Kč na 130,-- Kč, což je zvýšení o 56% a k navýšení PnP dosud nedošlo. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR prosadila navýšení PnP o 10%

od 1.7.2016. V I. stupni závislosti se tedy příspěvek navýší na 880,-- Kč, což stále neodpovídá ceně sociálních služeb. Návrh pravidelné valorizace PnP je také jedním z výstupů projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ realizovaného Fondem dalšího vzdělávání (dustojnestarnuti, 2016). Další možností je změna systému přiznávání PnP, aby na I. stupeň dosáhla osoba, která by nezvládala jednu až dvě základní životní potřeby, další stupně by byly postupně odvozeny od I. stupně.

V současné době potřebnou pomoc nesoběstačným osobám nejčastěji poskytují rodinní příslušníci na základě rodinné solidarity. S rozvojem moderní společnosti se stává tato pomoc pro rodinné příslušníky stále obtížnější. Pro udržitelnost poskytování pomoci v rodině je nezbytné zajistit komplexní a systematickou podporu pečujících osob a rodinné politiky. Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová (mpsv, 2015) považuje podporu rodinné politiky za jednu ze svých hlavních priorit. V tiskové zprávě představila tzv. „pečovatelskou dovolenou“, kterou chce MPSV podpořit výdělečně činné osoby, které neformálně pečují o rodinného příslušníka, u kterého došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Návrhy na podporu pečujících osob z projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ slouží jako podklad pro MPSV a mohou usnadnit pečovatelům život v době poskytování pomoci. Výstupy z projektu jsou zaměřeny na osoby poskytující celodenní pomoc a rozhodli se opustit trh práce (dustojnestarnuti, 2016). Pro pečující osoby cílové skupiny výzkumu, by bylo zajisté přínosem, zřízení koordinátora pomoci, který by poskytoval potřebné informace související se zajištěním pomoci. Tato osoba by měla mít přehled o možných formách podpory ve své územní působnosti. Pomáhala by pečujícím rodinám s vyhledáváním vhodných služeb, předávala by kontakty na jejich poskytovatele, doporučovala by a pomáhala s vyřízením finančních dávek a kompenzačních pomůcek. Námětem pro další bádání, by mohlo být zjištění skutečnosti, jaké služby a s jakou kapacitou by měl koordinátor podpory možnost pečující rodině v současné době nabídnout.

Osoby poskytující pomoc převážně bydlí s nesoběstačnou osobou ve stejném domě nebo obci. Územní dostupnost je jednou z podmínek poskytování pomoci. Pokud poskytovatel pomoci bydlí ve vzdálené obci/městě nebo zahraničí je pro něho problematické pomoc poskytovat. Vzhledem ke změnám ve způsobu života bude stále větší počet nesoběstačných osob žít osaměle bez partnerů nebo dětí. Budou nuceni využívat jiné, vesměs formální poskytování pomoci. Alternativou poskytování pomoci



v domácím prostředí by mohla být péče zajišťována v rámci komunity. Tuto pomoc by zprostředkoval sociální pracovník na obci/měště, na základě znalosti místních zdrojů. Dalším zdrojem poskytování pomoci mohou být dobrovolnické organizace nebo místní občanské spolky.

Cílové skupině osob zařazených do výzkumu poskytují pomoc převážně osoby výdělečně činné. Skloubení pracovních a pečovatelských povinností je stále náročnější. Sociální politika státu by měla tyto osoby podporovat a motivovat k poskytování pomoci. Benefity mohou být např. ve formě uplatňování slevy na dani, úpravy pracovní doby nebo čerpání ošetřovného na člena rodiny. S prodlužujícím se věkem odchodu do starobního důchodu bude stále více pečujících osob v pracovním poměru. Pro poskytování pomoci v přirozeném sociálním prostředí je podpora pečujících osob nezbytná.

Prostřednictvím výzkumu jsme zjistili okolnosti poskytování pomoci nesoběstačným osobám v přirozeném sociálním prostředí. Jelikož výzkum probíhal v regionu Kroměřížska, můžou se zjištěné skutečnosti lišit např. od výzkumu, který by probíhal v krajském městě. Získaná data nejsou reprezentativní, přesto výsledky považujeme za přínosné.

