

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Dopady současných legislativních změn na realizaci rodinné péče  
o osobu se sníženou soběstačností**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Aleš Novotný

Autor práce:  
Marcela Efenberková

2. 8. 2010

## **Abstrakt**

### **Dopady současných legislativních změn na realizaci rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností**

Rodinnou péčí označujeme jako neformální péči, která uspokojuje potřeby nesoběstačné osoby v jejím přirozeném domácím prostředí. Ochota rodiny pečovat o osobu se sníženou soběstačností vyžaduje nejen časovou náročnost, ale i fyzickou a psychickou zátěž pečující osoby a odřeknutí vlastních priorit. Aby rodinní pečovatelé nebyli ohroženi na zdraví a mohli poskytovat kvalitní péči, je třeba jim poskytovat pomoc a podporu – finanční, legislativní, institucí.

V teoretické části práce se na základě metody analýzy dokumentů zabývám charakteristikou integrované péče pro rodiny pečující o nesoběstačnou osobu a její zapracování do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje a Komunitního plánu sociálních služeb Písek na období 2008 - 2010, jež odpovídají za dostupnost sociálních služeb. V praktické části práce jsem na základě metody dotazování a analýzy dokumentů zjišťovala, jak jsou naplňovány integrované formy podpory vůči rodinným pečovatelům pečující o osoby se sníženou soběstačností na území samosprávného obvodu Písek. Výzkumný soubor, který tvořili rodinní příslušníci poskytující pomoc osobám, které pobírají příspěvek na péči z měst Písek a okolí, Protivínsko, Mirovicko a Miroticko, potvrdil, že ne ve všech městech a obcích lze si sjednat sociální službu.

Na základě výzkumu jsem zjistila, že i když právní úprava umožňuje poskytovat celou škálu zdravotně sociálních služeb, existují v regionu velké rozdíly v zastoupení poskytovatelů. Zkvalitnění péče je třeba docílit rozvojem sítě sociálních služeb, kterými by byly uspokojovány potřeby každé komunity. Především je třeba se zaměřit na rozvoj pečovatelské služby, denních stacionářů, center denních služeb, odlehčovacích služeb, osobní asistenci a sociálně aktivizační služby, při kterých je zachována rodinná péče.

## **Abstract**

### **Impacts of the Present Legislative Changes upon the Realization of the Family Care concerning Persons with Diminished Self-sufficiency.**

The family care is identified as an informal care satisfying the needs of a person with diminished self-sufficiency in his (her) natural home milieu. The willingness and readiness of the family to care for a person with diminished self-sufficiency is not only time demanding, but it also represents both physical and psychological ability of the person providing the care who has to give up his (her) own preferences. It is necessary to give the family assistants help and support – financial, legislative and institutional, and to enable them to render a qualitative care and to prevent them from being endangered in their health conditions.

In the theoretical part of my thesis, I concerned myself, on the basis of the documentation analysis method, with the characterization of the integrated care concerning the families who attend a person with diminished self-sufficiency and with

including of this integrated care into the Medium-term Plan of Social Services Development of the South Bohemian Region and of the Community Plan of Social Services Písek for the time period 2008 – 2010. These two plans are responsible for the availability of the social services. In the practical part of my thesis, on the basis of the interrogation method and the documentation analysis, I found out, how the integrated forms of the support towards the family assistants providing the care for persons with diminished self-sufficiency are being completed on the territory of the autonomous district of Písek. The research whole consisting of the family members providing the assistance to persons receiving care allowances from the town Písek and its surroundings, from the towns Protivín, Mirovice and Mirovice with their surroundings, certified, that it is possible to arrange a social care in all these towns and villages.

On the basis of the research I found out, that even if the legal regulations enable to provide a whole range of health and social services, in the region, there still exist great differences in the representation of the providers. It is necessary to upgrade the care by

expansion of social services so as the needs of each community can be satisfied. First of all, it is necessary to focus on the expansion of the care services, of the day care, social welfare institutions, day service centres, facilitating services and personal assistance, by which the family care is preserved.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dopady současných legislativních změn na realizaci rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2 .8. 2010

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce panu Mgr. Aleši Novotnému za odbornou pomoc, věcné připomínky a za veškerý čas, který mi věnoval. Dále děkuji za podporu zaměstnavateli a všem respondentům za ochotu při dotazníkovém šetření.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Rodina</b> .....	<b>11</b>
1.1.1 Funkce rodiny .....	11
1.1.2 Rodinná péče.....	12
1.1.3 Lidské potřeby .....	13
1.1.4 Osoby se sníženou soběstačností .....	15
1.1.5 Pečující osoby .....	16
1.1.6 Typy péče poskytované rodinnými příslušníky .....	17
1.1.7 Negativní důsledky rodinné péče.....	18
<b>1.2 Sociální služby</b> .....	<b>21</b>
1.2.1 Sociální služby před rokem 2007.....	21
1.2.2 Sociální služby v národních dokumentech .....	22
<b>1.3 Zákon o sociálních službách</b> .....	<b>25</b>
1.3.1 Příspěvek na péči .....	25
1.3.2 Rozdělení sociálních služeb.....	28
<b>1.4 Integrovaná komunitní péče</b> .....	<b>31</b>
1.4.1 Integrovaná péče pro rodiny pečující o nesoběstačnou osobu.....	31
<b>1.5 Komunitní plánování</b> .....	<b>35</b>
1.5.1 Spolupráce subjektů komunitního plánování.....	35
1.5.2 Krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje	36
1.5.3 Komunitní plán sociálních služeb Písek .....	38

<b>2</b>	<b>CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíl práce.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2</b>	<b>Hypotézy .....</b>	<b>39</b>
<b>3</b>	<b>METODIKA.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1</b>	<b>Metodický postup.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>666</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>72</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>74</b>
<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>79</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>80</b>
<b>9.1</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>80</b>



## ÚVOD

Rodina vždy zajišťovala pomoc svým blízkým, kteří pomoc vyžadovali z důvodu nemoci nebo stáří. Toto odhodlání rodin existuje i v dnešní době. Členové rodiny společně prožívají v jednotlivých obdobích různé události, které je navzájem stmelují. Nejdříve rodiče poskytují péči dětem a později dospělé děti zabezpečují kvalitní život stárnoucím nebo zdravotně postiženým rodičům.

Každý jedinec se nejlépe cítí ve svém domácím prostředí, které má dokonale zmapované. Pokud dojde u některého člena rodiny ke snížení soběstačnosti, což představuje neschopnost uspokojovat své potřeby sám, umožní nejbližší osoby takovému členu nezávislý život ve vlastním prostředí.

Vznik takové situace přináší mnoho nových povinností, změnu životního stylu jak u nesoběstačné osoby, tak i u pečovatele. Obzvláště pečovatel se musí vyrovnávat s fyzickou i psychickou zátěží, která může vyvolat napětí, úzkost až deprese. Zároveň péče může přinášet i pocit uspokojení, pocit sounáležitosti a lásky.

Vzhledem k tomu, že delší dobu pracuji jako sociální pracovnice a denně se setkávám s rodinnými poskytovateli péče, zaměřila jsem se ve své práci na problematiku neformální péče.

Do roku 2006 osoba blízká, která pečovala osobně, celodenně a řádně o zdravotně postižené dítě, rodiče nebo prarodiče s určitým stupněm bezmocnosti, přímo pobírala příspěvek při péči. Od 1. 1. 2007 vstoupil v účinnost zákon o sociálních službách, který změnil tento příspěvek nejen ve způsobu financování, ale také v přiznávání. Příspěvek je vyplácen osobě, která si o tento příspěvek požádá z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a která potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. O tom, na jaké služby bude příspěvek na péči použit, rozhoduje sám příjemce příspěvku.

Přijetím zákona došlo k rozvoji nových typů služeb, které nesoběstačná osoba může využít, aniž by odešla do ústavu. Vedle rodiny mohou péči poskytovat zdravotničtí a sociální pracovníci. Hovoříme tak o integrované péči, která zahrnuje domácí péči, péči ve stacionářích, osobní asistenci, pečovatelskou službu. Kombinace

jednotlivých typů služeb podle potřeb osoby se sníženou soběstačností by napomohla ke zkvalitnění péče, ale také k odstranění zátěže u pečovatelů.

Zákon již neupravuje nárok na poskytování určitého typu služeb. Záleží na nesoběstačné osobě, jakou službu si bude „nakupovat“ a také záleží na možnostech, zda potřebná služba je dostupná. Dostupnost je v každém regionu rozdílná. Liší se i místní zastoupení profesionálních poskytovatelů. Kraj je ze zákona povinen zpracovávat střednědobý plán, jehož cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb na základě zjištěných potřeb jednotlivých komunit.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak změna zákona napomáhá při realizaci rodinné péče o osoby se sníženou soběstačností. Výsledek kvantitativního výzkumu by měl zjistit, jak rodina, která poskytuje pomoc nesoběstačné osobě, využívá sociální služby na území samosprávného obvodu Písek a jaké služby by ulehčily péči.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Rodina

Rodina odedávna tvoří základní jednotku společnosti (33). Je charakterizována jako malá, primární, neformální, intimní skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými pouty. Jedná se o intimní soužití ve společné domácnosti a její členové se řídí stálými vzory chování (63). Tento strukturovaný celek utváří relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí (27). Je místem, kde konstrukce sociální reality nabývá základních obrysů, je místem, kde se formují hodnoty a ustavují cíle jednání (35).

Rodina jako instituce prošla v posledních letech určitým vývojem směřujícím od rodin vícegeneračních k jednogeneračním, včetně vysokého počtu single-domácností (jednočlenné domácnosti). Přes tyto změny se však nedá očekávat, že by v následujících letech rodina přestala hrát významnou roli v poskytování péče seniorům a v zajištění potřebné podpory a pomoci (16). Především ve stáří, v případě nesoběstačnosti starého člověka, znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické, ale také hmotné (20). Rodina je prvním a mnohdy jediným zdrojem podpory lidí, kteří se již narodili s nějakým hendikepem nebo jejich nesnáze vznikly později (33). Každý člověk, i se zdravotním postižením, chce žít ve společnosti nejbližších osob, vést normální rodinný život a sám se rozhodovat (6).

### *1.1.1 Funkce rodiny*

Rodina zajišťuje mnoho činností – zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní návyky svých členů, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje (28). Mezi základní funkce rodiny v tomto smyslu patří funkce reprodukční, socializační, sociálně-ekonomická a regenerační. Někdy se hovoří rovněž o funkci tvorby lidského kapitálu ve smyslu přípravy dítěte na plnohodnotný život člověka ve společnosti (46).

Biologickoreprodukční funkce rodiny má význam jak pro společnost, tak i pro jednotlivce, kteří rodinu tvoří. Má-li společnost zabezpečit perspektivy svého rozvoje, potřebuje stabilní reprodukční základnu, proto stát zasahuje do oblasti péče o rodinu celou řadou sociálních opatření (28).

Sociálně-ekonomická funkce rodiny obsahuje řadu aspektů. Přerozdělování v rámci rodiny má významný sociální charakter – zdroje a výdaje mají odlišný charakter; rodina se zde chová jako autonomní systém s výraznými prvky solidarity (28).

Socializačně-výchovná funkce rodiny, kdy dnes vedle sebe žijí tři generace, a vzrůstá i dosah socializačního působení dětí a mládeže na rodiče i prarodiče v užší i širší rodině (27).

Ochranná funkce (zaopatřovací, pečovatelská) spočívá v zajišťování životních potřeb (biologických, hygienických, zdravotních) nejen dětí, ale všech členů rodiny (27).

Rekreace, relaxace, zábava – jak rodina plní tuto funkci je zřejmé na tom, do jaké míry tráví všichni členové rodiny pohromadě svůj volný čas, dovolené, jakým se věnují zájmovým činnostem (27).

Emocionální funkce rodiny, kdy rodina je jako jediná instituce, která dokáže vytvořit potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí a jistoty. Od 90. let minulého století lze u nás v důsledku všech změn pozorovat, že přibývá rodin, které tuto funkci plní jen s velkými obtížemi a to z důvodu rozvodů, dezintegrace, zaneprázdněnosti (27).

### ***1.1.2 Rodinná péče***

Osoby vstupují do určitých vztahů a vazeb, stávají se na sobě vzájemně závislými a vytvářejí určitá užší či širší společenství (rodina, hospodářská a zájmová charitativní sdružení, kongregace, obce), což znamená, že osoby mají vůči sobě i vzájemnou odpovědnost, že k sobě budou vzájemně solidární a že v těchto společenstvích nastoupí akt vzájemné pomoci (9).

Péče je přirozeným stavem lidské existence a je často spojována s lidskou potřebou být někým ochraňován, někoho ochraňovat, a nebo s potřebou lásky. Pečování

je etickým závazkem, který představuje specifickou povinnost, kterou lidé mezi sebou uskutečňují (29). V případě nemoci či nesnází některého člena je rodina schopna mobilizovat svoje síly a rezervy a poskytnout potřebnou pomoc a oporu, pocit bezpečí a náležité zázemí (32).

Není pochyb o tom, že člověku je nelépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. Tradiční rodinné formy péče o staré občany však doznaly výrazných změn. Důvody jsou četné, dominuje však proměna moderní rodiny (11). Jak ukázaly zkušenosti a poznatky z minulosti, je za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jedna z nejdůležitějších součástí jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávání pomoci (16).

Nosnou myšlenkou rodinné péče je spoluzodpovědnost dospělých dětí za životní podmínky stárnoucích rodičů, využití potenciálů rodinných příslušníků a současně i důraz na uspokojování širších vztahových a interakčních potřeb osob odkázaných na péči druhých (10).

### ***1.1.3 Lidské potřeby***

Potřeby se v procesu lidského života tvoří, mění, vznikají a zanikají. Těsně souvisí s motivací (57). Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí, a zároveň pobízí každého k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání (16). Lidské potřeby jsou podle Maslowa organizovány v hierarchickém systému dle své naléhavosti. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami, což znamená, že teprve, je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce (57).

*Fyziologické potřeby* vyjadřují potřeby organismu, slouží k přežití. V situaci, kdy jsou tyto potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka (57). Tyto potřeby jsou velmi důležité, a proto k jejich uspokojení je třeba nejvíc času, aby bylo možné postoupit k dalším stupňům potřeb. Jedná se o potřeby:

výživu (jídlo a pití), vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, chůze, hygiena, zdraví, tišení bolestí, fyzické kontakty (41).

*Potřeba jistoty a bezpečí* vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty (57). Potřeby bezpečí můžeme rozdělit na potřebu ekonomického zabezpečení, která u člověka při nedostatku peněz na živobytí vyvolává úzkost a strach z budoucnosti, na potřebu fyzického bezpečí, kdy osobám, kteří se hůře pohybují a mají obavy z pádu, mohou pocit bezpečí zesílit kompenzační pomůcky a na potřeby psychického bezpečí, které posilují pocit jistoty prostřednictvím pevného denního harmonogramu (41).

*Potřeba lásky a sounáležitosti*, je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován, být členem nějaké skupiny, třeba i rodiny. Projevuje se v situacích osamocení a opuštění. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině je zneklidňující a je obtížné se s ním vyrovnat (41, 57).

*Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty* vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých, ale i touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty (57).

*Potřeba seberealizace, sebeaktualizace* vystupuje jako možnost realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Každý musí sám u sebe nacházet uspokojení z práce a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře. Dávat svému životu smysl je problémem každého v jakémkoli věku (41, 57).

Jednoznačně lze říci, že pro každého jsou důležitými potřebami bezpečí, kontrola, náklonnost a příslušenství ke společenství. Bezpečí se nevztahuje jen na bezpečí v objektivním smyslu, ale i na subjektivní pocit ochrany před hrozbou fyzickou i emocionální. Kontrola nad situací znamená, že se může vyjádřit ke způsobu, jakým je nakládáno s jeho věcmi, s jeho osobou, časem a prostorem. Náklonnost neznamena jen, aby byl milován, ale aby byl také vnímán jako milující. Příslušnost znamená, že je součástí kolektivu, má nějakou družinu, do které patří (64).

#### **1.1.4 Osoby se sníženou soběstačností**

Ideálem každého člověka je vést nezávislý život, mít kontrolu nad svým životem a být schopen se postarat o své běžné záležitosti (6).

Soběstačnost vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí, tzn. postarat se o sebe a svoji domácnost. Jestliže podmínky, ve kterých člověk žije, neodpovídají zdravotnímu stavu člověka a jeho funkčním možnostem, stává se člověk nesoběstačným a vyžaduje pomoc okolí, rodiny nebo společnosti. Soběstačnost se skládá z fyzické, psychické, sociální a hmotné složky (63).

Pichaud a Thareaouová (41) rozlišují pět stupňů soběstačnosti:

- člověk si může uspokojit své potřeby sám,
- člověk si nemůže uspokojit své fyziologické potřeby a vyžaduje zcela pomoc druhé osoby,
- člověk si může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby,
- člověk si může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden,
- člověk si už nemůže uspokojit své potřeby a ani není schopen se sám rozhodnout, co potřebuje.

Soběstačnost lze hodnotit indexem aktivit denního života jako je komunikace, pohyblivost, stabilita, vyměšování, příjem potravy, mytí, oblékání, vaření, nakupování, úklid, nakládání s penězi, užívání dopravních prostředků. Osobám s ohroženou nebo ztracenou soběstačností je věnována komplexní dlouhodobá péče (50).

Nejčastějšími faktory, které ovlivňují soběstačnost, jsou:

- chronické choroby a vady – onemocnění pohybového aparátu, smyslové poruchy, neurologická a psychická onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému,
- choroby se zvýšenými nároky na ošetření, na dodržování životosprávy, používání kompenzačních pomůcek,
- rizikové gerontologické faktory (vysoký věk, osamělost),
- špatné bytové podmínky – byt ve vyšší patře bez výtahu, bez telefonu, celková hygienická zanedbanost,
- ztížená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb,

- neexistence pomoci ze strany rodiny, která nemůže nebo nemá zájem ji poskytovat,
- časté hospitalizace (63).

### ***1.1.5 Pečující osoby***

Domácí péči lze označit jako neformální, protože nejsou do ní zahrnuti profesionální pečovatelé a prostředím výkonu péče je přímo domov, ať společný s pečujícími nebo oddělený. Pečující rodina se dostává do sociální situace, v níž se rozhoduje o pomoci seniorovi, který se o sebe nemůže postarat sám. Tato pomoc vyžaduje sociální soudržnost pečující rodiny, kdy jednotliví členové ji vykonávají na úkor vlastních priorit a společných potřeb fungování rodiny jako celku (18)

Rodinnou péči o seniora nejčastěji zajišťuje partner, partnerka nebo děti a jejich partneři. Osobní péči ve většině případů zabezpečují ženy, a to manželky, dcery nebo snachy. Tradičně to bývá manželka, která sama pečuje o svého nemohoucího manžela, méně často je to manžel, který sám pečuje o svou nesoběstačnou manželku. Pokud pečuje manžel, pomáhá mu většinou s péčí dcera nebo snacha, tyto jsou nejčastějšími poskytovatelkami péče vůbec (55).

V naší společnosti je pokládána péče o stárnoucí a nemohoucí rodiče za přirozenou a vrozenou činnost ženy, i když se jedná o vysoce náročnou činnost, která vyžaduje trénink a postupné učení se, jak se o nemohoucího postarat co nejlépe. Za druhé rozhoduje i finanční hledisko. Ten, kdo v rodině vydělává méně peněz, a většinou jsou to ženy, zůstává doma, aby se postaral o nemohoucí rodiče (48). Od mužů se očekává racionalita v rozhodování i v jednání, realistické a neemotivní řešení problémů, a proto se mohou jevit jako méně citliví a méně ohleduplní. Mohou mít k nejbližším lidem hluboký vztah, ale nedovedou jej dát najevo. Mužnost je spojena s očekáváním mnoha projevů, které mužům vyhovují, ale na druhé straně pro ně mohou být některé požadavky i nepříjemné či zatěžující (58). Nejvíce jsou zastoupeny středoškolsky vzdělané ženy ve věku 46 - 60 let, více než polovina žen pečuje o osoby vyžadující soustavnou péči téměř 24 hodin (55). Ve vymezení ženskosti se mísí tradiční



charakteristiky s nově se rozvíjejícími rysy. Tradice preferuje ženskou ohleduplnost, ochotu ustoupit, podřídit se a přizpůsobit se společenskému očekávání i potřebám jiných lidí, i když v současné době ubývá žen, které by byly ochotné se podřizovat ve všem. Ženy jsou emotivnější, citově vřelejší, své emoce intenzivněji prožívají a dovedou je rovněž lépe vyjádřit a projevit navenek. Mají silnější potřebu milovat a být milovány a tudíž i větší schopnost empatie k pocitům jiných lidí, kdy hluboce prožívají problémy ostatních. Za samozřejmý je považován jejich pečovatelský vztah ke konkrétním lidem, k rodině i k sociální skupině, jejíž jsou součástí (58).

Zodpovědnost pečovatele se může jevit jako nesmírně náročná a svízelná, ale pečovatel ji přijme, osvojí si potřebné dovednosti a získá vládu nad situací (64).

#### ***1.1.6 Typy péče poskytované rodinnými příslušníky***

Člověk s viditelnou vadou nebo poruchou či jakýmkoliv zřejmým postižením či znevýhodněním je v lidské společnosti odlišným jedincem a může vzbuzovat strach a odpor, přináší nejistotu, tzn. leckdo neví, jak s postiženým komunikovat, jak mu porozumět, jak se k němu chovat (52).

Rodina při výkonu dobré péče o nesoběstačného člena musí splňovat předpoklad moci, chtít pečovat a umět pečovat. Za předpokladu, že člověk má fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční, technické podmínky a dále svou dobrou vůli, snaží se na základě dostatečných znalostí hledat možnosti a řešení, jak poskytovat pomoc. Tímto způsobem se rodině daří nejlépe uspokojit potřeby nesoběstačné osoby (20).

Dle intenzity poskytovatel pomoci zajišťuje tři typy péče, kterými jsou:

*Podpůrná péče* je důležitá, avšak méně náročná péče z hlediska času, fyzické a psychické zátěže. Zahrnuje spíše finanční podporu, zajištění potřeb v domácnosti, dopravu k lékaři nebo na úřad. Tato péče nevyžaduje společné bydlení ani mnoho času, protože je třeba ji zajišťovat pouze občas dle momentální potřeby. Neměla by zde chybět ani emocionální podpora (3, 18).

*Neosobní péče* je péče o domácnost, která vyžaduje nejčastěji uvařit, uklidit nebo vyprat. Je poskytována pravidelně a je časově náročnější. Pokud vyžaduje cykličnost, tato péče se tedy nedá odkládat, je pro pečovanou osobu obtížně postradatelná.

Obsahuje složku materiální i emocionální. Potřeba poskytování neosobní péče může být plně zajištěna i někým mimo rodinu, např. pečovatelskou službou či sousedskou výpomocí (18).

*Osobní péče* je nejnáročnější péče, která vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby a zahrnuje provádění osobní hygieny, včetně toalety, podávání jídla a léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě. Tato péče v sobě zahrnuje i aktivity stanovené při poskytování podpůrné a neosobní péče. Je prováděna denně, opakovaně, prakticky pořád, a senior je na ni plně odkázán. Tento typ péče je z hlediska časových nároků charakterizován jako péče 24 hodin denně. Variantami pro poskytování péče v tomto stupni je rodinná péče, tedy neformální péče zajišťovaná doma příslušníky rodiny, anebo institucionální péče. Osobní péče vyžaduje od pečující osoby pravidelnost, vytrvalost, obětavost a značnou zodpovědnost, což je patrně její nejvíc zatěžující aspekt. Neodmyslitelnou součástí péče je i její emocionální obsah (3, 18).

Rodina na rozdíl od institucionální péče pečuje tolik, kolik je potřeba. Jedná se o péči z lásky, a proto jí tato charakteristika činí nenahraditelnou (19). Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají velmi dobře, i když je situace vyčerpávající. Někteří naopak mohou být až příliš horliví, čímž se stává, že omezují nezávislost a autonomii svých příbuzných (18). Jiní se zas i přes ochotu poskytovat osobní péči, mohou z obavy z nezávládnutí, rozhodnout se pro poskytování potřebné péče prostřednictvím instituce (4).

### ***1.1.7 Negativní důsledky rodinné péče***

Ačkoliv role pečovatele přináší i pozitivní aspekty, mezi které patří například uspokojení z vlastní práce, naplnění smyslu pro povinnost, vzájemnost a vzájemná náklonnost a možnost zůstat spolu, je věnována daleko větší pozornost zátěži pečovatelů. Je známo, že zátěž spojená s péčí o blízkou osobu je komplexní se sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí (55).

Zátěž pečovatele může způsobit dlouhodobá péče, která je velmi náročná fyzicky i psychicky. K tomu může přistupovat i nedostatečná společenská podpora, charakter a stupeň nesoběstačnosti. Určitou roli hraje i způsob bydlení – zda ve městě či na vesnici, s rodinou nebo osaměle a vzdálenost blízkých. Zanedbatelná není ani dosažitelnost širšího spektra zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných skupin a sdružení. Významnou roli představují i různé finanční možnosti (63). Zátěž je výraznější při nespolupráci a pasivitě pečováné osoby, kdy denní činnost je třeba vykonávat proti odporu až agresivně postižené osoby, a také při její nepohyblivosti, těžké až nemožné komunikaci, agresivitě a vztahovačnosti (55).

Dlouhodobá péče o staré osoby v rodině přináší negativní důsledky na pečujícího člena rodiny. Nejčastěji se jedná o zdravotní problémy způsobené tam, kde ženy obětavě pečují o svého blízkého často dlouhé měsíce a roky bez vystřídání a bez jediné chvílky volna nebo dokonce dovolené. Péče o staré lidi znamená pro ženy neúměrnou fyzickou námahu způsobenou častým zvedáním, obracením, přenášením, ale i psychické vypětí, způsobené dlouhodobým stresem. Důležitým společenským aspektem je skutečnost, že tyto ženy bývají ponechány rodinami svých blízkých, svými sousedy, komunitou, okolní společností často dlouhé měsíce bez pomoci a významnějšího společenského kontaktu. Jsou vyřazeny ze světa svou pečovatelskou rolí, někdy i opomíjeny svými širšími rodinami, a nevědí kam se obrátit o pomoc v momentě rozhodování, kdy samy bez pomoci nevládají péči (18).

Je třeba si uvědomit, že na péči o dospělého nemohoucího člověka rodinného pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly a chybí i potřebný grif, potřebné informace, pomůcky (4).

V souvislosti s dlouhodobou péčí o nesoběstačného člena rodiny rozlišujeme pět základních zátěží.

*Tělesná zátěž* - péče o domov a domácnost, např. úklid, praní prádla, nákupy a příprava jídla, vyžadující značnou energii a může být vyčerpávající, zejména když se pečovatel stará ještě o vlastní domácnost. Rovněž péče při kontrole medikace a udržování hygieny může být zatěžující, zejména v situacích, kdy senior již není zcela

při smyslech. Zvedání a přemisťování osob s omezenou pohyblivostí může vyústit i v poranění jak pečovatele, tak příjemce péče.

*Finanční zátěž* - pokud jde o služby, které členové rodiny sami nemohou poskytovat (lékařské, farmaceutické, rehabilitační atd.), je nutné rozhodnout, kde bude služba zajištěna, jakým způsobem bude hrazena, a zda finanční výlohy dopadnou i na pečující osoby.

*Zátěž plynoucí z okolního prostředí* - je nutné zvolit vhodné místo pobytu příjemce péče. Jestliže se rozhodne zůstat ve svém domově, je nezbytné instalovat pomůcky, např. zábradlí a rampy. Jestliže příjemce péče nemůže zůstat ve svém domově, je nutné hledat alternativní řešení.

*Sociální zátěž* - poskytování osobní péče až 24 hodin denně může vyvolat sociální zátěž tím, že pečovatel je izolován od rodiny, přátel a společenského života. Pečovatel se proto může cítit příliš unavený a tedy neschopný mít "večerní volno" alespoň jednou týdně, nebo jednou měsíčně. Výsledkem může být vztek a odpor k příjemci péče.

*Citová zátěž* - všechny typy zátěže často vyústí v ohromnou citovou zátěž. Z uvedených zdrojů zátěže vyplývá pro pečovatele nemožnost svobodně hospodařit s vlastním časem, dále vyrovnat se s velkou zodpovědností. To vše může být pečovatelem vnímáno jako zvýšená závislost na příjemci péče, což zpětně ovlivňuje jeho citový vztah k němu. U členů rodiny, kteří poskytují pečovatelskou službu, mohou různé formy zátěže vyvolat řadu nepříjemných pocitů. Výsledkem může být hněv, odpor a znechucení z trvalé odpovědnosti, až pocit izolace a ztráty duševní rovnováhy zesílí natolik, že se objeví úzkost či pocity bezmoci a bezvýchodnosti (55).

Psychická i finanční zátěž pečujících rodin vzrůstá s reálnými nároky péče, které se liší podle potřeb seniorů. Významná je i skutečnost, že s rostoucími nároky péče vzrůstá průměrný počet hodin péče na pečující osobu, a proto samostatně pečující osoba pociťuje psychickou zátěž ve větší míře (19). Významnou roli mnohdy sehrává i blízké okolí, tj. přátelé, širší rodiny, sousedé a prostředí místní komunity - rozdíly mezi městem a venkovem. Při nezdárném překonávání překážky a komplikace rodiny spojené s handicapem některého ze svých členů, bývají členové rodiny silně ohroženi sociální izolací (52).

## 1.2 Sociální služby

Sociální služby představují činnosti napomáhající osobám řešit nepříznivou sociální situaci, do které se dostaly z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných vážných důvodů (26). Jsou zaměřeny především na ochranu tzv. zranitelných skupin obyvatel, k nimž kromě osob s těžkým zdravotním postižením patří i senioři, drogově závislí, či etnické minority (61). Tyto služby nejsou významné vzhledem k tomu, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, a bylo by znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (23). Proto existuje síť služeb, které jsou založeny na poskytování v rámci vlastního přirozeného prostředí, a které umožňují, aby lidé získali svou nezávislost a mohli znovu zaujmout místo ve své komunitě (5).

Sociální služba (anglicky social service) je používána jako:

- *forma sociální péče* poskytované konáním (službou) státní (obecní) instituce ve prospěch jiné osoby,
- *činnosti (výkony) ve prospěch občanů* poskytované soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce,
- *sociální práce* (odborná činnost profesionálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi (54).

### 1.2.1 Sociální služby před rokem 2007

U člověka, jako společenské bytosti, dochází k procesu humanizace, socializace a personalizace. Stejně procesy probíhají u člověka s postižením. V takovém případě záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom jak je společností přijímán (15).

Zákonná právní úprava do roku 1988 znala jen ústavní sociální péči, seniorům a občanům těžce poškozeným na zdraví umožnila účast na společném stravování, poskytování pečovatelské služby a pomůcek k odstranění, zmírnění nebo překonání následků jejich poškození, popřípadě peněžitých příspěvků na jejich opatření. Rodinní příslušníci, kteří pečovali o své blízké osoby nebo jiné osoby, začaly být finančně podporovány až na základě zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Na tuto dávku vznikl nárok osobě, jež osobně, celodenně a řádně pečovala o osobu, která byla převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a částečně bezmocná (21). Jednalo se o péči, která byla poskytována v domácím prostředí zdravotně postiženým dětem, starým rodičům či prarodičům nebo cizím občanům. V té době se pečující vzdával svého pracovního místa, zůstával doma, aby o někoho z nich pečoval (1).

Po roce 1989 došlo v České republice k významným změnám, kdy ekonomika se musí přizpůsobit podmínkám trhu, ale musí se postupně přizpůsobovat i sociální systém (54).

Poskytovateli sociálních služeb se stávají kromě státu, měst, obcí a okresních úřadů i církve, občanská sdružení i fyzické osoby. Vytváří se dobrovolné a dobročinné organizace, dochází k oživení činnosti církví v sociální oblasti. Sociální služby se neobyčejně rozšířily od zajištění základních životních potřeb po specializované odborné služby pro malé skupiny zdravotně postižených (23).

I přes právní úpravu byl v průběhu devadesátých let kladen více důraz na celodenní ústavní péči. Celý systém sociální péče byl pojat tak, že občan čekal na to, co mu bude poskytnuto, a nebyl motivován k tomu, aby se rozhodoval a vyvíjel vlastní aktivitu (21).

### ***1.2.2 Sociální služby v národních dokumentech***

S rostoucím počtem neziskových organizací, které se snažily vedle zákonem stanovených služeb rozšiřovat i další typy služeb, které by napomáhaly zlepšení kvality života seniorů a osobám se zdravotním postižením, vyvstala potřeba sociální reformy.

Jak uvádí dokument *Bílá kniha v sociálních službách* (5), mají být moderní sociální služby efektivní a v maximálně možné míře plnit svou roli. Systém by měl vyhovovat lidem, a proto do jeho tvorby by měly být zohledněny základní principy:

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli jejich závislost,
- začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení,
- respektování potřeb – služba určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neboť neexistuje model, který vyhovuje všem,
- partnerství – pracovat společně, ne odděleně,
- kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
- rovnost bez diskriminace,
- standardy národní, rozhodování v místě.

Jak již bylo dříve uvedeno, potřeby jednotlivců se liší, liší se i potřeby jednotlivých společenství. Obce, v nichž lidé žijí, mají svůj vlastní charakter, schopnosti, preference a zdroje, což znamená, že musí existovat taková nabídka sociálních služeb, která by uspokojila tyto rozdílné potřeby. Prostřednictvím komunitního plánování, které je tvořeno pro komunitu samotnou komunitou, lze dosáhnout, aby nabídka sociálních služeb byla rozmanitá (5).

S problematikou péče byl spojen *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* v ČR, jehož cílem v této oblasti byla podpora přirozeného sociálního prostředí seniorů se zaměřením na poradenství seniorům i pečujícím rodinám, na podporu podmínek péče v rodině, na podporu vzniku programů pro seniory, posílení úlohy jedince, rodiny, komunity v procesu stárnutí. Sociální systém by měl reflektovat různost sociální situace seniorů a minimalizovat riziko sociálního vyloučení a trvalého umístění seniora do instituce (36).

Na uvedený program navazuje *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, který se zaměřuje na kvalitu života ve stáří, rovněž je věnován rodinám a rodinným příslušníkům, kteří poskytují péči seniorům. Rodinná péče přináší značnou zátěž ve způsobu života jedince i rodiny, a proto by rodině měla být poskytována potřebná pomoc a podpora. Péče poskytovaná rodinou svým blízkým by měla být ceněna a uznávána a nemělo by docházet ke snížení životní úrovně pečovateli.

Péče o pečovatele a jejich potřeby má významný vliv na kvalitu péče, kterou poskytují druhým (37).

Vyspělé státy, mezi které patří i Česká republika, vytvářejí též systémy pro snížení důsledků zdravotního postižení. Jak uvádí *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na léta 2010 – 2014* (39), je třeba se zaměřit při poskytování sociálních služeb na pomoc zdravotně postiženým občanům, kteří nejsou schopni samostatně zvládat jednotlivé dovednosti po absolvování základní a rehabilitační léčby. Podstatné u poskytování služeb je, že zdravotně postižený občan nebo jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda bude svou situaci řešit osobní asistencí, pečovatelskou službou, domácí péčí, respitní péčí, službami chráněného bydlení nebo jejich kombinacemi nebo zda dá přednost pobytu v domově sociální péče.

I přes splnění jednotlivých úkolů a opatření Národních plánů, nebylo v České republice dosaženo takového stupně vyrovnání příležitostí, včetně odstranění diskriminačních překážek u občanů se zdravotním postižením, a proto *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009* podporuje setrvání občana se zdravotním postižením ve vlastní domácnosti a umožnit mu vést samostatný život a zároveň spolurozhodovat o rozsahu a formě poskytované péče. K naplnění cílů bude nezbytné podporovat dosavadní modely podpory i systémy dávek a služeb, ale také rozvíjet nové. Jedná se zejména o služby odlehčovacího charakteru, které jsou charakteristické svou variabilitou, snadnou dostupností a schopností vyhovět individuálním potřebám osoby zdravotně postižené. Prostřednictvím dotačního řízení podporovat takové sociální služby pro občany se zdravotním postižením, které by jim umožnily setrvat v domácím prostředí, aby se tak předešlo umístování v ústavech sociální péče (38).



### **1.3 Zákon o sociálních službách**

Od 1. ledna 2007 nabyl účinnosti dlouho očekávaný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách (26).

Tento právní předpis vytváří právní rámec pro vztahy mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci (43). Sociální služba představuje činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení, upravuje podmínky nároku příspěvku na péči a podmínky k poskytování sociálních služeb (62).

Zákon o sociálních službách umožňuje, aby každá osoba měla nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství týkající se řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení (26).

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začlenění. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (§ 2 odst. 2 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

#### ***1.3.1 Příspěvek na péči***

Zákon o sociálních službách sloučil dříve vyplácené příspěvky – zvýšení důchodu pro bezmocnost, které pobírali zdravotně postižení senioři a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, poskytovaný pečujícími osobám o bezmocnou osobu nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené. Od 1. 1. 2007 náleží příspěvek osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, aby prostřednictvím této dávky si podle vlastního uvážení zajistili potřebnou pomoc, a to

buď v rámci rodiny nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, nebo prostřednictvím jiné fyzické či právnické osoby (26).

Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti (42). Žadatel o příspěvek musí ohlásit obecnímu úřadu s rozšířenou působností, kdo mu poskytuje pomoc. Péči může poskytovat *osoba blízká* – příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner /na základě uzavřeného registrovaného partnerství/, jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se považují za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou by utrpěla jedna z nich, druhá osoby by ji považovala jako újmu vlastní /druh, družka, teta, neteř, opatrovník, pěstoun/, *jiná fyzická osoba než blízká*, pokud tuto činnost nevykonává jako podnikatel /sousedská výpomoc/, dále *poskytovatel sociálních služeb*, kdy se jedná o právnickou a nebo fyzickou osobu, zapsanou v registru poskytovatelů sociálních služeb a *speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu* (26).

Podle § 9 zákona o sociálních službách a prováděcí vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. (viz příloha č. 1) se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Jedná se o 18 úkonů, které hodnotí schopnost zvládat péči o vlastní osobu /úkony, které se každodenně opakují/, a dalších 18 úkonů, které hodnotí schopnost soběstačnosti, /úkony k sociálnímu začlenění/. Při hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se u osob do 18 let věku nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu u úkonů, které tyto osoby nejsou schopny bez pomoci zvládnout z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stavu vývoje tělesných, smyslových a duševních funkcí a praktických dovedností, nutných pro péči o vlastní osobu a soběstačnost (26).

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti sčítají. I když je osoba schopna zvládnout některý

z úkonů jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout. Neschopnost zvládat úkon může být zjištěna v oblasti psychické (rozpoznání potřeby úkonu), v oblasti fyzické (úkon provést) nebo v oblasti smyslové (ověřit správnost provedení úkonu), a proto lze říci, že neschopnost je takový stav, kdy posuzovaná osoba není schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu nebo úkon fyzicky provádět, případně provádět kontrolu správnosti provádění úkonu, a proto potřebuje pomoc nebo dohled jiné fyzické osoby (45).

Výše příspěvku na péči je závislá na stanoveném stupni závislosti u nesoběstačné osoby, která potřebuje každodenní pomoc a dohled na základě vymezených počtů úkonů pro jednotlivé stupně (viz tab. 1).

**Tabulka 1: Výše příspěvku na péči (měsíčně v Kč) v závislosti na počtu úkonů**

Stupeň závislosti	Osoba mladší 18 let		Osoba starší 18 let	
	Počet úkonů (více než)	Příspěvek (měsíčně) [Kč]	Počet úkonů (více než)	Příspěvek (měsíčně) [Kč]
I. – lehká závislost	4	3.000	12	2.000
II. – středně těžká závislost	10	5.000	18	4.000
III. – těžká závislost	15	9.000	24	8.000
IV. – plná závislost	20	12.000	30	12.000

*Zdroj: (62)*

Náklady na příspěvek na péči se hradí ze státního rozpočtu a příspěvek je vyplácen prostřednictvím obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Příspěvek na péči je vyplácen měsíčně, ale v případě, že oprávněné osobě je po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, pokud se nejedná o sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, je výplata příspěvku zastavena. Výjimkou je případ, kdy s oprávněnou osobou je do ústavní péče přijata jako průvodce fyzická osoba, která byla uvedena v žádosti o příspěvek jako osoba poskytující pomoc. Podmínka celého kalendářního

měsíce není splněna, pokud k přijetí do zdravotnického zařízení došlo první den v kalendářním měsíci nebo k propuštění z tohoto zařízení došlo poslední den v kalendářním měsíci, ve kterém byla oprávněná osoba do zdravotnického zařízení přijata. Výplata příspěvku se obnoví od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém oprávněná osoba ukončila tento pobyt (62).

Příspěvek lze použít pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory oprávněné osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy poskytován jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby a samozřejmě také na výdaje, které vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby (26). Pečující osoba se v případě nevyplácení příspěvku v době dlouhodobější hospitalizace může dostat do závažných ekonomických potíží, zejména v případě úplné „závislosti“ pečovatele na vypláceném příspěvku (10).

### **1.3.2 Rozdělení sociálních služeb**

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc osobám v nepříznivých životních situacích a zohledňovány jejich specifické potřeby (49).

V zákoně jsou sociální služby rozděleny podle forem, z hlediska cíle a zaměření sociálních služeb. Podle místa jejich poskytování členíme služby na tři formy:

- *pobytové* – poskytování služeb spojených s ubytováním v zařízení sociálních služeb,
- *ambulantní* – oprávněná osoba dochází, a nebo je dopravována za poskytovanou službou do zařízení sociálních služeb, kde není ubytování,
- *terénní* – sociální služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí osob, v domácnostech (26).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (62).

Zákon o sociálních službách rovněž definuje následující tři základní typy služeb.

*Sociální poradenství* je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit bezplatně. Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Cílem základního sociálního poradenství by mělo být, informovat uživatele o existujících typech sociálních služeb, které zákon nabízí (14).

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek (26).

*Služby sociální péče* (viz příloha č. 2) napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (14).

*Služby sociální prevence* (viz příloha č. 3) napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a jejich cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (42).

## **1.4 Integrovaná komunitní péče**

V praxi se postupně prosazuje a uplatňuje model komunitní péče, jehož cílem je umožnit seniorovi žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický (4). Komunitní péče je forma péče poskytovaná lidem v jejich přirozeném prostředí. Hlavní formou je neformální péče, což je péče poskytovaná příbuznými a přáteli (30). Rodiny jsou základním aktérem spolupráce celého týmu komunitní péče, který je tvořen postiženými, rodinnými pečovateli, komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky, popřípadě dobrovolníky (17).

Všechny vyspělé země si uvědomují, že senioři se častěji potýkají s akutními a chronickými zdravotními, fyziologickými a sociálními problémy. K uspokojení jejich komplexních potřeb v dlouhodobé péči je třeba vytvořit integrovanou síť zdravotních a sociálních služeb. Proces integrace v rámci poskytování služeb je zvláště důležitý. Umožňuje v rámci plnění potřeb seniorů využít: zdravotní a sociální péči, formální a neformální péči, domácí péči nebo ústavní, ústavní nebo ambulantní (8).

Jako integrovaná forma péče a pomoci je komplexní domácí péče poskytovaná uživateli v jeho vlastním sociálním prostředí a jeho rodině, jejímž cílem je humánní, kvalitní a efektivní péče v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu se začleněním rodinných příslušníků do multidisciplinárního týmu poskytujícího indikovanou péči a vzájemnou aktivní pomoc (30). Integrovaná péče je poskytována adresně a individuálně potřebným klientům na základě předchozí indikace, a to formou sociálních služeb (24).

### ***1.4.1 Integrovaná péče pro rodiny pečující o nesoběstačnou osobu***

Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má vliv na zkvalitnění péče o seniory (16).

Služba poskytovaná celých 24 hodin je pro jednoho pečujícího“ likvidační“, a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele (56).

Ze systému sociálních služeb lze využívat následující péči a pomoc.

*Osobní asistence* je terénní služba určená zejména lidem se zdravotním postižením a seniorům. Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života společnosti. Je poskytována na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném rozsahu, nikoli výčtem úkonů (34)

*Pečovatelská služba* je převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti. Služba je určena zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi, kdy ji můžeme považovat za nejrozšířenější. Nejčastěji poskytovanými úkony je donáška oběda, příprava jídla, donáška nákupu, úklid, praní prádla, koupel, pomoc při osobní hygieně, pomoc při oblékání, doprovod, průvodcovská služba pro nevidící, tlumočnická služba pro neslyšící. Výjimečně je poskytován dohled nad dospělým občanem od 6 do 22 hodin a noční služba (32).