## **10 Závěr**

Neformální pomoc umožňuje nesoběstačným osobám důstojný život v přirozeném sociálním prostředí. U zvolené cílové skupiny výzkumu je v současné době poskytování pomoci převážně na bedrech rodinných příslušníků, kteří dochází do zaměstnání a bydlí v blízkosti nesoběstačné osoby. Pokud nesoběstačná osoba nemá ve své rodině nikoho, kdo by mohl pomoc poskytovat, je nucena se rozhodnout, zda si podá žádost na umístění do pobytové sociální služby či bude využívat terénní sociální služby. Často má takové rozhodování ekonomický podtext. V domácím prostředí může zůstat, jen pokud bude mít dostatek finančních prostředků na úhradu poskytované pomoci. Český statistický úřad (czso, 2016) zveřejnil výsledky ze šetření životních podmínek seniorů, kde uvedl, že téměř 15% lidí nad 65 let, kteří žijí sami, hrozí chudoba. Finanční podpora státu - příspěvek na péči nedokáže v současné době pokrýt úhradu terénních sociálních služeb. Neexistuje tedy žádná podpora nesoběstačných osob s nízkými příjmy, která by jim umožňovala nákup terénních sociálních služeb. Oproti tomu je v ZSS §73 odst. 3 a

4 uvedena podpora osob s nízkými příjmy, které využívají pobytové sociální služby. Tyto osoby mají nárok na zůstatek 15% příjmu po úhradě za pobyt a stravu a úhrada za péči se stanoví ve výši přiznaného příspěvku na péči. Z těchto důvodů je zřejmé, že je dosud zvýhodňována institucionální péče před poskytováním pomoci v přirozeném sociálním prostředí. Pomoc poskytovaná neformálními pečovateli je v současné době nenahraditelná. Podpora pečujících a nesoběstačných osob by si jistě zasloužila větší pozornost vlády, která by vedla k legislativnímu vymezení této podpory.

V diplomové práci jsme provedli shrnutí, za jakých podmínek je poskytována neformální pomoc v přirozeném sociálním prostředí. U cílové skupiny výzkumu byly zjištěny následující skutečnosti – nesoběstačné osoby potřebují pomáhat převážně s péčí o domácnost, pohybem mimo dům a vyřizováním osobních záležitostí. Potřebnou pomoc si nemůžou hradit prostřednictvím institutu PnP, často na něj nedosáhnou nebo mají PnP v I. stupni závislosti, který nedopovídá cenám sociálních služeb. Poskytování neformální pomoci tudíž umožňuje nesoběstačným osobám důstojný život v přirozeném sociálním prostředí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

BEKEL, Gerhard a Renata HALMO, 2004. *Teorie deficitu sebeděče: soubor textů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. Sborník (Univerzita Palackého v Olomouci). ISBN 80-244-0794-9.

BRÍMOVÁ, Pavlína, 2010. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Fakulta lékařská. Vedoucí práce Hana PINKAVOVÁ.

Český statistický úřad. *Životní podmínky seniorů v Česku a v Evropě - 2015* [online]. 1.2.2016 [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2015>

Decent Hulín. *Ceník úhrad za poskytování pečovatelské služby* [online]. 12.2.2014 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.decent.hys.cz/cenik-sluzeb-ps/>

DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova. Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

Důstojné stárnutí. *Výstupy projektu Podpora neformálních pečovateli* [online]. 4.3.2016 [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/pece/vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelu/>

DPS Koryčany. *Úhrady za poskytování pečovatelské služby* [online]. 16.6.2014 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.dpskorycany.ic.cz/sluzba/platby.html>

ČSSZ. *Dávky nemocenského pojištění* 1.4.2016 [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>

GRUBEROVÁ, Božena, 1998. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-704-0286-5.