*Tísňová péče* je nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Za pomoci této komunikace je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu (34).

*Průvodcovské a předčitatelské služby* jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat či se orientovat v prostoru. Jedná se zejména o osoby se smyslovým postižením. Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí (34).

*Odlehčovací služby* (respitní) představují služby, kdy se jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl, umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb (34).

*Centra denních služeb* poskytují ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní péčí, s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností a využití volného času (34).

*Denní stacionáře* jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče



s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (34).

*Týdenní stacionáře* jsou pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (51).

*Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče* jsou pobytové služby na přechodnou dobu poskytované osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a to do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou, nebo jiným poskytovatelem sociálních služeb (51).

*Raná péče* je terénní, popřípadě ambulantní služba, orientovaná na podporu rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytovaná dítěti do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace (43).

*Sociálně aktivizační služby* jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženi sociálním vyloučením (43).

*Sociálně terapeutické dílny* jsou to ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na trhu práce a jejich účelem je aktivizace, upevnění a rozvoj pracovních dovedností a návyků (51).

*Sociální poradenství* je realizováno prostřednictvím poskytovaných rad, informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech jedinci k řešení nepříznivé sociální situace týkající se jak jeho samotného, tak i nejbližších příbuzných. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na poskytování informací jednotlivým cílovým skupinám, včetně nejvíce využívané služby poskytování kompenzačních pomůcek (34).

Jestliže senior potřebuje zabezpečit kromě služeb sociálních i služby zdravotnického charakteru, jsou ošetrovatelské úkony za součinnosti lékařů zabezpečovány:

*Komplexní domácí péči – home care*, která je otevřeným systémem individuální péče a ve které jsou integrovány jak zdravotní, sociální, tak i laické formy péče. Je poskytována v domácím prostředí, je individuální a adresná na základě objektivní anamnézy. Cílem péče je zachování nebo zlepšení soběstačnosti, zmírnění příznaků onemocnění a oddálení hospitalizace (13).

## **1.5 Komunitní plánování**

Komunitní plánování podporuje kvalitu života v oblasti ekonomické, sociální a ekologické na místní úrovni. Jedná se o proces, který pokrývá dlouhodobé potřeby a zároveň plní krátkodobé cíle (47). Cílem komunitního plánování sociálních služeb je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb, které vycházejí ze zjištěných potřeb uživatelů a specifík místní komunity. Současně má být posilována sociální soudržnost komunity a podporováno sociální začleňování jednotlivců i skupin (40).

Společenství lidí, které žije na jednom místě a vytváří vazby mezi sebou a vazby s místem, kde žije, lze jej označit výrazem komunita (32). Zájmy, potřeby a nároky určité komunity jsou uspokojovány ve spolupráci s jejími dalšími příslušníky. Lidé se informují o možných zdrojích pro naplnění svých potřeb a společně hledají kompromisní řešení, která by alespoň částečně vyhovovala všem (31).

Komunitní plánování je postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji. Základním zdrojem jsou existující organizace, které poskytují služby. Dalším zdrojem jsou veřejné peníze, které se na služby vynakládají. Zdrojem jsou též občané, kteří jsou ochotní a schopni přispět svou prací nebo kapitálem (32). Komunitní plánování je proces, který spojuje místní samosprávu, agentury a soukromý a neziskový sektor do partnerství, ve kterém společně plánují rozvoj služeb potřebných ke zlepšení života na místní úrovni. Služby jsou na tomto základu rozvíjeny s větší součinností a jsou propojenější (47).

Komunitní plánování vychází z jednoho základního principu: rozhodnutí, která ovlivňují určitou lokalitu a životy lidí, kteří v ní žijí, je nejlépe činit právě v této lokalitě (40).

### ***1.5.1 Spolupráce subjektů komunitního plánování***

Podstatným rysem komunitního plánování je zapojení a úzká spolupráce tří hlavních skupin aktérů – tzv. triády (2). Spolupráce při vytváření plánu a vyjednávání o budoucí podobě služeb je závislá na zadavateli (obec, kraj), na poskytovateli sociálních služeb (organizace, které v dané oblasti pracují) a na uživateli služeb (klientech). Jedná

se o vztah partnerský, kde mají všechny tři strany zajištěny stejná práva a povinnosti (31).

Zadavatelé nedisponují osobními zkušenostmi se službami, ale předpokládá se, že mají ucelenější přehled o různých problémech existujících v daném regionu a se situací uživatelů a poskytovatelů se mohou důkladněji seznámit prostřednictvím kontaktu s nimi.

Poskytovatelé sociálních služeb často disponují dobrou znalostí situace vlastních klientů i situace cílové skupiny obecně, i když většinou pouze se specifickými potřebami.

Uživatel určité sociální služby formuluje své vlastní potřeby tak, jak je on pocítuje a zprostředkovává tak dalším aktérům konkrétní zkušenosti. Názor klienta určité sociální služby se může odlišovat od toho, jak na svoji situaci nahlízejí osoby v podobné situaci, které ovšem nejsou klienty dané služby, i od názorů klientů jiných typů služeb (2).

Jestliže se podaří subjektům dosáhnout jejich dobré spolupráce, je předpoklad, že výsledný plán bude reagovat na aktuální sociální problémy komunity a bude realisticky navrhovat kroky k jejich řešení (32).

### ***1.5.2 Krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje***

Zákon o sociálních službách stanovuje, že kraj jednak zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území a zároveň stanovuje kraji povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány služby (2). Pokud kraje nebudou vědět o existujících potřebách a možnostech jejich uspokojení ze strany obcí, krajské plány mohou vznikat na základě neúplných informací, a v důsledku toho může být omezen jejich přínos pro všechny obyvatele kraje, kterých se služby dotýkají (59).

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje byl zpracován na období 2008 až 2010 a je průběžně monitorován a naplňován.

Plán je zaměřen na situaci šesti cílových skupin: dětí a mládeže (rizikové a ohrožené skupiny dětí a mládeže), seniorů, osob se zdravotním postižením, osob

v akutně nepříznivé sociální situaci, příslušníků národnostních i jiných menšin, uprchlíků, cizinců a osob ohrožených drogami nebo na drogách závislími (53).

Hlavní priority Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje:

1. Zajištění ekonomické stabilizace sítě poskytovatelů sociálních služeb v Jihočeském kraji - opatření: udržení procesu plánování na úrovni kraje, podpora služeb z rozpočtu Jihočeského kraje, podpora služeb z rozpočtu ČR /MPSV.
2. Podpora vzniku a rozvoje potřebných terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb v Jihočeském kraji - opatření: udržení procesu plánování na úrovni kraje, podpora služeb z rozpočtu Jihočeského kraje, podpora služeb z rozpočtu ČR/MPSV.
3. Zlepšení informovanosti zadavatelů, poskytovatelů, uživatelů a veřejnosti v oblasti sociálních služeb v Jihočeském kraji – opatření: informovanost.
4. Podpora plánování sociálních služeb na krajské i místní úrovni (na území Jihočeského kraje) – opatření: udržení procesu plánování na úrovni kraje, podpora plánování sociálních služeb
5. Podpora procesů, změn a služeb, které umožní osobám využívajících sociální služby v maximální možné míře zapojení do běžného života – opatření: podpora kvality služeb
6. Podpora provázanosti zdravotní péče a sociálních služeb na regionální úrovni – opatření: udržení procesu plánování na úrovni kraje.

Současná situace je taková, že zadavatelé a poskytovatelé sociálních služeb mají zájem na zefektivnění služeb, ale uživatelé služeb nejsou vždy schopni dostatečně participovat na úhradě nákladů za sociální služby. K 31. 5. 2009 bylo registrováno Krajským úřadem v Českých Budějovicích 126 poskytovatelů sociálních služeb a 288 sociálních služeb. Informace o poskytovatelích lze získat z Registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (53).

Prostřednictvím plánování sociálních služeb je možné více přemýšlet o reálných možnostech uspokojení všech přání a názorů a o tom, jak je co nejefektivněji naplnit po finanční stránce. Vzniká tak prostor pro hledání pravidel, jak sociální služby

financovat, které okolnosti brát v úvahu, které ukazatele vypovídající o jednotlivých druzích sociálních služeb srovnávat (40).

### ***1.5.3 Komunitní plán sociálních služeb Písek***

Zákonné normy neupravují nárok občanů na sociální péči, ani nejsou stanoveny nárokové formy financování sociálních služeb, ale přesto existuje systém ústavních i terénních sociálních služeb s velkými místními i regionálními rozdíly (12).

Smyslem komunitního plánování v regionu Písek je zajistit dostupnost a kvalitu sociální pomoci pro lidi v nepříznivé životní situaci a zároveň vynaložit finanční prostředky na udržení nebo zřízení služeb, které jsou pro občany regionu potřebné. Ve strategické části Komunitního plánu sociálních služeb Písek je uveden přehled hlavních priorit, který je rozdělen podle nejvýznamnějších měst v regionu, a to Písek a okolí, Protivínsko, Miroticko a Mirovicko.

Pro seniory a osoby se zdravotním postižením byly stanoveny různé priority. Například pro Písek a okolí - zajištění pečovatelské služby, dostupnost pobytových služeb, provázanost sociálních služeb se zdravotní péčí, poradenství a informovanost (nabídka služeb, dostupnost), další podpora seniorů (využití volného času), dostupnost služeb pro různé skupiny osob se zdravotním postižením, odstraňování architektonických bariér. Na Protivínsku se jedná o provázanost služeb, bydlení pro lidi s nízkými příjmy, podpora volnočasových aktivit, usnadnění pohybu po městě, na Miroticku o podporu a dostupnost informací o sociálních službách, hledání zdrojů na zajištění sociálních služeb, na Mirovicku je kladen důraz na terénní a pobytové služby, bydlení pro osoby v nepříznivé situaci, dostupnost poradenství a informací a využití volného času (22).

Přehled poskytovatelů (viz příloha č. 4) je každoročně aktualizován v Adresáři poskytovatelů sociálních služeb a dalších neziskových organizací Písecka, který vydává občanské sdružení INKANO Písek.

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavní cíl:

Zjistit, v jakých oblastech přispívá nynější koncepce sociálních služeb ČR k realizaci rodinné péče o osoby se sníženou soběstačností.

Dílčí cíl:

Zjistit, jak jsou naplňovány integrované formy podpory vůči rodinným pečovatelům pečující o osoby se sníženou soběstačností na území samosprávného obvodu Písek.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1:

Míra integrovaných forem podpory rodinných pečovatelů souvisí s rozvojem sociálních služeb v dané lokalitě.

Hypotéza 2:

Pokud se osoba se sníženou soběstačností ocitne v ústavní péči ve zdravotnickém zařízení, poskytují rodinní pečovatelé této osobě péči i ve zdravotnickém zařízení.

### 3 METODIKA

#### 3.1 Metodický postup

K ověření cílů ve své bakalářské práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum řeší takové problémy, které lze popsat v termínech vztahů mezi pozorovanými proměnnými. Konečným výsledkem je testování hypotéz (7). Hypotéza je podmíněný výrok o vztahu mezi jevy nebo jejich určitými stránkami (25).

V rámci metodického postupu výzkumu práce jsem použila dvě výzkumné metody, a to analýzu dokumentů a metodu dotazování. Z technik analýzy dokumentů jsem využila sekundární a obsahovou analýzu dat. Za dokument považujeme jakýkoliv písemný záznam lidské činnosti, který nevznikl za účelem našeho výzkumu (7). Předmětem analyzovaných dokumentů byl především zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro období 2008 – 2010, Komunitní plán sociálních služeb Písek na období 2008 – 2010, registr poskytovatelů sociálních služeb, a dále spisová dokumentace Městského úřadu Písek týkající se osob, které pobírají příspěvek na péči a pomoc poskytují rodinní pečovatelé. Z metody dotazování jsem zvolila techniku dotazníku. Podstata dotazování spočívá v tom, že předmětem analýzy se stávají písemné odpovědi na pevné a pro všechny dotazované stejně formulované otázky (60). Dotazník je standardizovaný soubor otázek za účelem získání hromadných informací od respondentů při zachování jejich anonymity (7).

Dotazník použitý k výzkumu obsahoval 29 otázek, z toho bylo 22 otázek uzavřených. Z předem formulovaných odpovědí si respondent vybírá odpověď. Nejužší uzavřenou otázkou jsou otázky dichotomické, tj. respondent si vybírá ze dvou variant (25). Pouze 4 otázky z uvedeného dotazníku nabízelo dvě alternativy odpovědi. V dotazníku bylo ještě použito 7 otázek polozavřených. Tento druh otázky představuje kombinaci uzavřené a otevřené otázky, kdy jedna z variant odpovědí je doplněná o možnost vlastního vyjádření (25). Srozumitelnost otázek byla ověřena pomocí předvýzkumu. Oslovila jsem 8 respondentů ze svého okolí, kteří pečují o své nesoběstačné rodiče, a předala jsem jim dotazníky k vyplnění. Všichni ochotně spolupracovali a shodli se na neúplnosti otázky 26, kterou jsem na základě jejich



připomínek doplnila o možnost výběru odpovědi i v případě, že nesoběstačná osoba dosud nebyla hospitalizována.

Výsledky šetření jsem pomocí programu Microsoft Excel uspořádala do tabulek a grafů. Data jsou uvedena v procentech nebo v absolutních číslech.

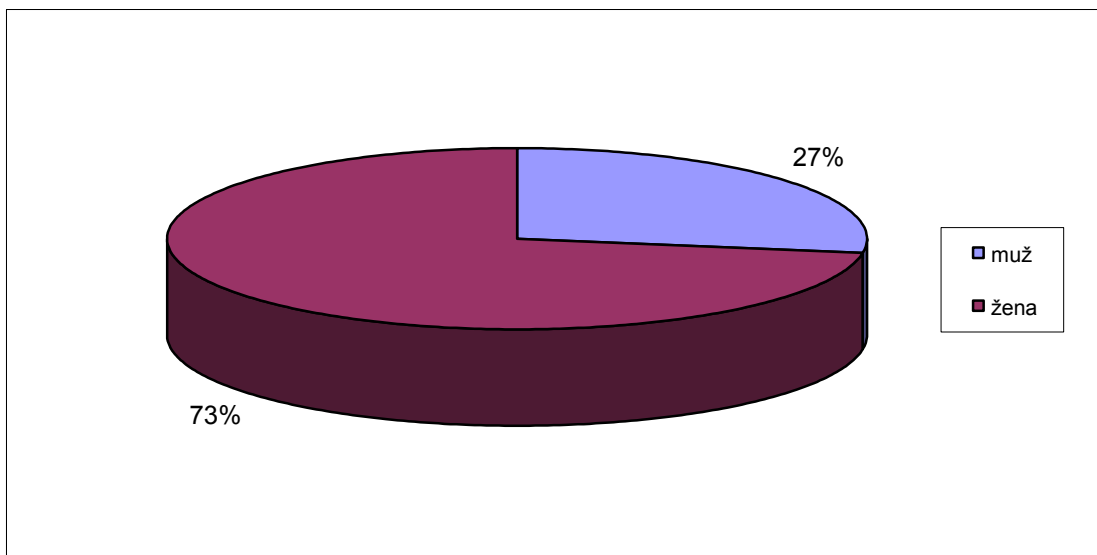
### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Ze základního souboru, který tvoří rodinní pečovatelé celé České republiky, jsem na základě náhodného stratifikovaného výběru vybrala vzorek respondentů. Pro výběr respondentů bylo stanoveno kritérium: rodinní příslušníci poskytující pomoc osobám, které pobírají příspěvek při péči. Při výběru byl kladen důraz na rovnoměrné zastoupení respondentů z města Písek a okolí, Protivínsko, Míroticko a Mirovicko.

Dotazník jsem distribuovala nepřímo, prostřednictvím pošty. K dotazníku byl přiložen dopis o způsobu sběru, kdy jsem respondentům nabídla volbu použití pošty, a nebo přenechání na jednotlivých městských úřadech, z kterých jsem si dotazníky vyzvedla. Celkem jsem rozeslala 200 dotazníků a jejich návratnost činila 129 dotazníků, z kterých jsem 5 vyřadila pro neúplnost údajů. Do dalšího zpracování jsem použila 124 dotazníků, tedy 62 % z celkového počtu rozeslaných.

#### 4 Výsledky

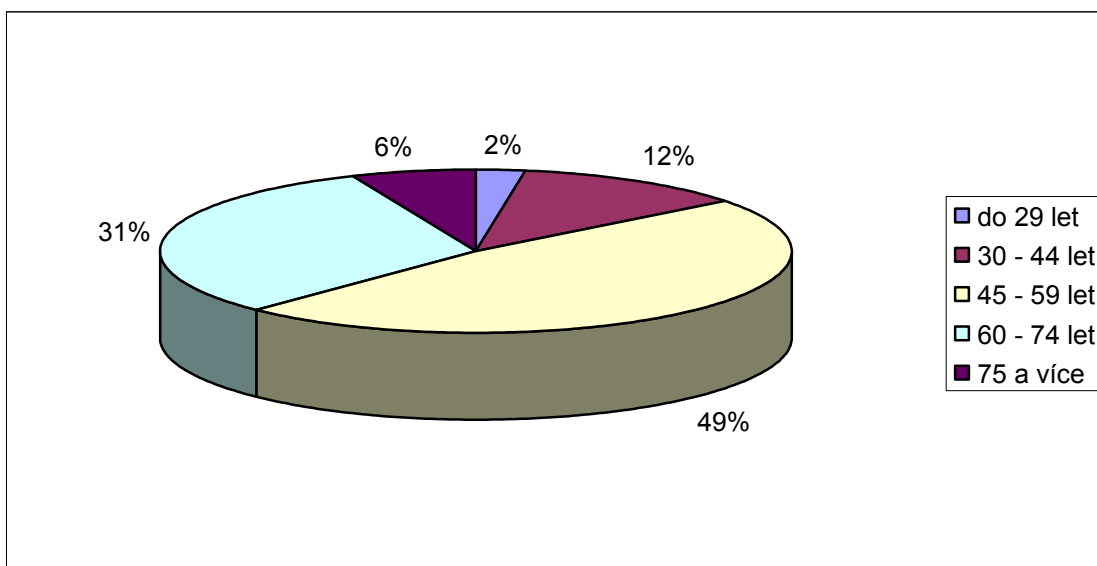
**Graf 1: Respondenti dle pohlaví (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ze 100 % (124) respondentů bylo 73 % (90) žen a 27 % (34) mužů.

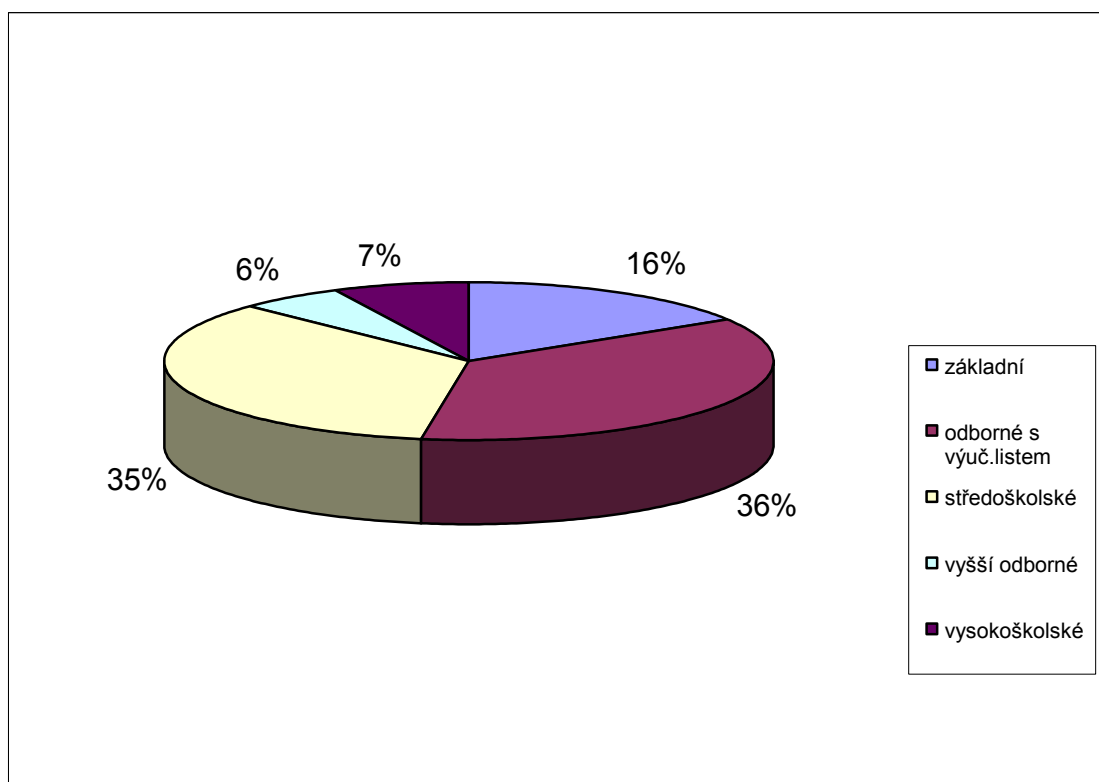
**Graf 2: Věk respondentů (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 2 zachycuje věkové rozvrstvení respondentů. Věková kategorie do 29 let byla zastoupena 2 % (3) respondentů, respondentů ve věku 30 – 44 let bylo 12 % (15), ve věku 45 – 59 let 49 % (59) respondentů, respondentů ve věku 60 – 74 bylo 31 % (39) a věková hranice 75 a více byla zastoupena 6 % (8) respondentů.

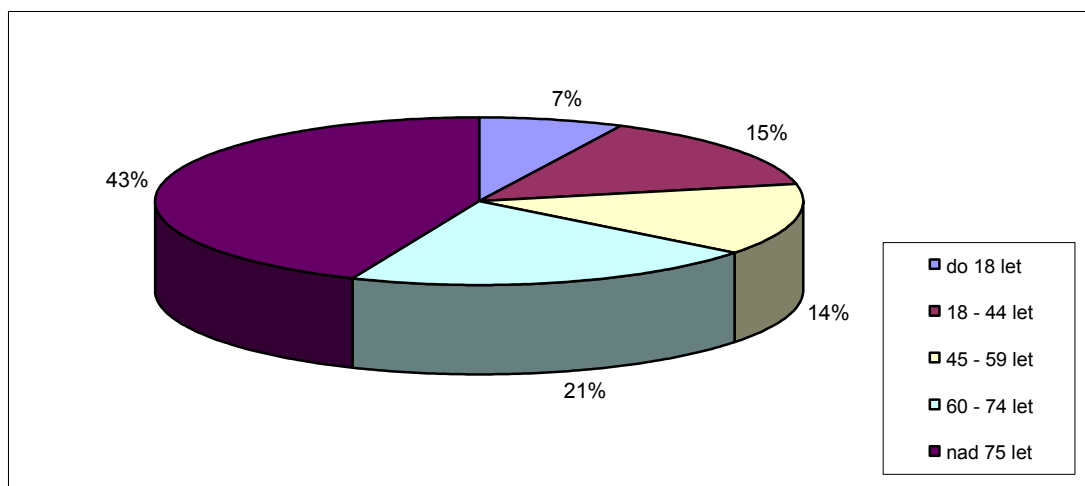
**Graf 3: Dosažené vzdělání respondentů (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou byli respondenti se vzděláním odborným s výučním listem 36 % (45), druhou početnější skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním - 35 % (43). Se základním vzděláním bylo 16 % (20) respondentů, s vyšším odborným vzděláním se podílelo na vyplnění dotazníku 6 % (7) respondentů a s vysokoškolským vzděláním 7 % (9) respondentů.

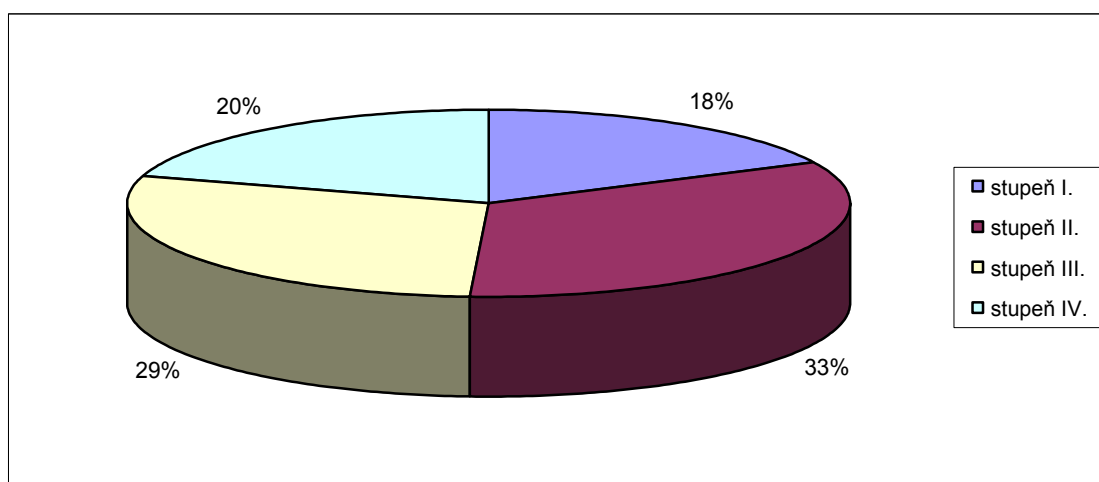
**Graf 4: Péče je poskytována o nesoběstačnou osobu (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při posuzování věku nesoběstačné osoby uvedlo 43 % (54) respondentů péči o osoby nad 75 let, 21 % (26) respondentů poskytuje péči osobám ve věku 60 – 74 let, 14 % (17) respondentů pečuje o osoby ve věku 45 – 59 let, 15 % (18) respondentů poskytuje péči osobám ve věku od 18 – 44 let a 7 % (9) respondentů pečuje o osoby do 18 let.

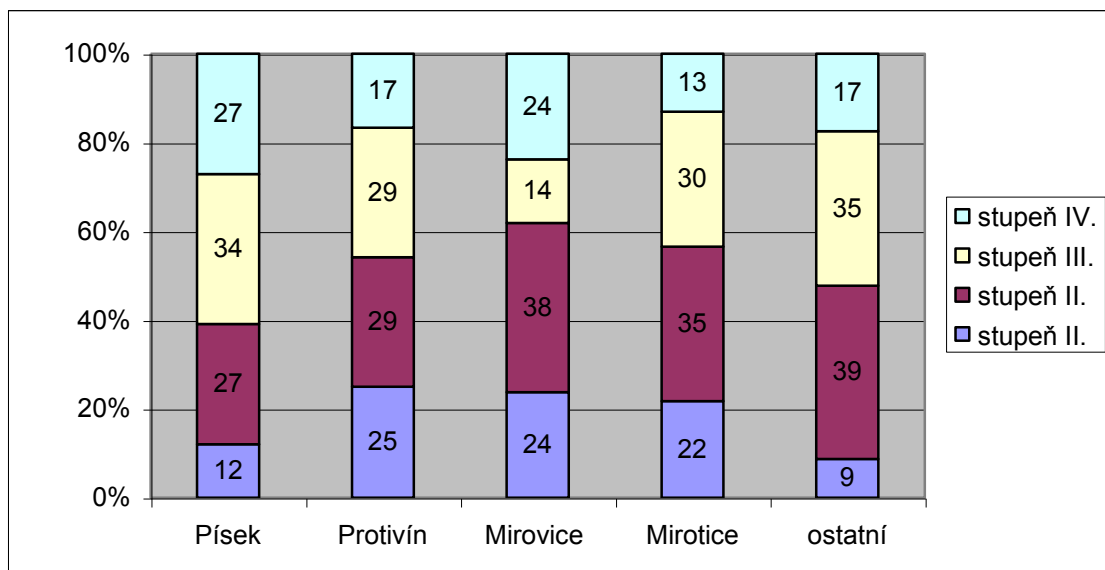
**Graf 5: Stupeň závislosti u nesoběstačné osoby (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 5 je zřejmé, že respondenti poskytují pomoc osobám v stupni závislosti I. v 18 % (22) respondentů, ve stupni II. v 33 % (41) respondentů, ve stupni III. v 29 % (36) respondentů a ve stupni IV. v 20 % (25) respondentů.

**Graf 6: Stupeň závislosti nesoběstačné osoby v regionu Písecka (v procentech)**

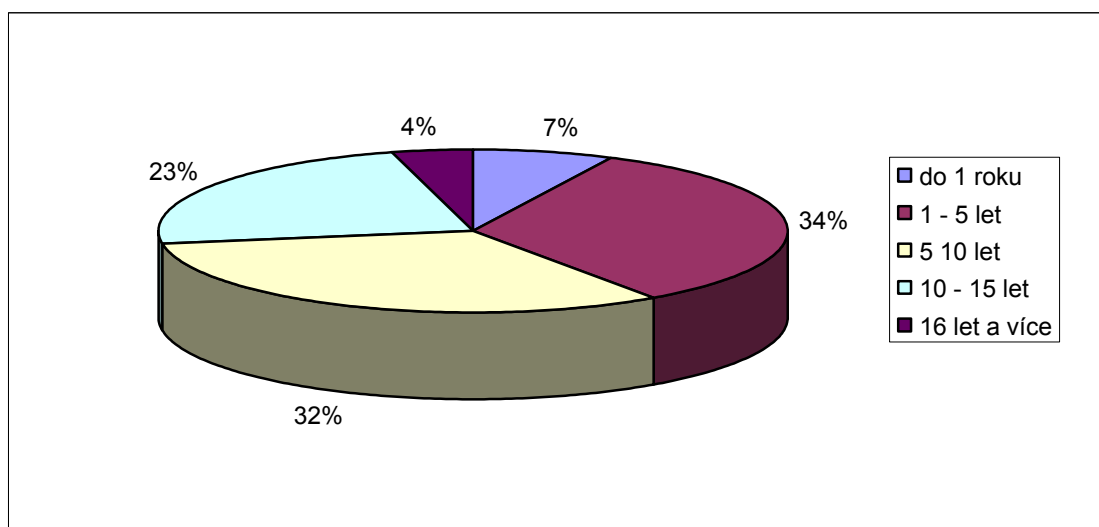


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že v Písku poskytuje pomoc osobě se sníženou soběstačností ve stupni I. 12 % (4) respondentů, ve stupni II. 27 % (9) respondentů, ve stupni III. 34 % (11) respondentů a ve stupni IV. 27 % (9) respondentů. V Protivíně poskytuje pomoc osobě se sníženou soběstačností ve stupni I. 25 % (6) respondentů, ve stupni II. 29 % (7) respondentů, ve stupni III. 29 % (7) respondentů, ve stupni IV. 17 % (4) respondentů. V Mirovicích poskytuje pomoc osobě se sníženou soběstačností ve stupni I. 24 % (5) respondentů, ve stupni II. 38 % (8) respondentů, ve stupni III. 14 % (3) respondentů, ve stupni IV. 24 % (5) respondentů. V Miroticích poskytuje pomoc nesoběstačné osobě ve stupni I. 22 % (5) respondentů, ve stupni II. 35 % (8) respondentů, ve stupni III. 30 % (3) respondentů, ve stupni IV. 13 % (5) respondentů. Z ostatních obcí respondenti uvedli, že pomoc poskytuje osobě se sníženou

soběstačností ve stupni I. 9 % (2) respondentů, ve stupni II. 39 % (9) respondentů, ve stupni III. 35 % (8) respondentů a ve stupni IV. 17 % (4) respondentů.

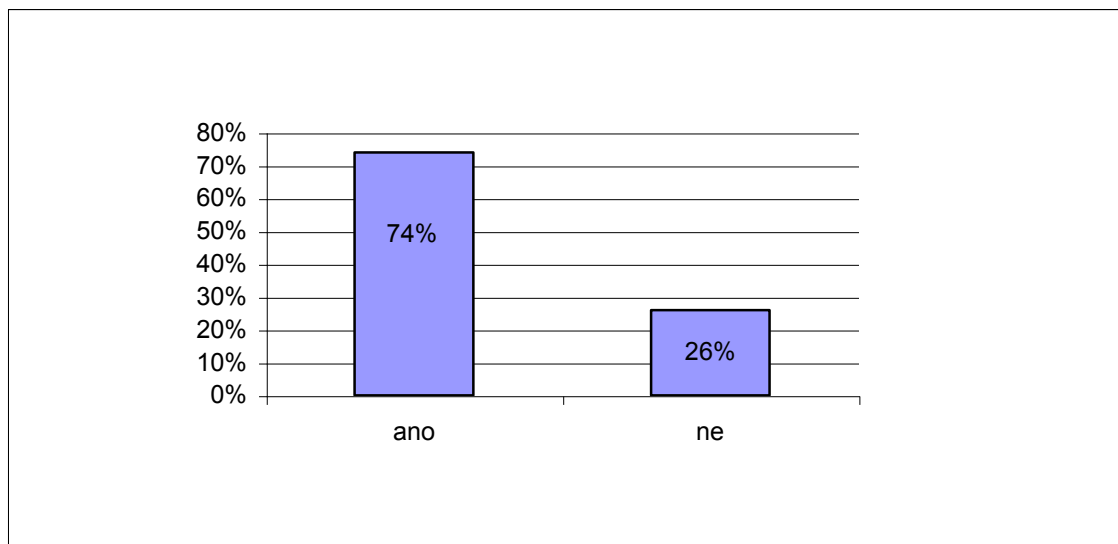
**Graf 7: Délka poskytované péče (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů poskytuje pomoc nesoběstačné osobě do 1 roku 7 % (9) respondentů, od 1 do 5 let poskytuje 34 % (41) respondentů, od 6 – do 10 let poskytuje 32 % (40) respondentů, od 11 do 15 let 23 % (29) respondentů a nad 16 let poskytuje péči 4 % (5) respondentů.

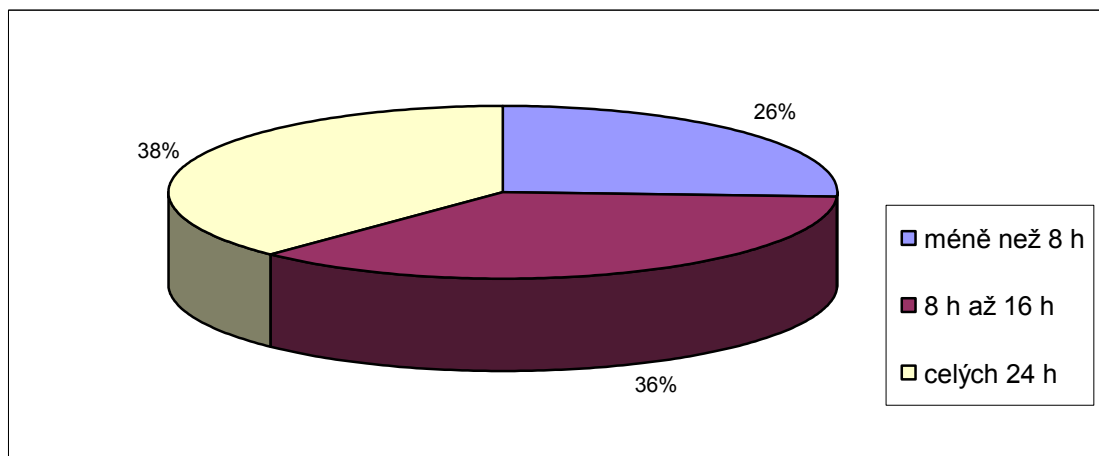
**Graf 8 : Společná domácnost s osobou se sníženou soběstačností (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu 12 je jasné, že respondenti většinou bydlí společně s osobou se sníženou soběstačností 74 % (92) dotázaných a 26 % (32) dotázaných má bydliště jinde.

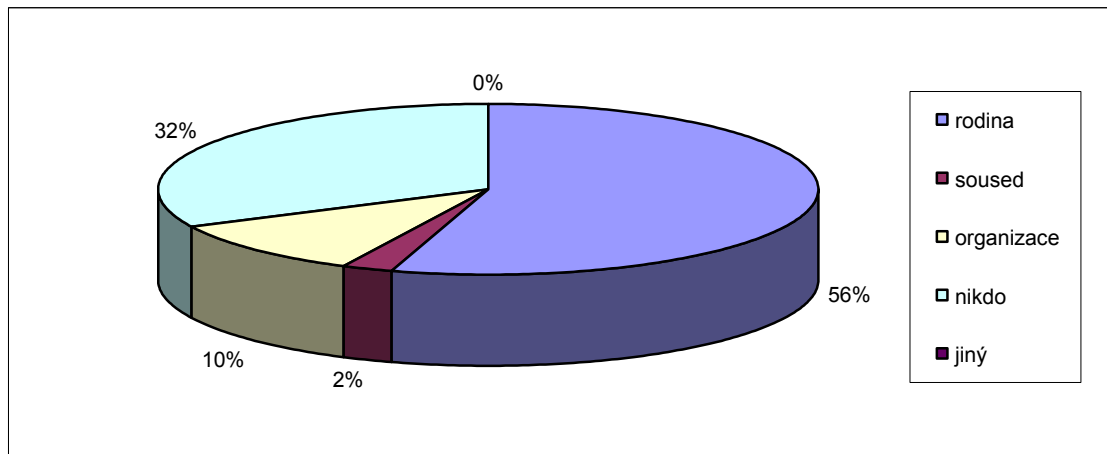
**Graf 9: Časová náročnost poskytované péče (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu je patrné, že respondenti poskytují péči celých 24 hodin v 38 % (47), v časové náročnosti 8 až 16 hodin v 36 % (45) a méně než 8 hodin pak ve 26 % (32).

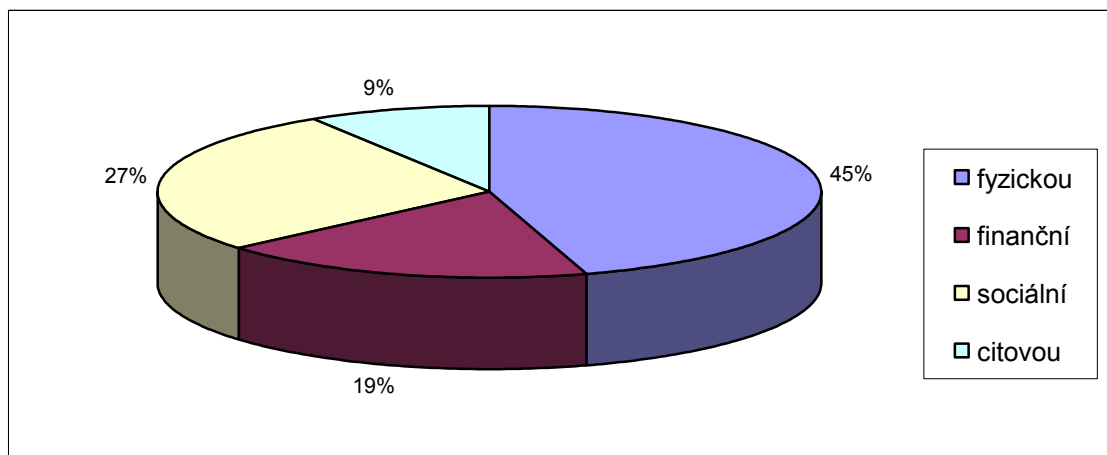
**Graf 10: Péči společně s rodinným poskytovatelem poskytuje (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu 14 je zřejmé, že s péčí o nesoběstačnou osobu pomáhá respondentovi nejvíce rodina u 56 % (68) dotázaných, ve 32 % (40) dotázaných nikdo, v 10 % (13) dotázaných organizace, ve 2 % (3) dotázaných soused. Jiná možnost nebyla navržena.

**Graf 11: Péče rodinnému poskytovateli způsobuje zátěž (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů uvedlo, že největší zátěž při péči o nesoběstačnou osobu je zátěž fyzická 45 % (56) respondentů, 27 % (34) respondentů



dále uvedlo citovou zátěž, 19 % (23) respondentů pociťují finanční zátěž a 9 % (11) respondentů uvedlo citovou zátěž.

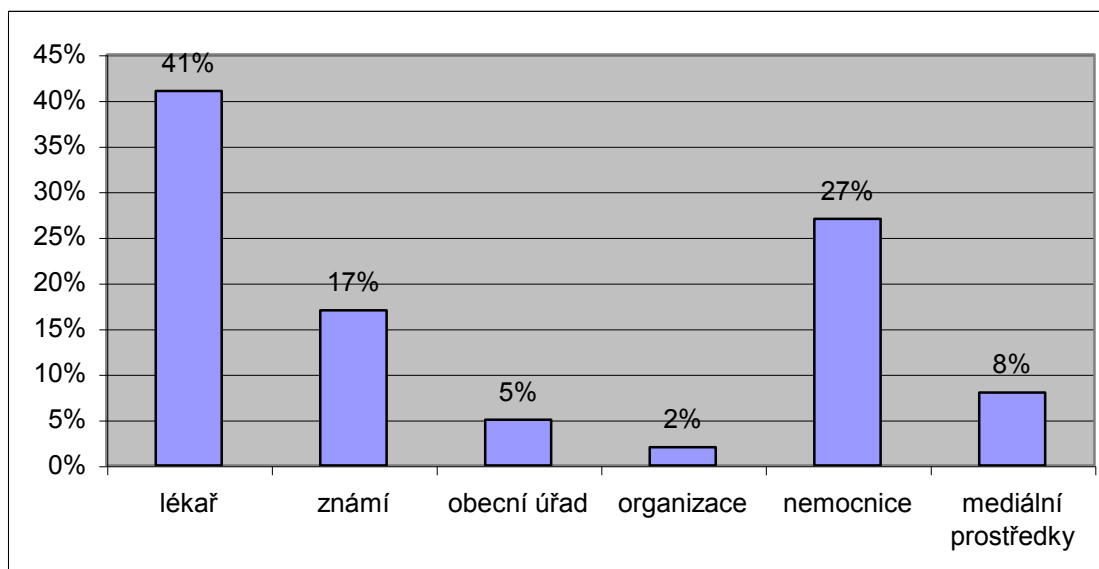
**Tabulka 1: Největší zátěž rodinného poskytovatele péče (v procentech)**

Zátěž	Písek	Protivín	Mirovice	Mirotice	ostatní
fyzická	27 %	71 %	52 %	48 %	35 %
finanční	18 %	8 %	24 %	17 %	26 %
sociální	37 %	21 %	24 %	26 %	26 %
citová	18 %	0 %	0 %	9 %	13 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z tabulky je patrné, že v Písku respondenti pociťují nejvíce sociální zátěž 37 % (12) respondentů, následuje fyzická 27 % (9) respondentů, finanční zátěž pociťuje 18 % (6) respondentů a citovou zátěž 18 % (6) respondentů. V Protivíně respondenti nejvíce pociťují zátěž fyzickou – 71 % (17) respondentů, sociální zátěž pociťuje 21 % (5) respondentů a finanční 8 % (2) respondentů. V Mirovicích je největší zátěž fyzická – 52 % (11) respondentů, finanční a sociální zátěž uvedlo shodně 24 % (5) respondentů. V Mirovicích pociťují respondenti nejvíce fyzickou zátěž – 48 % (11) respondentů, sociální zátěž pociťuje 26 % (6) respondentů, finanční 17 % (4) respondentů a citovou zátěž 9 % (2) respondentů. V ostatních obcích uvedlo největší zátěž fyzickou zátěž 35 % (8) respondentů, finanční zátěž 26 % (6) respondentů, sociální 26 % (6) respondentů a 13 % (3) respondentů pociťují nejvíce citovou zátěž.

**Graf 12: Informace o péči byla získána (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů uvedlo 41 % (51) respondentů, že informace získali od lékaře, 17 % (21) respondentů informace získalo od známých, 5 % (6) respondentů od obecního úřadu, pouze 2 % (2) respondentů od organizace poskytující služby, 27 % (34) respondentů v nemocnici a 8 % (10) respondentů z mediálních prostředků.