Charita Kroměříž. *Ceník úhrad charitní pečovatelské služby* [online]. 1.5.2014 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: [http://files.charita-kromeriz.webnode.cz/200003634-4ed684fd12/Cenik\\_CHPS\\_1.%205.%202014.pdf](http://files.charita-kromeriz.webnode.cz/200003634-4ed684fd12/Cenik_CHPS_1.%205.%202014.pdf)

CHRÁSKA, Miroslav, 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1367-1.

JERÁBEK, Hynek, 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.

KALVACH, Zdeněk. 2008, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. 1. vyd. Praha: Diakonie ČCE, 100s. ISBN 978-80-87953-08-2.

Metodický pokyn vrchního ředitele úseku lékařské posudkové služby č. 2/2015. Posuzování stupně závislosti ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení ČR, 2015.

Město Chropyně. *Ceník úhrad za poskytování pečovatelské služby* [online]. 12.3.2014 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: [http://www.muchropyne.cz/content/files/mestsky-urad/osv/socialni\\_sluzby/zadost2\\_dps.pdf](http://www.muchropyne.cz/content/files/mestsky-urad/osv/socialni_sluzby/zadost2_dps.pdf)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Ministryně představila čtyři opatření, která podpoří rodiny* [online]. 10.10.2015 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/21782/TZ\\_100915a.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/21782/TZ_100915a.pdf)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2014. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*, 48 s. ISBN 978-80-7421-111-9.

Národní rada osob se zdravotním postižením. *Informace č.: 31- 2014 (Návrh sociálního šetření k připomínkám)* [online]. 28.04.2014 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1179-informace-c-31-2014-navrh-socialniho-setreni-k-pripominkam.html>

Národní rada osob se zdravotním postižením. *Informace č.: 107-2015 (Zvýšení PnP, výměna průkazů OZP a mobilita)* [online]. 17.12.2015a [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1476-informace-c-107-2015-zvyseni-pnp-vymena-prukazu-ozp-a-mobilita.html>

Národní rada osob se zdravotním postižením. *Informace č.: 89-2015 (Instrukce – sociální šetření)* [online]. 26.10.2015b [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: [http://www.nrzp.cz/images/PDF/Instrukce\\_c\\_5\\_2015.pdf](http://www.nrzp.cz/images/PDF/Instrukce_c_5_2015.pdf)

Národní rada osob se zdravotním postižením. *Informace č.:95-2015 (Posudková služba – konference)* [online]. 18.11.2015c [cit. 2016-02-12]. Dostupné z:

<http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1463-informace-c-95-2015-posudkova-sluzba-konference.html>

Novinky. *Na péči je odkázáno 80 tisíc seniorů* [online]. 25.10.2014 [cit. 2014-10-28].

Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/350791-na-peci-rodiny-je-odkazano-80-tisic-senioru.html>

Pečovat. *Sazebník úhrad pečovatelské služby Kroměříž, o.p.s.*[online]. 1.1.2014 [cit. 2016-03-22].

Dostupné z: [http://www.pecovat.cz/upload/docs/priloha\\_9-sazebnik\\_2014\\_km-2.pdf](http://www.pecovat.cz/upload/docs/priloha_9-sazebnik_2014_km-2.pdf)

PICHAUD, Clément a THAREAUOVÁ, Isabelle, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách.

PRŮŠA, Ladislav a kol. 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV.

SEDLÁČEK, J. Solidarita mechanická a organická (heslo). *Velký sociologický slovník*, díl 2., Praha: Vydavatelství Karolinum, 1996, s. 1186.

*Sociální práce: odborná revue pro sociální práci = Sociálna práca*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2012, roč. 12, č. 4.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2002. *Uspokojování potřeb – nezbytný prvek ovlivňující kvalitu života seniorů*, Ošetřovatelství. roč. 4, č.3-4: Portál, 136 s. ISBN 80-7178-920-8.

TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří, 1996. Ztráta soběstačnosti ve stáří, její hodnocení a možnosti kompenzace. *Ami Report*, roč. 4, č. 3, s. 35 - 38.

TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

Vyhláška č.505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách

Wikipedie. *Sendvičová generace* [online]. 4.2.2014 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Sendvi%C4%8Dov%C3%A1\\_generace](http://cs.wikipedia.org/wiki/Sendvi%C4%8Dov%C3%A1_generace)

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

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zpravy.idnes. *Sendvičová generace narůstá, ženy se musejí starat o své děti i rodiče* [online]. 8.8.2013 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/sendvicova-generace-zen-pecuje-o-deti-i-o-starnouci-rodice-pmw-/domaci.aspx?c=A130808124318\\_domaci\\_skr](http://zpravy.idnes.cz/sendvicova-generace-zen-pecuje-o-deti-i-o-starnouci-rodice-pmw-/domaci.aspx?c=A130808124318_domaci_skr)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
DNZS	Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
EU	Evropská unie
FP	Výkon fyziologické potřeby
K	Komunikace
KM	Kroměříž
M	Mobilita
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
O	Orientace
OA	Osobní aktivity
OO	Oblékání a obouvání
PnP	Příspěvek na péči
PZ	Péče o zdraví
S	Stravování
Sb.	Sbírka zákonů
TH	Tělesná hygiena
UP	Úřad práce
ZSS	Zákon o sociálních službách
ZŽP	Základní životní potřeby

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Potřeby člověka a aktivity denního života .....	11
Tabulka 2 Přehled stupňů příspěvku na péči.....	21
Tabulka 3 Přehled stupňů příspěvku na péči od 1.8.2016.....	22
Tabulka 4 Oblasti pomoci nesoběstačným osobám .....	36
Tabulka 5 Frekvence pomoci nesoběstačným osobám .....	38
Tabulka 6 Druhy poskytovatelů péče.....	39
Tabulka 7 Územní dostupnost hlavní pečující osoby .....	40
Tabulka 8 Územní dostupnost další pečující osoby .....	40
Tabulka 9 Ekonomický status hlavní pečující osoby .....	42
Tabulka 10 Ekonomický status další pečující osoby .....	43
Tabulka 11 Příspěvek na péči .....	44
Tabulka 12 Oblasti pomoci / péče.....	45
Tabulka 13 Frekvence péče.....	46
Tabulka 14 Poskytovatelé pomoci .....	47
Tabulka 15 Územní dostupnost pečujících osob.....	47
Tabulka 16 Ekonomický status pečujících osob .....	48
Tabulka 17 Základní životní potřeby .....	49
Tabulka 18 Zamítnuté žádosti o PnP podle věku žadatele.....	50
Tabulka 19 Průměrné hodinové ceny pečovatelské služby.....	51
Tabulka 20 Průměrné ceny za dovoz oběda.....	51
Tabulka 21 Průměrné ceny za velký nákup .....	51
Tabulka 22 Náklady na PS s PnP .....	51

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb .....	12
---	----



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Oblasti pomoci .....	37
Graf 2 Frekvence péče .....	38
Graf 3 Druh poskytovatele .....	39
Graf 4 Územní dostupnost I. ....	40
Graf 5 Územní dostupnost II. ....	41
Graf 6 Ekonomický status I. ....	42
Graf 7 Ekonomický status II. ....	43
Graf 8 Příspěvek na péči .....	44
Graf 9 Základní životní potřeby .....	49
Graf 10 Věk žadatelů u zamítnutých žádostí o PnP .....	50

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1 Způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby
- Příloha č.2 Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby
- Příloha č.3 Standardizovaný rozhovor

## ČÁST PRVNÍ

### ZPŮSOB HODNOCENÍ SCHOPNOSTI ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

#### § 1

(1) Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(2) Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby.

(3) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se hodnotí

a) tělesné struktury a

b) tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže, a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.

(4) Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu. Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.

#### § 2

(1) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.