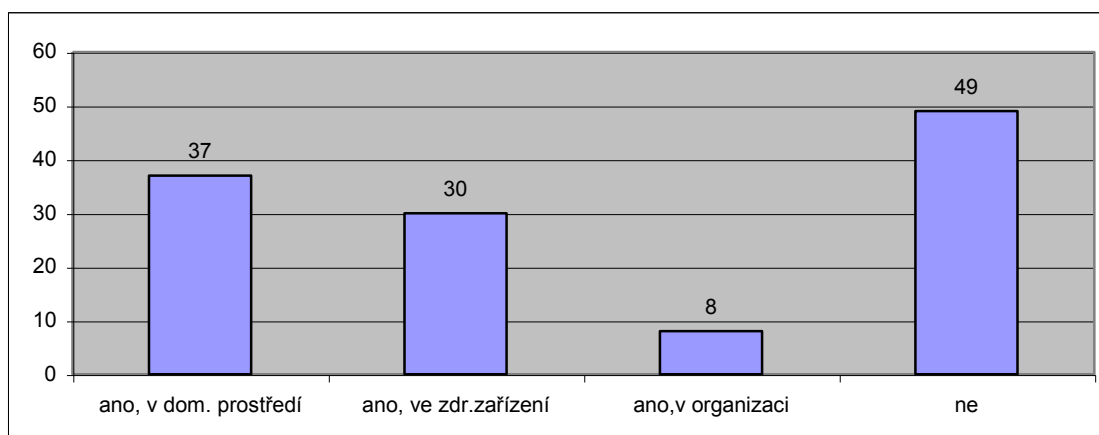
**Tabulka 2: Druh mediálního prostředku (v absolutních číslech)**

Mediální prostředky	počet
internet	7
časopisy	3

Zdroj: Vlastní výzkum

U 10 respondentů, kteří uvedli mediální prostředky při získání informací, převažuje internet – 7 respondentů, 3 respondenti uvedli časopisy.

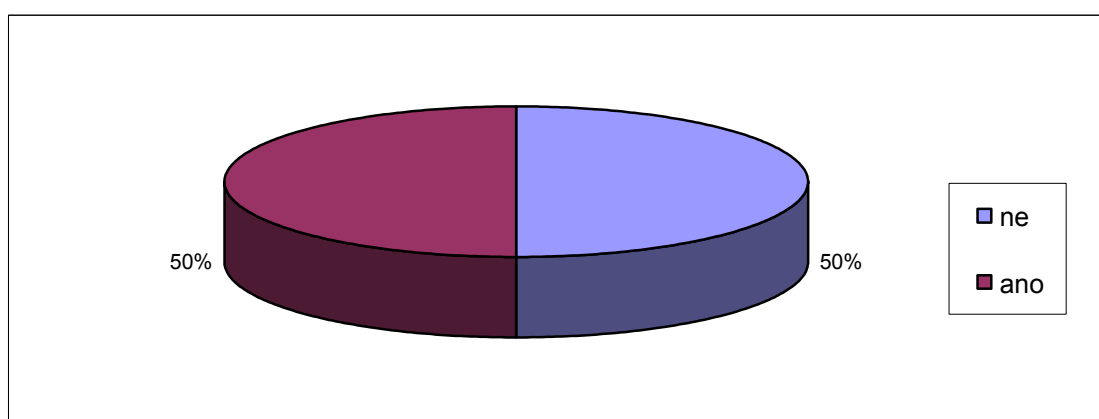
**Graf 13: Provedení názorné ukázky péče (v absolutních číslech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu je vidět, že 37 respondentů bylo seznámeno, jak pečovat o osobu se sníženou soběstačností, v domácím prostředí, 30 respondentů bylo seznámeno ve zdravotnickém zařízení, 8 v organizaci poskytující služby a 49 respondentů odpovědělo, že nebylo seznámeno.

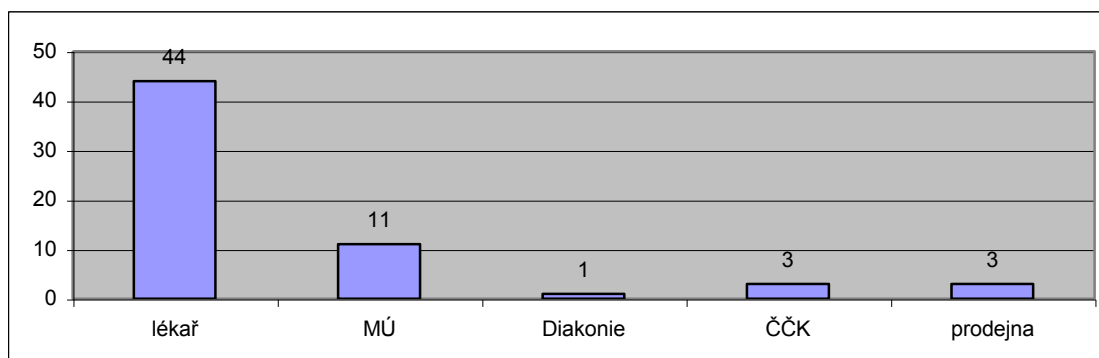
**Graf 14: Informovanost o poskytnutí kompenzační pomůcky (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 14 zaznamenává shodu u respondentů v informovanosti, o poskytování kompenzační pomůcky. 50 % (62) respondentů odpovědělo, že neví, a 50 % (62) respondentů odpovědělo, že ví.

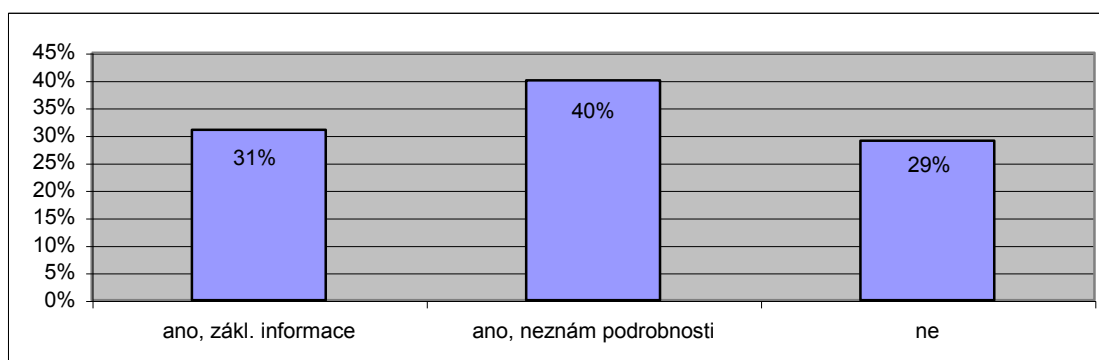
**Graf 15: Kompenzační pomůcky poskytuje (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 62 respondentů odpovědělo 44 respondentů, že by jim pomohl lékař v získání kompenzační pomůcky, 11 respondentů uvedlo městský úřad, 1 respondent Diakonii, 3 respondenti ČČK a další 3 respondenti prodejnu zdravotnických potřeb.

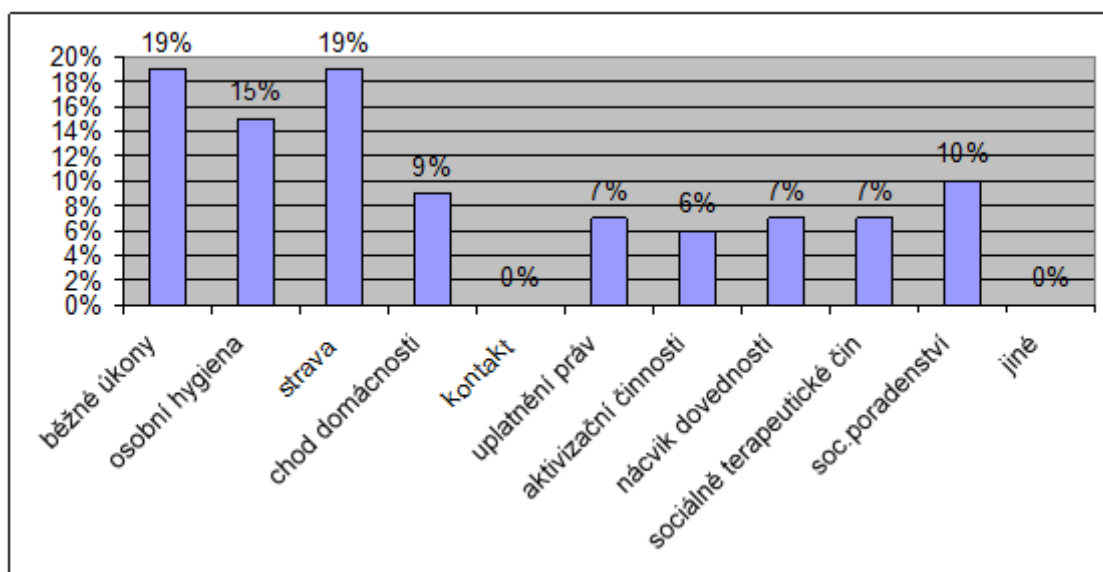
**Graf 16: Povědomí o zákonu o sociálních službách pro usnadnění péče (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při zjišťování povědomí o zákonu o sociálních službách se 31 % (38) respondentů vyjádřilo, že má základní informace, 40 % (50) respondentů uvedlo, že byli seznámeni, ale neznají podrobnosti a 29 % (36) respondentů uvedlo, že nezaregistrovali přijetím zákona o sociálních službách novou nabídku terénních a ambulantních služeb.

**Graf 17: Vhodná činnost poskytovaná institucí, která by pomohla při zvládnání péče (v procentech)**



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti se vyjádřili, že by jim při zvládnání péče o nesoběstačnou osobu pomohla v 19 % (24) respondentů činnosti při zvládnání běžných úkonů, v 15 % (19) činnosti při osobní hygieně, v 19 % (23) činnosti při poskytování stravy, v 9 % (11) činnosti při chodu domácnosti, kontakt s prostředím neuvědl nikdo, v 7 % (9) činnosti při uplatňování práv, v 6 % (7) výchovné a aktivizační činnosti, v 7 % (9) nácvik dovedností, v 7 % (9) sociálně terapeutické činnosti a 11 % (13) respondentů se vyjádřilo pro sociální poradenství. Jiné vhodné činnosti nebyly navrženy.

**Tabulka 3: Požadavky respondentů na poskytování činností ze strany institucí pro lepší zvládnání péče (v absolutních číslech)**

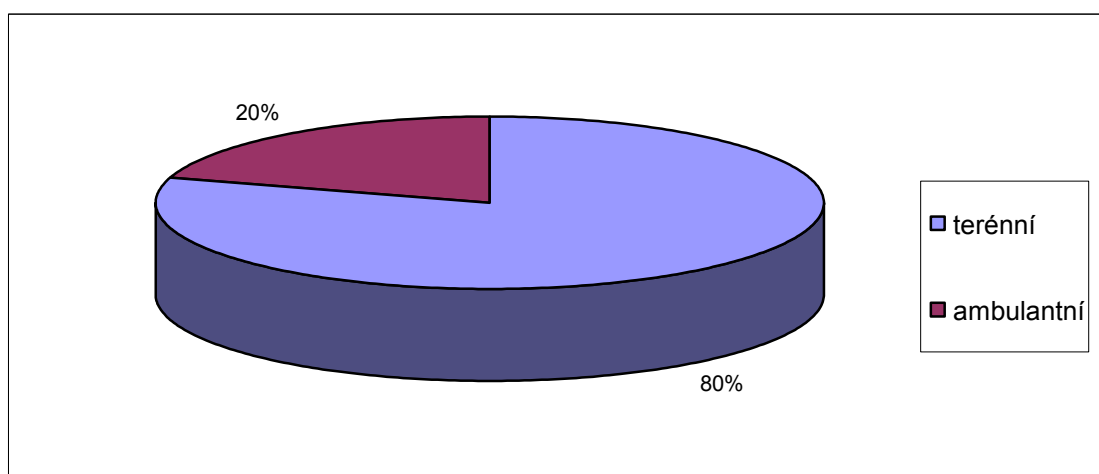
Činnost	Písek	Protivín	Mirovice	Mirotice	ostatní
běžné úkony	18 %	21 %	19 %	23 %	17 %
osobní hygiena	9 %	13 %	23 %	17 %	17 %
strava	15 %	21 %	19 %	17 %	21 %
chod domácnosti	12 %	17 %	0 %	13 %	0 %
kontakt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
uplatnění práv	12 %	0 %	5 %	9 %	9 %
aktivizační činnosti	9 %	7 %	0 %	0 %	9 %
nácvik dovedností	9 %	0 %	14 %	4 %	9 %
soc. terapeut. činnosti	9 %	4 %	10 %	4 %	9 %
soc.poradenství	7 %	17 %	10 %	13 %	9 %
jiné	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

V Písku by při zvládnání péče o nesoběstačnou osobu nejvíce využili činnosti při zvládnání běžných úkonů – 18 % (6) respondentů, 15 % (5) respondentů by uvítalo poskytování stravy, činnosti při chodu domácnosti a uplatnění práv po 12 % (4) respondentech, po 9 % (3) respondentů se vyjádřilo pro osobní hygienu, výchovné a aktivizační služby, nácvik domácností, sociálně terapeutické činnosti a 7 % (2) respondentů bylo pro sociální poradenství. V Protivíně by stejně vyhovovaly činnosti při běžných úkonech a při přípravě stravy – po 21 % (5) respondentů, po 17 % (4) respondentů je preferovaná činnost při zajištění chodu domácnosti a sociální poradenství, 13 % (3) respondentů by uvítalo činnosti při osobní hygieně, 7 % (2) aktivizační činnosti a 4 % (1) respondentů sociálně terapeutické činnosti. V Mirovicích by nejvíce vyhovovali činnosti při osobní hygieně – 23 % (5) respondentům, po 19 % (4) respondentů je preferována činnosti při běžných úkonech a příprava stravy, 14 % (3)

respondentů se vyjádřilo pro nácvik dovedností, po 10 % (2) respondentů sociálně terapeutické činnosti a sociální poradenství. V Miroticích by nejvíce využili činnosti při běžných úkonech – 23 % (5) respondentů, po 17 % (4) respondentů činnosti při osobní hygieně a poskytování strav, po 13 % (3) respondentů činnosti zajišťující chod domácnosti a sociální poradenství, 9 % (2) respondentů se vyjádřilo pro pomoc při uplatňování práv, po 4 % (1) respondentů nácvik dovedností a sociálně terapeutické činnosti. U 21 % (5) respondentů z ostatních obcí by nejvíce pomohly činnosti při obstarávání stravy, po 17 % (4) respondentů činnosti při běžných úkonech a osobní hygieně, a po 9 % (2) respondentů u uplatnění práv, výchovných a aktivizačních činností, nácvik dovedností, sociálně terapeutické činnosti a sociální poradenství.

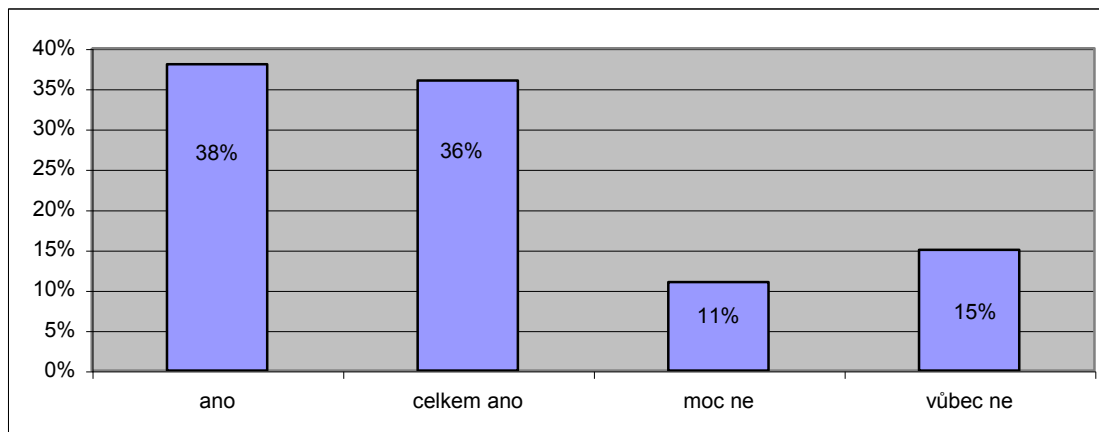
**Graf 18: Nejčastěji preferovaná forma služby (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ze 100 % respondentů by v 80 % (99) respondenti preferovali terénní formu služby při poskytování péče o nesoběstačnou osobu, 20 % (25) respondentů ambulantní.

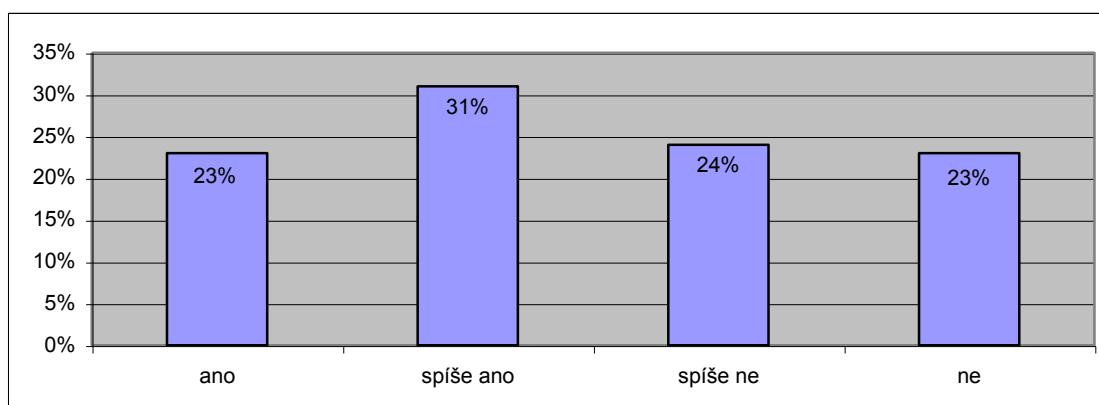
**Graf 19: Možnost objednat si pomoc od instituce na sjednanou hodinu (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 19 ukazuje, že respondentům by vyhovovalo objednávat si pomoc na určitou hodinu. 38 % (47) respondentů se jasně vyjádřilo, že ano, 36 % (45) respondentů uvedlo celkem ano, 11 % (14) respondentů uvedlo moc ne a 15 % (18) respondentů tuto možnost odmítlo.

**Graf 20: Možnost využití domácí péče (v procentech)**

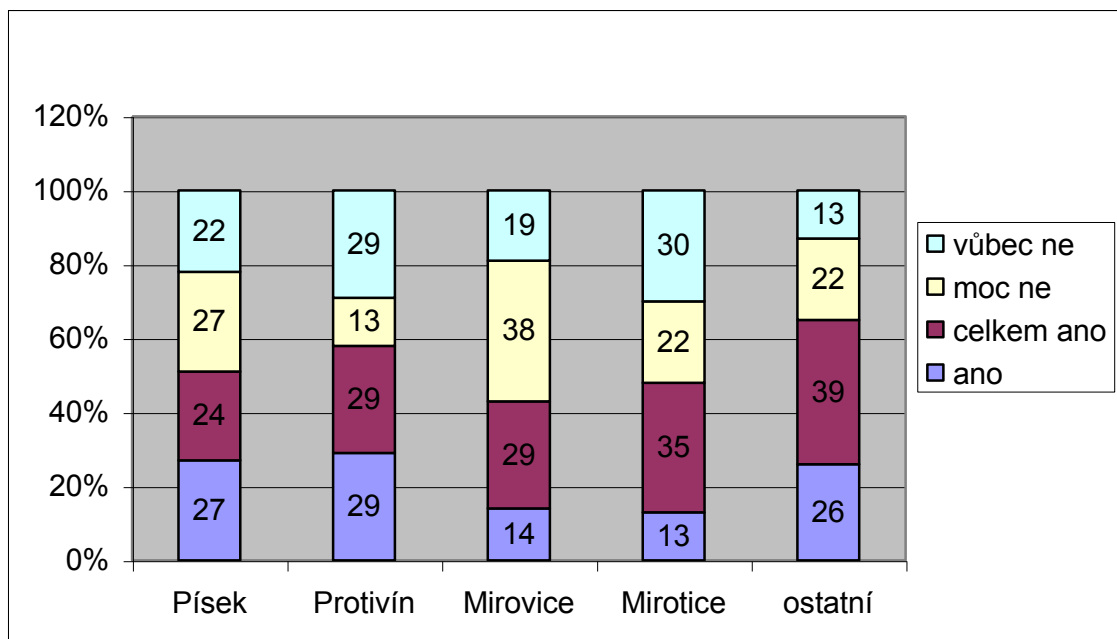


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů odpovědělo ve 23 % (28), že by využili domácí péče, 31 % (38) spíše ano, 24 % (30) spíše ne a 23 % (28) odpovědělo ne.



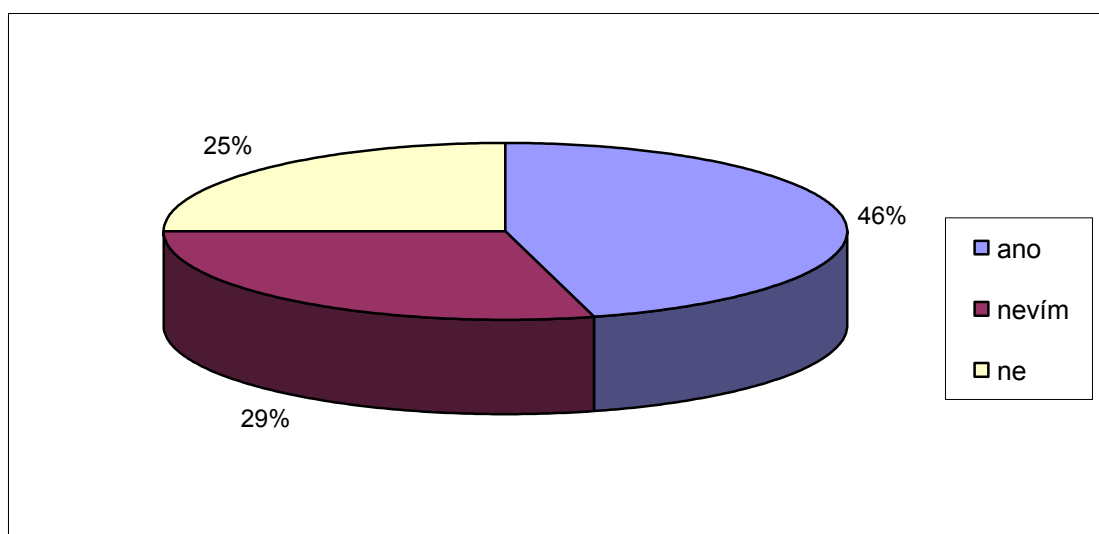
**Graf 21: Možnost využití domácí péče v jednotlivých částech regionu (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 21 je zřejmé, že v Písku 27 % (9) respondentů pro domácí péči dalo ano, 24 % (8) respondentů se vyjádřilo spíše ano pro domácí péči, 27 % (9) respondentů spíše ne a 22 % (7) respondentů se vyjádřilo pro ne. V Protivíně se 29 % (7) respondentů vyjádřilo pro ano, 29 % (7) respondentů spíše ano, 13 % (3) respondentů spíše ne, a 29 % (7) respondentů pro ne. V Mirovicích se 14 % (3) respondentů vyjádřili pro ano, 29 % (6) respondentů pro spíše ano, 38 % (8) respondentů pro spíše ne a 19 % (4) respondentů pro ne. V Mirosticích se vyjádřilo pro domácí péči 13 % (3) respondentů, 35 % (8) respondentů uvedlo spíše ano, 22 % (5) respondentů spíše ne a 30 % (7) respondentů ne. V ostatních obcích bylo pro domácí péči 26 % (6) respondentů, 39 % (9) respondentů se vyjádřilo spíše ano, 22 % (5) respondentů spíše ne, a 13 % (3) respondentů uvedli ne.