(2) U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

#### § 2a

Pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze č. 1 k této vyhlášce, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

#### § 2b

Pokud osoba do 18 let věku nemá z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje ještě vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb nebo některou aktivitu, které jsou vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce, není pro účely posuzování stupně závislosti považována za osobu, která je neschopna základní životní potřebu zvládat. To neplatí, pokud osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při zvládání základní životní potřeby nebo některé aktivity, které jsou vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce, vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

#### § 2c

Při hodnocení základních životních potřeb pro účely stanovení stupně závislosti se základní životní potřeby, u nichž bylo zjištěno, že je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, sčítají.“

## **Příloha 1**

### **Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby**

a) **Mobilita:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

b) **Orientace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) **Komunikace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) **Stravování:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

e) **Oblékání a obouvání:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) **Tělesná hygiena:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) **Výkon fyziologické potřeby:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

## **Strukturovaný rozhovor k diplomové práci**

Dobrý den,

dovoluji si Vás požádat o strukturovaný rozhovor k mé diplomové práci. Rozhovor se týká poskytování pomoci nesoběstačným osobám v domácím prostředí. Strukturovaný rozhovor bude realizován prostřednictvím uzavřených otázek s výběrem možností odpovědi. U otázek č. 2 a 4 lze zvolit více možností. U ostatních otázek zvolte odpověď, která nejvíce odpovídá nabízeným možnostem.

1. Potřebujete jakoukoliv pomoc s činností, kterou nezvládáte samostatně?
  - a) ano
  - b) ne

**Pokud jste odpověděli v předcházející otázce „ANO“ pokračujte v odpovědích na následující otázky. Pokud jste odpověděli „NE“, děkuji Vám za Váš čas.**

2. V jakých oblastech pomoci potřebujete pomáhat?
  - a) péče o domácnost (nákupy, praní, úklid, vaření obědů, dovoz obědů, topení atd.)
  - b) osobní hygieny
  - c) oblékání a obouvání
  - d) podávání stravy a nápojů
  - e) dopravy a pohybu mimo dům/byt
  - f) osobních aktivit (návštěvy přátel, kultura, vyřizování osobních záležitostí atd.)
  - g) orientace (místem, osobami, časem, sluchem, zrakem)
  - h) vyřizování osobních záležitostí (návštěva úřadů, pošty)
  - i) péče o zdraví (příprava léků, doprovod k lékaři)
  - j) výkonu fyziologické potřeby
3. Jak často potřebujete pomáhat?
  - a) denně
  - b) týdně ..... (uved'te kolikrát týdně)
  - c) měsíčně .....(uved'te kolikrát měsíčně)
4. Výše uvedená pomoc je Vám poskytována?
  - a) rodinnými příslušníky
  - b) přítelem, sousedem, jinou osobou
  - c) pečovatelskou nebo veřejnou službou

5. Kde žije pečující osoba (rodinný příslušník, přítel, soused) poskytující Vám pomoc?
- a) ve stejném domě
  - b) ve stejné obci nebo městě
  - c) v jiném městě nebo obci
6. Kde žije další pečující osoba, pokud Vám poskytuje pomoc?
- a) ve stejném domě
  - b) ve stejné obci nebo městě
  - c) v jiném městě nebo obci
7. Z jaké činnosti má příjem pečující osoba (rodinný příslušník, přítel, soused)?
- a) z výdělečné činnosti (zaměstnána, OSVČ)
  - b) z dávek sociálního zabezpečení (invalidní, starobní důchod, v evidenci úřadu práce, na rodičovské dovolené)
  - c) je bez příjmu
8. Z jaké činnosti má příjem další pečující osoba, pokud poskytuje pomoc?
- a) z výdělečné činnosti (zaměstnána, OSVČ)
  - b) z dávek sociálního zabezpečení (invalidní, starobní důchod, v evidenci úřadu práce, na rodičovské dovolené)
  - c) je bez příjmu

Doplňující otázka, pokud tato skutečnost není výzkumníkovi známa:

Pobíráte příspěvek na péči (dříve bezmocnost)? Pokud ano napište v jaké výši.

- a) ano .....
- b) ne .....
- c) mám podanou žádost o PnP

Děkuji za Váš čas věnovaný rozhovoru.  
Bc. Zdeňka Dutkevičová