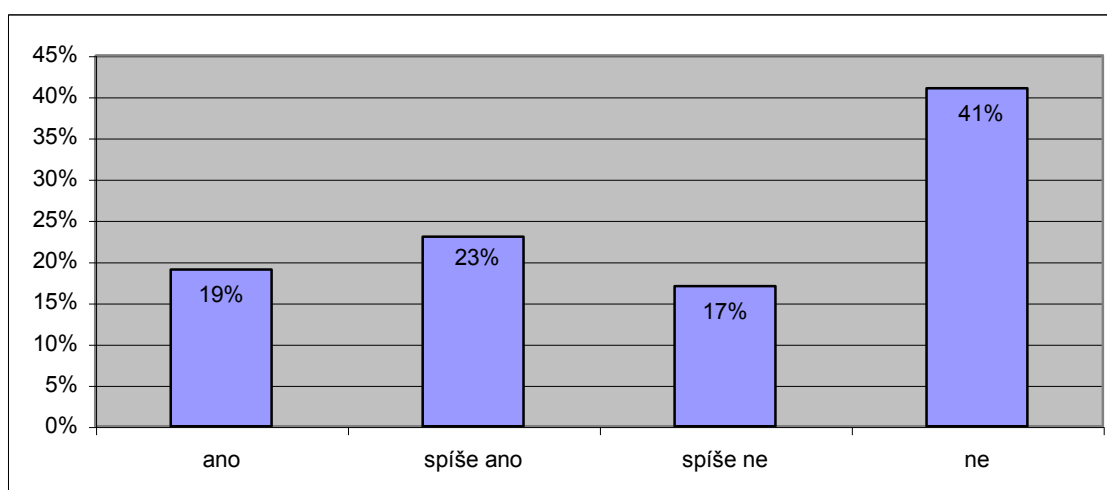
**Graf 22: Možnost odpočinku při dlouhotrvající péči (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 46 % (57) respondentů, že by jim pomohl v péči odpočinek, 29 % (36) respondentů odpovědělo, že neví, a 25 % (31) respondentů odpovědělo, že odpočinek by jim nepomohl.

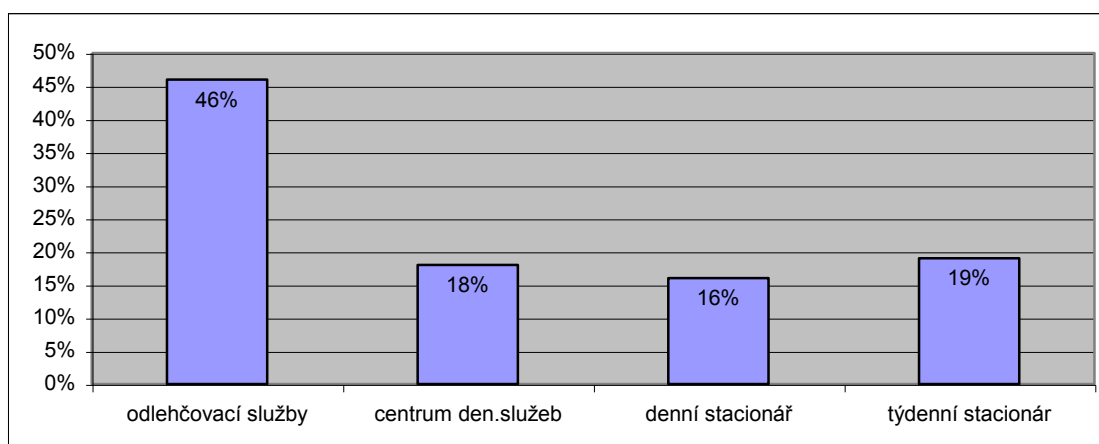
**Graf 23: Možnost využití přechodného pobytu nesoběstačné osoby v zařízení pobytového typu v době vlastního odpočinku (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Na základě filtrace bylo odděleno 31 respondentů, kteří uvedli, že by jim při péči o nesoběstačnou osobu nepomohl odpočinek. Ze zbylých 93 respondentů, v současné době 100 %, by 19 % (18) respondentů využilo možnost přechodného pobytu v zařízení pobytového typu, 23 % (21) respondentů spíše ano, 17 % (16) respondentů spíše ne a 41 % (38) respondentů se vyjádřilo pro ne.

**Graf 24: Volba vhodného zařízení na přechodný pobyt ( v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě provedené filtrace zvolilo odlehčené služby k pomoci v péči 46 % (43) respondentů, centrum denních služeb 18 % (17) respondentů, denní stacionář 16 % (15) respondentů a týdenní stacionář 19 % (18) respondentů.

**Tabulka 4: Volba zařízení na přechodný pobyt podle míst v regionu (v procentech)**

Zařízení	Písek	Protivín	Mirovice	Mirotice	ostatní
odlehčovací služby	45 %	44 %	58 %	32 %	52 %
centrum den.služeb	9 %	17 %	24 %	21 %	24 %
denní stacionář	14 %	6 %	18 %	21 %	24 %
týdenní stacionář	32 %	33 %	0 %	26 %	0 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Z Písku by 45 % (10) respondentů zvolilo odlehčovací služby, 32 % (7) respondentů týdenní stacionář, 14 % (3) respondentů denní stacionář a 9 % (2) respondentů centrum denních služeb, v Protivíně by si 44 % (8) respondentů zvolilo odlehčovací služby, 33 % (6) respondentů týdenní stacionář, 17 % (3) respondentů centrum denních služeb a 6 % (1) respondentů denní stacionář. V Mirovicích bylo 58 % (10) respondentů pro odlehčovací služby, 24 % (4) respondentů pro centrum denních služeb, 18 % (3) respondentů pro denní stacionář, v Miroticích 32 % (6) respondentů pro odlehčovací služby, 26 % (5) respondentů pro týdenní stacionář a po 21 % (4) respondentů pro centrum denních služeb a denní stacionář, v ostatních obcích se nejvíce přiklonili respondenti k odlehčovacím službám – 52 % (9) respondentů a po 24 % (4) respondentů se vyjádřilo pro centrum denních služeb a denní stacionář.

**Tabulka 5: Využívané sociální služby (v absolutních číslech)**

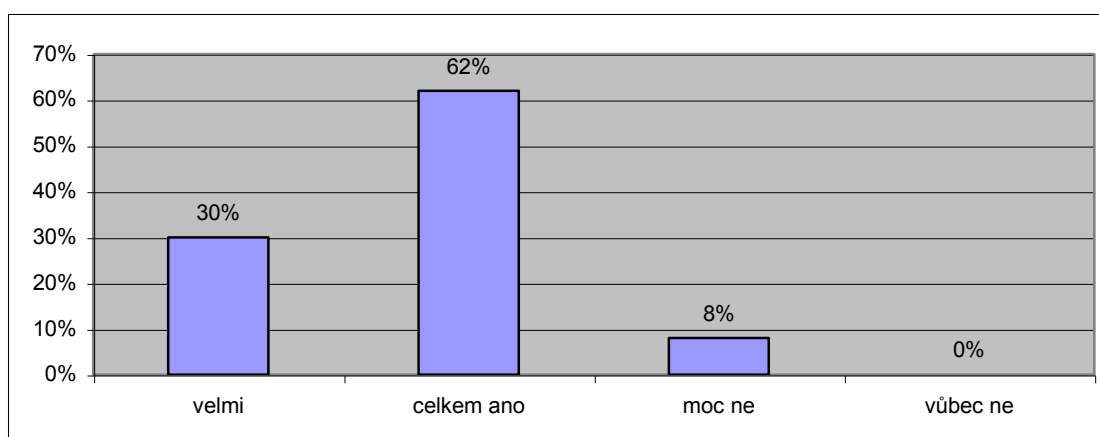
Služba	Odpovědi celkem	Písek	Protivín	Mirovice	Mirotice	ostatní
sociální poradenství	4	2	2	0	0	0
osobní asistenci	1	1	0	0	0	0
pečovatel. službu	5	3	2	0	0	0
průvod. službu	0	0	0	0	0	0
odlehčovací služby	0	0	0	0	0	0
centrum den. služeb	0	0	0	0	0	0
denní stacionář	1	1	0	0	0	0
ranná péče	0	0	0	0	0	0
sociální rehabilitace	0	0	0	0	0	0
soc. terapeut. dílny	1	1	0	0	0	0
domácí péče	1	1	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0	0
celkem	13	9	4	0	0	0

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ze 124 respondentů využívá 13 (100 %) respondentů nějakou sociální službu. Z těchto respondentů využívá 4 (31 %) respondentů sociální poradenství, 1 (8 %) respondent osobní asistenci, 5 (38 %) respondentů pečovatelskou službu, průvodcovské služby nikdo, odlehčovací služby nikdo, centrum denních služeb nikdo, 1 (8 %) respondent denní stacionář, rannou péči nikdo, sociální rehabilitaci nikdo, 1 (8 %)

respondent sociálně terapeutické dílny, 1 (8 %) respondent domácí péči. Jestliže se podíváme na jednotlivé části regionu, tak v Písku z 9 respondentů využívá 2 respondenti sociální poradenství, 1 respondent osobní asistenci, 3 respondenti pečovatelskou službu, 1 respondent denní stacionář, 1 respondent sociálně terapeutické dílny, 1 respondent domácí péči. V Protivíně ze 4 respondentů, kteří využívají služby, využívají 2 respondenti sociální poradenství, 2 respondenti pečovatelskou službu. V Mirovicích, v Miroticích a v ostatních obcích nevyžívají žádnou službu.

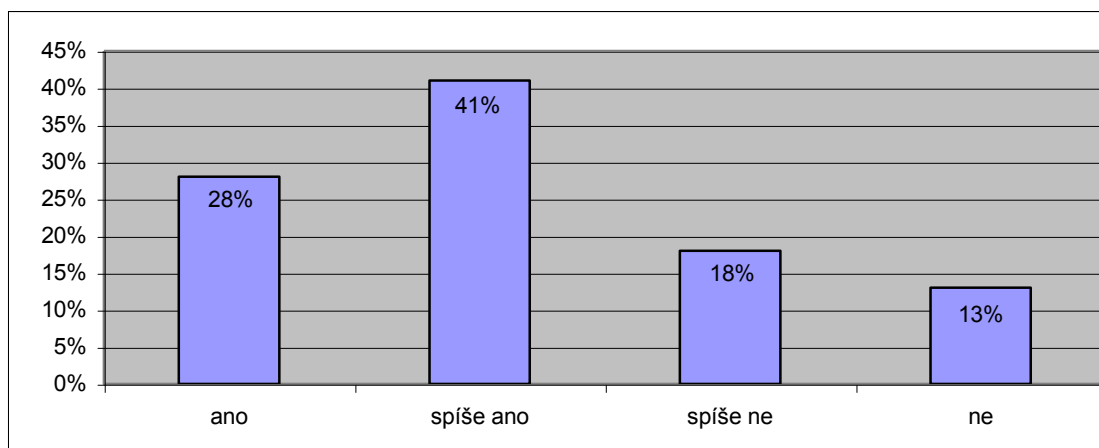
**Graf 25: Spokojenost s poskytovanými službami (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z počtu 9 respondentů, kteří využívají nějakou sociální službu je 30 % (4) respondentů velmi spokojených s poskytovanou službou, 62 % (8) respondentů celkem ano, 8 % (1) respondentů moc ne a vůbec ne neodpověděl nikdo.

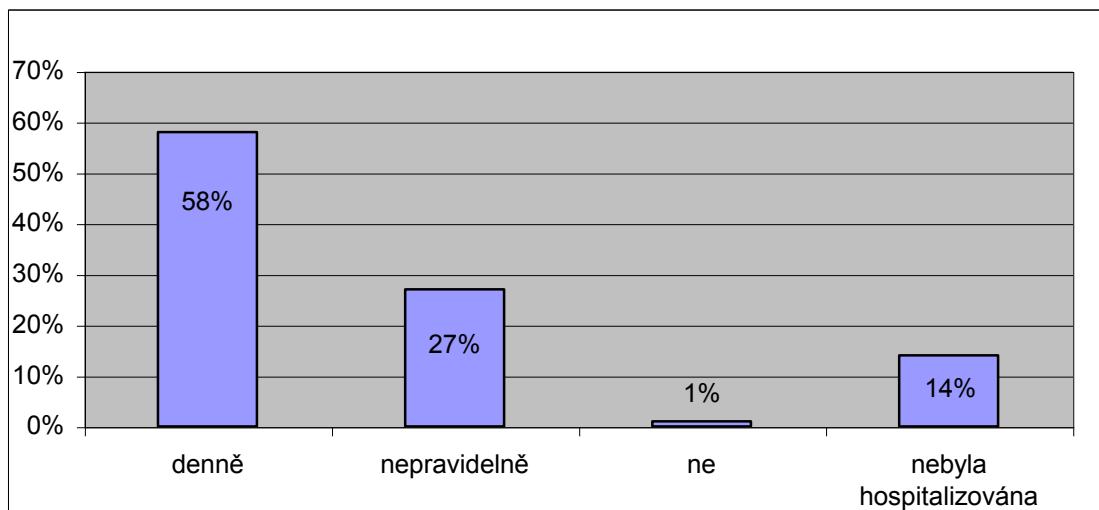
**Graf 26: Informovanost o příspěvku na péči (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu je zřejmé, že respondenti se domnívají, že mají informace o příspěvku na péči. 28 % (35) respondentů odpovědělo ano, 41 % (51) respondentů spíše ano, 18 % (22) respondentů spíše ne a 13 % (16) respondentů nemá potřebné informace.

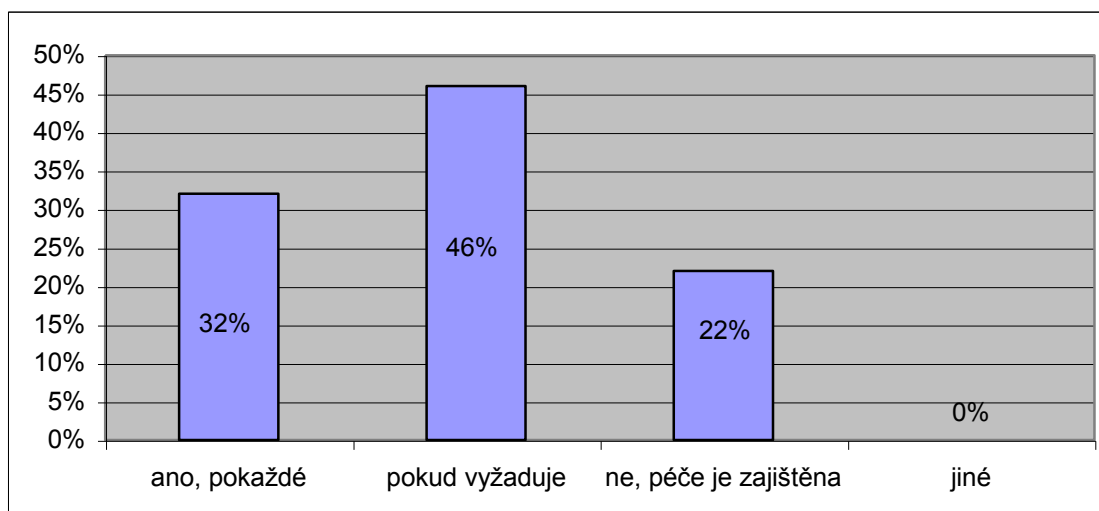
**Graf 27: Návštěvy v nemocnici v době hospitalizace nesoběstačné osoby (v procentech)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu je patrné, že v případě hospitalizace nesoběstačné osoby ji 58 % (72) respondentů navštěvuje denně, 27 % (34) respondentů navštěvuje nepravidelně, 1 % (1) nebyl na návštěvě v nemocnici a 14 % (17) respondentů uvedlo, že nesoběstačná osoba zatím nebyla hospitalizována.

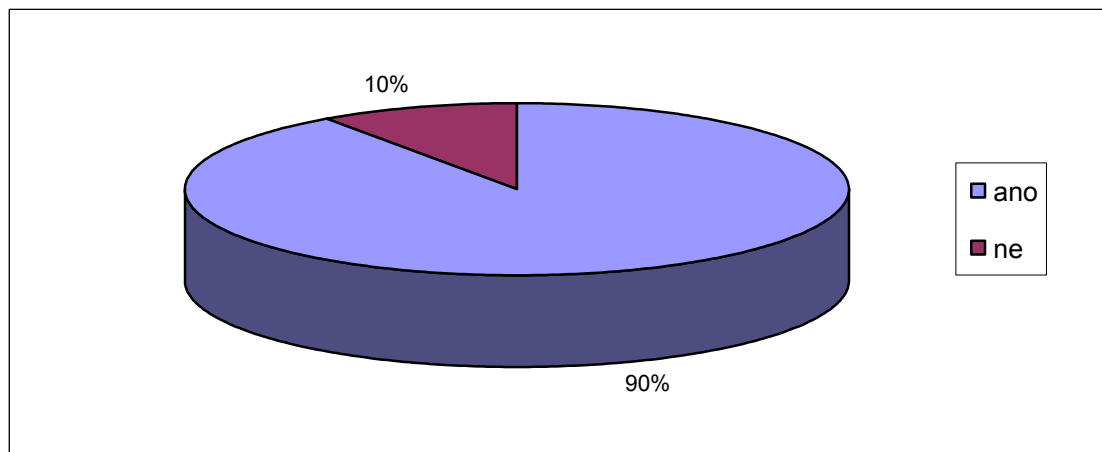
**Graf 28: Poskytovaná pomoc v průběhu návštěvy v nemocnici (v procentech)**



*i. Zdroj: Vlastní výzkum*

Na základě filtrace, kdy 17 respondentů uvedlo, že nesoběstačná osoba po dobu jejich péče nebyla dosud hospitalizována, ze zbylých 107 respondentů, nyní 100 %, uvedlo 32 % (34) respondentů, že při návštěvách v nemocnici poskytují pomoc pokaždé, 46 % (49) respondentů pouze pokud osoba ji vyžaduje, 22 % (24) respondentů péči neposkytuje, neboť je zajištěna a jiná možnost nebyla uvedena.

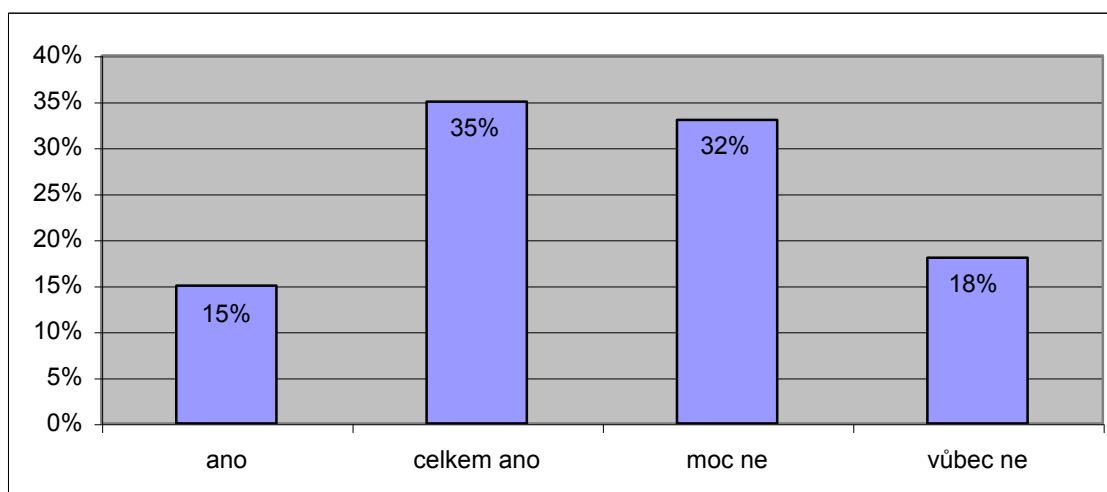
**Graf 29: Povědomost o zastavení výplaty příspěvku při delší hospitalizaci (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů je 90 % (112) respondentů informováno o možnosti zastavení výplaty příspěvku na péči v případě delší hospitalizace, 10 % (12) respondentů nemělo toto povědomí.

**Graf 30: Výše příspěvku je dostačující pro nákup služeb (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum



Z celkového počtu respondentů 15 % (18) respondentů odpovědělo, že výše příspěvku je dostačující, 35 % (43) respondentů uvedlo celkem ano, 32 % (41) respondentů uvedlo moc ne a 18 % (22) respondentů uvedlo vůbec ne.

## 5 DISKUZE

Ve své práci jsem se zaměřila na péči poskytovanou osobám se sníženou soběstačností v jejich vlastním prostředí. Pokud podmínky, ve kterých člověk žije, přestanou odpovídat jeho funkčním možnostem, stává se takový člověk nesoběstačným (63). Péče o takovou osobu představuje uspokojování jejích životních potřeb. Potřeba není pouze to, co člověku chybí, ale i určitá síla, která člověka posunuje ke člověku, předmětu či činnosti (41). Každá osoba má jiné potřeby, a proto poskytovaná péče musí být zajišťována v různé intenzitě.

Česká rodina si stále zachovává citovou vazbu, a jako ideální péče se předpokládá péče rodinná, kdy jsou již vytvořeny určité vazby mezi pečovatелеm a osobou se sníženou soběstačností (20). Péče zajišťovaná pouze rodinnými poskytovateli naruší do určité míry zaběhnutý chod domácnosti. Rodinná péče se tak neobejde bez rozdělení rolí a podpory ostatních členů rodiny (18).

Rodinná péče přináší v prvních měsících neformálním pečovatелům uspokojení z naplňování potřeb nesoběstačné osoby. Při dlouhotrvající péči však poskytovatel zjišťuje její fyzickou a časovou náročnost. Snaha zabezpečit kvalitní život nesoběstačné osobě nedává prostor k tomu, aby si mohli uspokojit vlastní potřeby. Jedná se o potřebu sociálních kontaktů, čas na odpočinek a relaxaci. Jak uvádí Francová a Novotný (10) je třeba rodinnou péči podporovat rozvojem terénních sociálních služeb na regionální úrovni.

Současně jsem se ve své práci věnovala sociálním službám jako možnost podpory rodinné péče. Vzhledem k tomu, že dochází ke stárnutí populace, nechá se očekávat rostoucí poptávka po sociálních i zdravotní péči, která by byla určena nejen seniorům a nesoběstačným osobám, ale i jejich rodinným poskytovatelům. Změnu v poskytování služeb přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nastínil nové možnosti volby a financování služby. Volba sociální služby je dána soběstačností seniora, ale také rozsahem a charakterem nabízených služeb, možnostmi a preferencemi pečovatелů (4). Možným řešením pro podporu rodinné péče se zdá integrovaná péče, která zahrnuje složku zdravotní i sociální a je prováděná v domácím prostředí osoby se

sníženou soběstačností prostřednictvím rodiny i sociálních služeb. Jak uvádí Kozlová (24) jedná se o domácí péči, péči ve stacionářích, pečovatelskou službu, osobní asistenci, při zachování rodinné péče. I když zákon ukládá krajským úřadům vytvářet komunitní plán, jehož smyslem je zajistit dostupnost a kvalitu sociální služby, přetrvává nerovnoměrné místní a regionální rozložení sociálních služeb. Zcela zásadní význam pak má informovanost a spolupráce mezi krajem a obcí (59).

K zjištění cíle, jak jsou naplňovány integrované formy podpory vůči rodinným pečovatelům poskytující péči osobám se sníženou soběstačností na území samosprávného obvodu Písek, jsem použila metodu dotazníkového šetření. Celkem bylo rozesláno 200 dotazníků rodinným pečovatelům s rovnoměrným zastoupením z města Písek a okolí, Protivínska, Miroticka a Mirovicka. Zpět se vrátilo 129 dotazníků, z kterých bylo 5 dotazníků pro neúplnost vyřazeno. K získání dat jsem tedy použila 124 dotazníků, což je 62 % ze všech rozeslaných dotazníků.

Tošnerová (56) píše, rodinní pečující tvoří až čtvrtinový podíl naší společnosti, a proto je jim třeba věnovat zvýšená podpora ze strany společnosti. Právní úprava do roku 2007 umožňovala poskytovat nesoběstačné osobě péči prostřednictvím ústavní péče a nebo v jejím domácím prostředí prostřednictvím pečovatelské služby, a nebo rodinným příslušníkem. Jak uvádí Arnoldová (1) pečující osoba se vzdává svého pracovního místa a zůstává doma, aby mohla osobně, celodenně a řádně pečovat o nesoběstačnou osobu. I když po roce 1989 začaly většinou nestátní organizace nabízet nové služby, jako je osobní asistence, pečovatelské služby pro denní pobyt seniorů (tzv. domovinky) a domácí péče, mohl těchto služeb rodinný poskytovatel využít jen minimálně, aby mohla být splněna podmínka pro výplatu příspěvku při péči o blízkou a jinou osobu. Změnu přináší zákon o sociálních službách, účinný od 1. 1. 2007, kde příspěvek na péči sice náleží nesoběstačné osobě, která je vzhledem ke svému dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu odkázána na pomoc jiné fyzické osoby, ale záleží jen na uvážení nesoběstačné osoby a její rodiny, kdo a jakým způsobem tuto pomoc bude poskytovat. Může se jednat o rodinného příslušníka nebo jinou fyzickou osobu, poskytovatele sociálních služeb a nebo pomoc může být poskytována kombinovaně. Koldinská (21) uvádí, že příspěvek na péči může i zlepšit

finanční situaci u rodinných příslušníků, protože se již nepožaduje podmínka celodenní osobní péče a omezení výdělečné činnosti. Neuspokojivá finanční situace může nastat v případě, kdy nesoběstačná osoba se dostane vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu do ústavní péče zdravotnického zařízení, a jak uvádí zákon (62) výplata příspěvku je pozastavena, pokud ústavní péče trvá celý kalendářní měsíc. Součástí výzkumu bylo zjistit, jak často respondenti navštěvují osobu, o kterou pečují, v době její hospitalizace a zda při návštěvách v nemocnici poskytují péči. Výzkum (graf 27) prokázal, že rodinní pečovatelé navštěvují nesoběstačnou osobu v nemocnici denně, ale péči pokaždé neposkytují (graf 28).

Povinností nesoběstačné osoby je využívat příspěvek k zajištění péče o svou osobu. I když se příspěvkem zlepšuje finanční zátěž rodinného poskytovatele péče, nemá být pouze odměnou za výkon poskytované péče (4). Poskytnutí příspěvku zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí nesoběstačné osoby o způsobu zabezpečení vlastních potřeb (42). Domnívám se, že zákon o sociálních službách je prvním zákonem, který umožňuje na základě poskytovaného příspěvku na péči si vybrat formu pomoci a typ služby.

Z výzkumu vyplynulo, že dvě třetiny respondentů, poskytující péči většinou osobě nad 75 let (graf 4), jsou ženy (graf 1) ve věku 45 - 59 let (graf 2) se společnou domácností s nesoběstačnou osobou (graf 8). S vyšším věkem přicházejí náhlé životní zvraty, které vyvolávají zátěžovou situaci (20). Rovněž dlouhodobá péče představuje pro pečující velkou zátěž, zejména pak psychická, může mít vliv na fungování celé rodiny. Do primární zátěže se promítá čas a v sekundární zátěži již měnící se role a vztahy mezi pečujícím a nesoběstačnou osobou (56). Respondenti většinou uvedli, že péči poskytují po celých 24 hodin (graf 9). S uvedenými výsledky souvisí dotaz na zátěž, kterou jim způsobuje poskytovaná péče (graf 11). V celém samosprávném obvodu Písek uvedlo 45 % respondentů fyzickou zátěž. Rozdílný výsledek je u respondentů přímo z obce s rozšířenou působností Písek, kde na prvním místě před fyzickou zátěží uvedli sociální zátěž (tabulka 1). Vzhledem k tomu, že se jedná o město s různými druhy služeb, lze říci, že převaha sociální zátěže je z důvodu většího zastoupení při poskytování péče nesoběstačné osobě ve stupni III. oproti jiným městům

a obcím regionu (graf 6). Jeřábek (18) píše, dlouhodobá zátěž poskytovatele může způsobit zdravotní problémy z důvodu neúměrné fyzické námahy a psychické poruchy způsobené dlouhodobým stresem a vypětím. U poloviny respondentů pomáhá rodina (graf 10) při nejčastějších činnostech: zvládnání běžných úkonů, přípravě a poskytování stravy a osobní hygieně (graf 17). Výsledky korespondují s vyjádřením Jeřábka (19), že společná péče a sdílená odpovědnost rodiny představuje pro pečující osoby snesitelnou a snáze uskutečnitelnou péči o nesoběstačnou osobu. Role rodinného poskytovatele pomoci je nezastupitelná při poskytování péče, a proto je třeba těmto pečovatelům vytvářet optimální podmínky. Rodinní poskytovatelé tak potřebují odbornou pomoc institucí, podporu morální, legislativní i ekonomickou (16).

V současné době jsou sociální a zdravotní služby terénního charakteru zajišťovány především formou pečovatelské služby a domácí zdravotní péči. Jednou z cest zkvalitnění péče o seniory, nesoběstačné osoby, ale i o rodinné pečovatele je další rozvoj pečovatelské služby takovými zařízeními, které doplňují domácí péči (domovinky, respitní péče) a některých navazujících služeb (osobní asistence, aktivizační programy) a celodenních služeb (42).

Plánování rozvoje sociálních služeb prostřednictvím komunitního plánování probíhá v České republice již několik let, ale podstatné důležitosti k tvorbě plánu přispěla na základě zákona o sociálních službách povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na úrovni kraje. Prostřednictvím komunitního plánování lze zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji (32). Potřeba je to, co pohání rozvoj služeb, určuje kdo služby přijímá. Zároveň nelze říci, že příjemci služby, kteří náleží ke stejné uživatelské skupině (senioři nebo osoby zdravotně postižené), budou mít stejné potřeby (5). Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro období 2008 – 2010 si klade za cíl udržet stávající sociální služby a podporovat rozvoj denních a týdenních stacionářů, center denních služeb, odlehčovacích služeb a dostupnost terénních služeb ve všech typech obcí. Součástí plánu je i podpora osobní asistence, sociálně aktivizačních služeb a poradenství, jehož součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina respondentů zaznamenala, že sociální zákon přináší nabídku služeb, které by

usnadnily péči (graf 16), ale z celkového počtu 124 respondentů pouze 13 respondentů využívá nějakou službu (tabulka 3). Podle zastoupení měst v samosprávném obvodu Písek bylo zjištěno, že nejvíce využívají služby ve městě Písek (9 respondentů). Tento výsledek koresponduje s přehledem poskytovatelů sociálních služeb v regionu Písek – příloha 4. S ohledem na uvedený přehled můžeme říci, že poskytovatelé sociálních služeb jsou soustředěni převážně v Písku. V Protivíně jsou zaregistrovány organizace poskytující pečovatelskou službu a sociálně terapeutické dílny. V Mirovicích je jen pečovatelská služba. V Miroticích ani v ostatních obcích není zaregistrován žádný poskytovatel sociálních služeb. Z výzkumu ohledně terénních služeb ještě vyplynulo, že respondenti by uvítali pomoc od instituce v jimi sjednanou hodinu (graf 19). Poskytovatel rodinné péče rovněž nemá nárok na dovolenou a odpočinek, i když zátěž je mnohdy velká (4). Z přehledu poskytovatelů – příloha 4 opět zjistíme, že odlehčovací služby, pro které se rozhodla většina respondentů (graf 24) v případě vlastního odpočinku jsou zastoupeny pouze v Písku. Tímto vzniká nerovné postavení uživatelů sociální služby, neboť uživatel nemá možnost si vybrat vhodnou službu a nebo nabídka je minimální. Naprostá většina existujících sociálních služeb se nachází v obcích s přenesenou působností. Zároveň je předpoklad, že v těchto obcích bude soustředěna většina služeb i v budoucnu (32). Koldinská (21) píše, že zákon však neupravuje dostupnost služeb ani potřebné kapacity služeb, což je jeho nedostatek. Dostupnost sociálních služeb každému občanovi podle jeho individuálních potřeb by měla být naplňována zvýšenou odpovědností a působností obce. Podstatou je zapojení místních a regionálních orgánů do poskytování sociálních služeb (34). Pro oblast Písecka byl zpracován Komunitní plán sociálních služeb Písek pro období 2008 – 2010, na jehož základě obce Písek, Protivín, Mirovice a Mirovice zajišťují zkvalitnění a rozšíření převážně terénních služeb. Dle dokumentu Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (37) může nedostatek dostupnosti profesionální a odborné podpory ovlivnit snížení kvality péče a zároveň ohrozit zdraví poskytovatele.

V oblasti péče o seniory mají nezastupitelné místo mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví, pohoda seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních

potřeb a podpora setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí (16) V průběhu času se ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o nesoběstačné osoby není vhodné, a proto je třeba budovat síť koordinovaných služeb tak, aby si každý mohl vybrat způsob péče, který nejlépe uspokojuje jeho potřeby (11) K této službě by se přiklonila většina respondentů (graf 20), ale možnost ji využívat mají pouze v Písku – příloha 4. Respondenti rovněž uvedli (graf 16), že zaznamenali nabídku sociálních služeb, kterou přináší zákon o sociálních službách, ale již jen polovina respondentů (graf 14) věděla, kam se obrátit o poskytnutí kompenzační pomůcky pro nesoběstačnou osobu a většina respondentů zároveň uvedla, že získala informace o péči od lékaře a nebo v nemocnici při propuštění nesoběstačné osoby do domácí péče (graf 12). S výsledky koresponduje názor Kozlové (24), že informovanost občanů v problematice sociálních služeb není dostačující. Domnívám se, že si neformální poskytovatelé uvědomují náročnost péče o nesoběstačnou osobu i přesně dokáží upřesnit činnosti, které by jim pomohly, ale vzhledem k chybějící službě v místě bydliště nesoběstačné osoby a nízké informovanosti, se stále obrací rodinní pečovatelé převážně o pomoc na rodinu a zákon o sociálních službách tak nenaplnuje úlohu s jakým byl přijat. V zájmu podpory rodinných pečovatelů by byly vhodné edukační programy pro laické pečující osoby, podpora respitní péče, specializovaných denních center a větší medializace problematiky (56).

Ze zhodnocení výsledků vyplývá, že míra integrovaných forem podpory rodinných pečovatelů souvisí s rozvojem sociálních služeb v dané lokalitě. Hypotéza 1 se potvrdila. Pravidelnost poskytování péče rodinnými pečovateli osobě se sníženou soběstačností ve zdravotnickém zařízení uvedlo menší počet respondentů než další uvedené skupiny respondentů, kteří uvedli jen pokud potřebná osoba péči vyžaduje a nebo vůbec neposkytují. Proto Hypotéza 2, která uváděla, že pokud se osoba se sníženou soběstačností ocitne v ústavní péči ve zdravotnickém zařízení, poskytují rodinní pečovatelé této osobě péči i ve zdravotnickém zařízení, se nepotvrdila.

## 6 ZÁVĚR

V současné společnosti stále převažuje péče o osoby se sníženou soběstačností prostřednictvím rodinných příslušníků. Mluvíme tak o neformálních pečovateli, kteří bez odborné znalosti uspokojují potřeby svých blízkých. Péče o osobu se sníženou soběstačností je pro rodinné poskytovatele často náročná, neboť vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby a vedle zvládnutí běžného chodu domácnosti i fyzickou námahu při některých úkonech. Pečující osoba se snaží svou péčí zachovat důstojný a kvalitní život nesoběstačné osoby.

Jak jsem již naznačila, rodinná péče přináší pečujícím osobám často vysokou zátěž, a proto je třeba se věnovat vedle poskytování pomoci a podpory nesoběstačným osobám, též pomoci poskytovatelům rodinné péče. Dlouhodobá péče může u pečovatele vyvolat zdravotní potíže, ale i problémy psychické a sociální.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, v jakých oblastech přispívá nynější koncepce sociálních služeb ČR k realizaci rodinné péče o osoby se sníženou soběstačností.

Domnívám se, že stanovený cíl byl splněn. V teoretické části práce jsem se věnovala rodinným pečovatelům, jednotlivým typům péče, které vykonávají a dále negativním faktorům eliminující možnost rodinné péče. Na základě těchto poznatků a analýzy platného zákona o sociálních službách jsem zmapovala vhodné zdravotně sociální služby, které by usnadnily náročnost rodinné péče.

Dílčí cíl, zjistit, jak jsou naplňovány integrované formy podpory vůči rodinným pečovatelům pečující o osoby se sníženou soběstačností na území samosprávného obvodu Písek, byl vyhodnocován na základě výsledků dotazníkového šetření a analýzy Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro období 2008 - 2010. Ukázalo se, že i když by plán měl obsahovat potřeby a nároky nesoběstačných osob, existují velké místní rozdíly v zastoupení poskytovatelů, kteří mohou tyto potřeby uspokojit. Největší zastoupení sociálních služeb je v obci s rozšířenou působností.

Hypotéza 1: „Míra integrovaných forem podpory rodinných pečovatelů souvisí s rozvojem sociálních služeb v dané lokalitě“ byla potvrzena.



Hypotéza 2: „ Pokud se osoba se sníženou soběstačností ocitne v ústavní péči ve zdravotnickém zařízení, poskytují rodinní pečovatelé této osobě péči i ve zdravotnickém zařízení“ nebyla potvrzena.

Otázka pomoci rodinným pečovatelům je stále aktuální. V průběhu zpracování dat jsem dospěla k názoru, že i když právní úprava umožňuje poskytovat celou škálu zdravotně sociálních služeb, které by jednak na sebe navzájem navazovaly a jednak by značně pomohly rodinným pečovatelům, existuje u rodinných pečovatelů špatná informovanost o jednotlivých sociálních službách a stále přetrvávající pocit, že si rodina musí vystačit sama. Nelze také opomenout spolupráci obcí a krajů, aby se snažily o zjišťování odpovídajících potřeb rodin a rodinných pečovatelů a vytvořit komplexní síť sociálních služeb pro občany ve svém místním obvodu. Na úrovni každé obce by měla být zabezpečena informovanost a vzhledem ke stárnutí populace i možnost objednat si základní úkony pečovatelské služby.

Práci mohou využít rodinní pečovatelé, kterým může poskytnout více informací o zákonu o sociálních službách a náhled na vhodné formy sociálních služeb, které by jim usnadnily péči. Pečovatelé v regionu Písek pak mají možnost si na základě přehledu poskytovatelů přímo službu sjednat. Zároveň profesionální pečovatelé a tvůrci komunitního plánu mohou k některým výsledkům šetření přihlédnout a snažit se rozšířit poskytované služby a nebo vyplnit bílá místa v regionu Písek.

Snahou práce bylo upozornit na náročnost rodinné péče, která potřebuje širokou podporu a pomoc.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 504 s. ISBN 80-246-0875-8.
2. BAREŠ, P.: *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_274.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_274.pdf)>.
3. BARTOŇOVÁ, J.: Modely rodinné péče o starého člověka. In JEŘÁBEK, H. et al.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. s. 28-41. ISBN 1801-1519.
4. BARVÍNKOVÁ, J.: Rodinná péče a profesionální péče. In JEŘÁBEK, H. et al.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. s. 58-70. ISBN 1801-1519.
5. *Bílá kniha v sociálních službách*. [online]. 26. 4. 2005 [cit. 2009-11-18]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>.
6. BŘÍZOVÁ, B., BOCKSCHNEIDEROVÁ, A.: Sociální práce s handicapovanými. In *Kapitoly sociální práce v praxi*. JČU ČB, ZSF, 2008. s. 123 – 139. ISBN 978-80-7394-074-4.
7. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
8. LEICHSENRING, K.: *Developing integrated health and social care services for older persons in Europe* [online]. 2004 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393267/>>.
9. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A.: *Sociální politika v základech*. Praha: Triton, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7387-725-3.
10. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A.: Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn. *Kontakt*. JČU ČB, ZSF roč. 2008, č. 2, s. 334-338. ISSN 1212-4117.
11. HAŠKOVCOVÁ, H.: *České ošetřovatelství 10, Manuálek ze sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
12. HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P.: Problematika pečujících v České republice. In *Sborník kongresu: VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Dům techniky Ostrava, 2004. s. 24-31.

13. HUDÁČKOVÁ, A.: Základy ošetrovatelství. In MOJŽÍŠOVÁ, A.: *Zdravotně sociální pracovník*, JČU ČB, ZSF. 2008. s. 179-198.
14. HUTAŘ, J., KRÁSA, V.: *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. [online]. Praha. Národní rada zdravotně postižených ČR. [cit. 2009-11-18]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/soc/zak/broyura.pdf>>.
15. JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
16. JAROŠOVÁ, D.: *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
17. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
18. JEŘÁBEK, H.: Péče o staré lidi v rodině. In JEŘÁBEK, H. et al.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. s. 9-19. ISBN 1801-1519.
19. JEŘÁBEK, H.: Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. In *Sociologický časopis, Czech Sociological Review*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, roč. 45/2009, č. 2. s. 243-266. ISSN 0038-0288.
20. KLEVETOVÁ, D.: Starý člověk a rodina. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
21. KOLDINSKÁ, K.: Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In MATOUŠEK, O. et al.: *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
22. *Komunitní plánování sociálních služeb Písek* [online]. 2009 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://www.mesto-pisek.cz/mestsky-urad/komunitni-planovani/komunitni-planovani.html>>.
23. KOZLOVÁ, L.: *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
24. KOZLOVÁ, L.: Sociální služby pro stárnoucí populaci v České republice. In *Sborník: II. mezinárodní konference, Problematika – generace 50 plus*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 32-35. ISBN 80-7040-821-9.

25. KOZLOVÁ, L.: *Výzkum v sociální oblasti* [online]. [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <[http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm)>.
26. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., : *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
27. KRAUS, B.: *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
28. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V.: *Člověk – prostředí – výchova, K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
29. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
30. MACHOVÁ, A.: Komunitní a domácí péče. In TÓTHOVÁ, V.: *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. JČU ČB, ZSF. 2008. s. 118-134.
31. MATEROVÁ, J.: *Komunitní plánování sociálních služeb – metodika* [online]. Praha. Agora Central Europe [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://www.agora-ce.cz/dokumenty/publikace/Methodika.pdf>>.
32. MATOUŠEK, O. et al.: *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
33. MATOUŠEK, O.: *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
34. MOLEK, J.: *Marketing sociálních služeb* [online]. Praha. [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://praha.vupsv.cz/cgi-webisnt/ref.wis>>.
35. MOŽNÝ, I.: *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2008. ISBN 978-80-86429-87-8.
36. *Národní plán přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. 13. 6. 2008 [cit. 2009-11-18]. Dostupný z: <<http://mpsv.cz/cs/2869>>.
37. *Národní plán přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 : Kvalita ve stáří* [online]. 1. 8. 2008 [cit. 2009-11-18]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.
38. *Národní plán podpory a intergace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009* [online] 27. 6. 2007 [cit. 2009-11-18]. Dostupný z: <<http://www.nrzp.cz//userfiles/file/nppi2007.pdf>>.

39. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na léta 2010 – 2014* [online] 2009 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://www.nrzp.cz/narodni-plan-vyrovnani-prilezitosti-pro-obcany-se-zdravotnim-postizenim>>.
40. PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D.: *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 2005. 125 s. ISBN 80-7083-985-6.
41. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
42. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
43. Průvodce sociálními službami, jsme tu pro vás – Terénní služby – Jihočeský kraj. České Budějovice. Herbia, 2008.
44. *Příloha č. 1 k vyhlášce 505/2006 Sb. – Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku* [online]. 2006 [cit. 2009-11-18]. Dostupný z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7337/Priloha\\_1\\_505\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7337/Priloha_1_505_2006_Sb.pdf)>.
45. *Příspěvek na péči* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <[http://www.tigeragency.cz/poradenstvi\\_3.php](http://www.tigeragency.cz/poradenstvi_3.php)>.
46. *Rodina a její funkce ve společnosti z hlediska státu – Národní zpráva o rodině (zkrácená verze)* [online] 2004 [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://archiv.noviny.mpsv.cz/narodnizprava.htm>>.
47. ROSECKÝ, D., ORINIAKOVÁ, P.: *Komunitní plánování sociálních služeb* [online]. CCPKP [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <[http://socialnirevue.cz/media/docs/Rosecky\\_Oriniakova\\_Komunitni\\_planovani\\_socialnich\\_sluzeb.pdf](http://socialnirevue.cz/media/docs/Rosecky_Oriniakova_Komunitni_planovani_socialnich_sluzeb.pdf)>.
48. RUBÁŠOVÁ, M.: Solidarita v rodině: genderová role v péči o závislé osoby. In JEŘÁBEK, H. et al.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. s. 42-48. ISBN 1801-1519.
49. RYCHLÍK, D.: Provozní standardy sociálních služeb I. In *Sociální práce/Sociální práca*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč.2009, č. 1, s. 64 - 73. ISSN 1213-6204.
50. Soběstačnost [online]. [cit 2010-02-10]. Dostupný z: <<http://leccos.com/ndex.php/clanky/sobestacnost>>.

51. *Sociální služby - způsoby pomoci* [online]. 2006 [cit. 2009-11-18]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
52. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
53. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na roky 2008 – 2010* [online].18.9.2007[cit.2010-02-10].Dostupný z: <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=1225&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=1225&par[lang]=CS)>.
54. TOMEŠ, I.: *Sociální politika – teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: SOCIOKLUB, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
55. TOŠNEROVÁ, T.: *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Ambulance pro poruchy paměti a Ústav lékařské etiky 3. LF UK*. Praha: 2001.
56. TOŠNEROVÁ, T.: *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 239 s. ISBN 978-80251-2104-7.
57. TRACHTOVÁ, E. et al.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
58. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
59. VASKOVÁ, V.: *Plánování sociálních služeb připravované novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2009, č. 1, s. 53-54. ISSN 1213-6204.
60. VESELÁ, J.: *Sociologický výzkum a jeho metody*. 2. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 92 s. ISBN 80-7194-847-0.
61. VOTAVA, J. et al.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
62. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
63. ZAVÁZALOVÁ, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 96 s. ISBN 80-246-0326-8.
64. ZGOLA, J. M.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

komunitní plánování

příspěvek na péči

rodinná péče

soběstačnost

sociální služby

## **9 PŘÍLOHY**

### **9.1 Seznam příloh**

1. Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku
2. Stručný popis služeb sociální péče
3. Stručný popis služeb sociální prevence
4. Přehled poskytovatelů sociálních služeb v regionu Písek
5. Dotazník



## **Příloha č. 1**

### **Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku**

#### **I. Úkony péče o vlastní osobu**

##### *a) příprava stravy:*

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

##### *b) podávání a porcování stravy:*

1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby,
7. stanovení jídelního plánu s každodenním podáváním stravy zvláštního složení,

množství nebo četnosti, popřípadě léčebných nutričních doplňků;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 6;

##### *c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:*

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

##### *d) mytí těla:*

1. umytí rukou, obličeje,
2. utírání se;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

##### *e) koupání nebo sprchování:*

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

##### *f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:*

1. čištění zubů nebo zubní protézy,
2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opilování nehtů,

4. holení;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

g) *výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:*

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) *vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:*

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

i) *sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:*

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) *stání, schopnost vydržet stát:*

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

k) *přemísťování předmětů denní potřeby:*

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledání předmětů;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

l) *chůze po rovině:*

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě,
3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
4. udržení požadovaného směru chůze,
5. chůze okolo překážek;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) *chůze po schodech nahoru a dolů:*

chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

n) *výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:*

1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,

2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,

3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) *oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:*

1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,

2. obutí vhodné obuvi,

3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,

4. zouvání;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) *orientace v přirozeném prostředí:*

1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,

2. orientování se v okolí domu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,

3. poznávání blízkých osob,

4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,

5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,

6. rozlišování zvuků a jejich směru;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4 a 5;

q) *provedení si jednoduchého ošetření:*

1. ošetření kůže,

2. použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku,

3. dodržování diety,

4. provádění cvičení,

5. měření tělesné teploty, měření glykosurie a ketolátek v moči,

6. vyhledání nebo přivolání pomoci;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) *dodržování léčebného režimu:*

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,

2. příprava léků, rozpoznání správného léku,

3. pravidelné užívání léků,

4. aplikace injekcí, měření glykemie, stanovení aktuální dávky inzulínu,

5. provádění inhalací, převazů,

6. rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

## II. Úkony soběstačnosti

### a) *komunikace slovní, písemná, neverbální:*

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,
2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,
3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3;

u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

### b) *orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:*

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
2. znalost hodin,
3. rozlišení denní doby,
4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání,
5. dosažení cíle své cesty,
6. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 4 a 5;

### c) *nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:*

1. znalost hodnoty peněz,
2. rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí,
3. rozlišení hodnoty věcí;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

### d) *obstarávání osobních záležitostí:*

1. styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi,
2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
3. obstarání si služeb,
4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

### e) *uspořádání času, plánování života:*

1. dodržování denního a nočního režimu,
2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,
4. přizpůsobení denního a nočního režimu potřebám léčby a ošetřování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;

f) *zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:*

1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností,
  2. aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,
  3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;g) *obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):*

1. plánování nákupu,
2. vyhledání příslušného obchodu,
3. výběr zboží,
4. zaplacení nákupu,
5. přinesení běžného nákupu,
6. uložení nákupu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) *vaření, ohřívání jednoduchého jídla:*

1. sestavení plánu jídla,
2. očištění a nakrájení potřebných surovin,
3. dávkování surovin a přísad,
4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče,
5. ohřívání jednoduchého jídla;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 4;

i) *mytí nádobí:*

1. umytí a osušení nádobí,
2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

j) *běžný úklid v domácnosti:*

mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;

u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

k) *péče o prádlo:*

1. třídění prádla na čisté a špinavé,
2. skládání prádla,
3. ukládání prádla na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

l) *přepírání drobného prádla:*

1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,
2. praní drobného prádla v ruce,
3. sušení prádla;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) *péče o lůžko:*

1. ustlání, rozestlání lůžka,

2. výměna lůžkovin;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

n) *obsluha běžných domácích spotřebičů:*

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,

2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) *manipulace s kohouty a vypínači:*

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,

2. rozlišení kohoutů a vypínačů,

3. ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) *manipulace se zámkami, otevírání, zavírání oken a dveří:*

1. zamykání a odemykání dveří,

2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

q) *udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:*

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,

2. třídění odpadů,

3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) *další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:*

1. obsluha topení,

2. praní prádla,

3. žehlení prádla;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu.

*Zdroj: (44)*

## **Příloha č. 2**

### **Stručný popis služeb sociální péče:**

#### **Osobní asistence**

Terénní služba určená zejména lidem se zdravotním postižením a seniorům. Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života společnosti (34).

#### **Pečovatelská služba**

Je převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti. Služba je určena zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost (34).

#### **Tísňová péče**

Nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Za pomoci této komunikace je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu (51).

#### **Průvodcovské a předčitatelské služby**

Jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat či se orientovat v prostoru. Jedná se zejména o osoby se smyslovým postižením. Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí (34).

#### **Podpora samostatného bydlení**

Tato služba se podobá pečovatelské službě, zaměřuje se však více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet (34).

#### **Odlehčovací služby (respitní)**

Jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl, umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb (34).

#### **Centra denních služeb**

Jedná se o ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a

současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností (34).

### **Denní stacionáře**

Jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (34).

### **Týdenní stacionáře**

Jsou pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (51).

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a kteří vyžadují pomoc jiné fyzické osoby.(43).

### **Domovy pro seniory**

Pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (43).

### **Domovy se zvláštním režimem**

Pobytové služby, které jsou přizpůsobovány potřebám osob se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí (51).

### **Chráněné bydlení**

Pobytová služba typu skupinového nebo individuálního bydlení poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (34).

### **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče**

Pobytové služby poskytované osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a proto je jim poskytovaná sociální služba do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou, a nebo jinou fyzickou osobou nebo jiným poskytovatelem sociálních služeb (51).



### **Příloha č. 3**

#### **Stručný popis služeb sociální prevence:**

##### **Raná péče**

Je terénní, popřípadě ambulantní služba, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace (43).

##### **Telefonická krizová pomoc**

Služba je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, a nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami (51).

##### **Tlumočnické služby**

Terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace, které jsou způsobené především smyslovým postižením, a které zamezují komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby (34).

##### **Azylové domy**

Pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby v nepříznivé sociální situaci ve spojení se ztrátou bydlení (43).

##### **Domy na půl cesty**

Pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opustily školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, a nebo po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody a ochranné léčby (34).

##### **Kontaktní centra**

Ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám ohrožených závislostí na návykových látkách za účelem snižování sociálních a zdravotních rizik (34).

##### **Krizová pomoc**

Terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu pro osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života (51).

### **Intervenční centra**

Poskytují ambulantní, terénní a pobytové služby vykázaným osobám na základě zvláštního právního předpisu ze společného obydlí nebo zákazu vstupu do něj do 48 hodin a nebo osobám na žádost při ohrožení násilným chováním jiné osoby (34).

### **Nízkoprahová denní centra**

Poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby osoby bez přístřeší (43).

### **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež**

Poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace (51).

### **Noclehárny**

Jsou to ambulantní služby pro osoby bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování (51).

### **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi**

Jsou to terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje (51).

### **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženi sociálním vyloučením (43).

### **Sociálně terapeutické dílny**

Jsou to ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na trhu práce a jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie (51).

### **Terapeutické komunity**

Poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života (51).

### **Terénní programy**

Jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Služba může být poskytována anonymně. Cílem služby je vyhledávat ohrožené osoby a minimalizovat rizika jejich způsobu života (51).

### **Sociální rehabilitace**

Poskytuje se formou terénní a ambulantní, někdy i pobytovou v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Cílem je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných a pro samostatný život nezbytných činností (43).

## **Příloha č. 4**

### **Přehled poskytovatelů sociálních služeb v regionu Písek**

#### **Sociální poradenství**

Arkáda – sociálně psychologické centrum, o. s.,

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 224 720

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o. s., Klub Krteček v Písku

Družstevní 61, 397 01 Písek, Tel.: 380 404 264, 731 571 143

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, o. s., pracoviště Písek,

Palackého sady 185, 397 01 Písek, Tel.: 382 212 343, 606 708 413

Horizont o. s.

K Lomu 239, 398 11 Protivín, Tel.: 382 224 105, 605 416 913

INKANO Písek o.s.

Karlova 108, Písek, Tel.: 382 210 319, 382 211 108:

Oblastní charita Písek

Na Bakalářích 43, 397 01 Písek, Tel.: 382 214 828, 382 210 364

Prácheňské sanatorium o.p.s. Písek

17. listopadu 2444, 397 01 Písek, Tel.: 382 217 777

#### **Osobní asistence**

MESADA, o. s.

nábřeží 1. máje 2259, 397 01 Písek, Tel.: 382 222 246, 724 057 926

#### **Pečovatelská služba**

Český červený kříž – Oblastní spolek Písek

Čechova 454, 397 01 Písek, Tel.: 382 270 016

Oblastní charita Písek

Na Bakalářích 43, 397 01 Písek, Tel.: 382 214 828, 382 210 364

Pečovatelská služba a jesle města Písek

nábřeží 1. máje 1402, 397 01 Písek, Tel.: 382 213 974

Pečovatelské služby seniorského domu Písek

K Lipám 132, 397 01 Písek, Tel.: 732 874 017

Protivínská sedmikráska, o. s.

Masarykovo náměstí 36, 398 11 Protivín, Tel.: 382 252 700, 776 144 696

Středisko BLANKA - Diakonie ČCE v Písku

Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek, Tel.: 382 219 057

Město Protivín

Masarykovo náměstí 21, 398 11 Protivín, Tel.: 382 252 102

Město Mirovice

Masarykovo náměstí 38, 398 06 Mirovice, Tel.: 382 274 101

### **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče**

Nemocnice Písek

Karla Čapka 589, 397 01 Písek, Tel.: 382 772 325

### **Denní stacionáře**

Ústav sociální péče DUHA

Jana Mukařovského 2309, 397 01 Písek, Tel.: 382 215 232, 382 210 013

### **Týdenní stacionáře**

Ústav sociální péče DUHA

Jana Mukařovského 2309, 397 01 Písek, Tel.: 382 215 232, 382 210 013

### **Domovy se zvláštním režimem**

Středisko BLANKA - Diakonie ČCE v Písku

Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek, Tel.: 382 219 057

Prácheňské sanatorium o.p.s. Písek

17. listopadu 2444, 397 01 Písek, Tel.: 382 217 777

### **Domovy pro seniory**

Domov důchodců Světlo

Drhovle 44, 397 01 Písek, Tel.: 382 273 124

Karla Čapka 2549, 397 01 Písek, Tel.: 382 789 611

Středisko BLANKA - Diakonie ČCE v Písku

Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek, Tel.: 382 219 057

### **Raná péče**

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o. s., Klub Krteček Písek

Družstevní 61, 397 01 Písek, Tel.: 380 404 264, 731 571 143

### **Telefonická krizová pomoc**

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o. s.

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 211 300

### **Kontaktní centra**

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o. s.

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 228 171

### **Krizová pomoc**

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o. s.

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 211 300

### **Služby následné péče**

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o.s.

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 224 720

FOKUS Písek, o. s.

Kollárova 485, 397 01 Písek, Tel.: 382 224 297

### **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi**

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o. s.

Husovo náměstí 2, 397 01 Písek, Tel. 382 224 720

Horizont, o.s. Protivín (pro rodiny s dětmi)

K Lomu 239, 398 11 Protivín, Tel.: 382 224 105, 605 416 913

### **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o. s., Klub Krteček Písek

Družstevní 61, 397 01 Písek, Tel.: 380 404 264, 731 571 143

MESADA, o. s.

nábřeží 1. máje 2259, 397 01 Písek, Tel.: 382 222 246, 724 057 926

### **Sociálně terapeutické dílny**

HORIZONT o.s. Protivín, pracoviště Písek

Alšovo náměstí 75/13, 397 01 Písek, Tel.: 382 224 105

### **Sociální rehabilitace**

FOKUS Písek

Kollárova 485, 397 01 Písek, Tel.: 382 224 297

MESADA, o. s.

nábřeží 1. máje 2259, 397 01 Písek, Tel.: 382 222 246, 724 057 926

### **Centrum domácí péče**

Středisko BLANKA - Diakonie ČCE v Písku

Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek, Tel.: 382 219 057

Český červený kříž – Oblastní spolek Písek

Čechova 454, 397 01 Písek, Tel.: 382 270 016

*Zdroj: (43, 51)*

## Příloha č. 5

Vážená paní, vážený pane,

jsem zaměstnána na oddělení služeb na Městském úřadě Písek. Nyní se na Vás obracím jako studentka Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění dotazníku, který je anonymní a získané údaje poslouží pouze k provedení výzkumu o sociálních službách pro moji bakalářskou práci na téma: Dopady současných legislativních změn na realizaci rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností.

Pokud není uvedeno jinak, prosím zakroužkujte pouze jednu odpověď a nebo odpověď vypište vlastními slovy.

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas.

Marcela Efenberková

1. Pohlaví:

a) muž

b) žena

2. Váš věk:

a) do 29 let

b) 30 let - 44 let

c) 45 let – 59 let

d) 60 let – 74 let

e) nad 75 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

a) základní

b) odborné s výučním listem

c) středoškolské

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

4. Pečujete o osobu ve věku:

a) do 18 let

b) 18 let – 44 let

c) 45 let – 59 let

d) 60 let – 74 let

e) nad 75 let

5. Pečujete o osobu se stupněm závislosti:

a) stupeň I (lehká závislost)

b) stupeň II (středně těžká závislost)

c) stupeň III (těžká závislost)

d) stupeň IV (úplná závislost)

6. Jak dlouho pečujete o nesoběstačnou osobu?

a) do roka

b) 1 rok - 5 let

c) 6 let - 10 let

d) 11 let - 15 let

e) 16 let a více



7. Nesoběstačná osoba má bydliště:
- a) v Písku
  - b) v Protivíně
  - c) v Mirovicích
  - d) v Mirovicích
  - e) ostatní
8. Bydlíte ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečujete?
- a) ano
  - b) ne
9. Kolik hodin denně poskytujete potřebné osobě pomoc?
- a) méně než 8 hodin
  - b) 8 hodin až 16 hodin
  - c) celých 24 hodin
10. Péče Vám způsobuje největší zátěž:
- a) fyzickou (zdravotní problémy)
  - b) finanční (výše příspěvku nestačí na úhradu vlastních potřeb a jiných služeb)
  - c) sociální (nedostatek času věnovat se vlastní rodině, vlastním zájmům)
  - d) citovou (nedokážete se vyrovnat s nepříjemnými pocity při péči)
11. Pomáhá Vám někdo při poskytování péče?
- a) rodina
  - b) soused
  - c) organizace poskytující služby (Pečovatelská služba, Charita, stacionář, ČČK)
  - d) nikdo
  - e) někdo jiný .....
12. Kde jste získal(a) informace, jak pečovat o nesoběstačnou osobu?
- a) lékař
  - b) známí
  - c) mediální prostředky – uveďte jaké .....
  - d) obecní úřad
  - e) organizace poskytující služby
  - f) v nemocnici při propuštění nesoběstačné osoby do domácí péče
13. Byl/a/ jste prakticky seznámen/a/, jak pečovat o osobu se sníženou soběstačností?
- a) ano, v domácím prostředí nesoběstačné osoby
  - b) ano, ve zdravotnickém zařízení
  - c) ano, v organizaci poskytující sociální služby
  - d) ne
14. Věděl/a/ byste, na které zařízení se obrátit o poskytnutí kompenzační pomůcky pro postiženou osobu?
- a) ne
  - b) ano napište jaké/.....

15. Zaregistroval/a/ jste, že zákon o sociálních službách přináší pro rodinné poskytovatele nabídku terénních a ambulantních služeb, které by usnadnily péči o nesoběstačnou osobu?

- a) ano, mám základní informace
- b) ano, ale neznám podrobnosti
- c) ne

16. Jaká činnost poskytovaná institucí by Vám nejvíce pomohla při zvládnání péče o nesoběstačnou osobu?

- a) při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) při osobní hygieně
- c) při poskytování stravy nebo při zajištění stravy
- d) při zajištění chodu domácnosti /praní, úklid/
- e) při zajištění kontaktu se společenským prostředím /doprovod, předčítání/
- f) při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- g) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- h) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti
- i) sociálně terapeutické činnosti
- j) sociální poradenství
- k) jiné .....

17. Jakou formu služeb byste pro poskytování pomoci nesoběstačné osobě preferoval/a/?

- a) terénní /poskytovaná v domácím prostředí/
- b) ambulantní /nutnost dovážení postižené osoby do zařízení/

18. Vyhovovalo by Vám, abyste si mohl/a/ pomoc od instituce objednat na Vámi sjednanou hodinu?

- a) ano
- b) celkem ano
- c) moc ne
- d) vůbec ne

19. Vzhledem k náročnosti zdravotnického ošetřování při poskytování pomoci nesoběstačné osobě využil/a/ byste službu domácí péče? /odborná zdravotní a sociální péče/

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Pomohl by Vám při dlouho trávající péči odpočinek k načerpání nových sil?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne /nemusíte odpovídat na další 2 otázky/

21. Využil/a/ byste k tomuto účelu přechodného pobytu pro pečovaného v zařízeních pobytového typu?

- a) ano                      b) spíše ano                      c) spíše ne                      d) ne

22. Jaké zařízení k tomuto účelu byste zvolil/a/?

- a) odlehčovací služby (celková péče o nesoběstačného, nahrazující péči v domácnosti)
- b) centrum denních služeb (zajištění pomoci s osobní hygienou a s osobními záležitostmi)
- c) denní stacionář (denní péče s výchovnými, aktivizačními a terapeutickými činnostmi)
- d) týdenní stacionář (týdenní péče s výchovnými, aktivizačními a terapeutickými činnostmi)

23. Využíváte nějakou ze sociálních služeb? /Pokud jich využíváte několik zaškrtněte všechny./

- a) Sociální poradenství
- b) Osobní asistence
- c) Pečovatelská služba
- d) Průvodcovské a předčitatelské služby
- e) Odlehčovací služby
- f) Centra denních služeb
- g) Denní stacionáře
- h) Raná péče
- i) Sociální rehabilitace
- j) Sociálně terapeutické dílny
- k) Domácí péče /poskytovaná Českým červeným křížem/

Jiné služby .....

24. Jste spokojen/a/ s poskytovanou službou? /dostupnost časová, místní, kvalita poskytování/

- a) velmi              b) celkem ano              c) moc ne              d) vůbec ne

Pokud jste nespokojen/a/, uveďte proč .....

25. Domníváte se, že máte dostatečné informace o nároku a výplatě příspěvku na péči?

- a) ano                      b) spíše ano                      c) spíše ne                      d) ne

26. Navštěvujete osobu, o kterou pečujete i během jejího pobytu v léčebném ústavu?

- a) ano denně              b) nepravidelně              b) ne              d) nebyla hospitalizována

27. Při návštěvách v nemocnici poskytujete osobě, o kterou pečujete osobní péči?  
/podávání stravy, mytí, holení/

- a) ano, pokaždé
- b) pouze pokud osoba péči vyžaduje
- c) ne, péče je zajištěna personálem nemocnice
- d) jiné .....

28. Víte, že v případě hospitalizace po dobu delší jak kalendářní měsíc, není nárok na výplatu příspěvku při péči?

- a) ano
- b) ne

29. Domníváte se, že výše příspěvku na péči je dostačující, aby si nesoběstačná osoba mohla nakoupit služby dle svých potřeb?

- a) ano
- b) celkem ano
- c) moc ne
- d) vůbec ne