

# Vliv příspěvku na péči na kvalitu života osob se zdravotním postižením

Věra Koudelková

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Věra KOUDELKOVÁ  
Osobní číslo: H118132  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Vliv příspěvku na péči na kvalitu života osob se zdravotním postižením

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku života osob se zdravotním postižením,
- na hledání odpovědi na otázku, zda je příspěvek na péči prostředníkem ke zkvalitnění života,
- na možnosti sociální pedagogiky při návratu osob se zdravotním postižením do společnosti.

Součástí práce bude sociologické šetření zaměřené na zjištění účelnosti a možnosti příspěvku na péči zkvalitnit život osobám se zdravotním postižením.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

Bence, L., Pyšný, L. Kvalita života. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2007.

Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002.

Michalík, J. Smluvní vztahy v sociálních službách. 1. vyd. Praha: Studio Element, 2008.

Vaňurová, H., Měhlpachr, P. Kvalita života. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce v tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jaromír Pospíchal**

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

**16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012

  
prof. PhDr. Pavel Měhlpachr, Ph.D.

vedoucí ústavu



  
PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

vedoucí katedry

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Věra Koudelková

.....  
*Jméno, příjmení studenta*



.....  
*Podpis*

V Brně ...28.03.2013.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být těž nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo)

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněným zájmem školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tématem mé bakalářské práce je Vliv příspěvku na péči na kvalitu života osob se zdravotním postižením. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje obecné vymezení pojmu kvalita života, charakteristiku některých druhů zdravotního postižení, možnosti a podmínky výplaty příspěvku na péči a poskytování sociálních služeb.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumu. Sociologické šetření bylo realizováno získáním empirických dat od vybraných respondentů pomocí individuálního polostrukturovaného rozhovoru zaměřeného na zjišťování účelnosti příspěvku na péči při zkvalitnění života osobám se zdravotním postižením a možnosti využití nabízených sociálních služeb v regionu Žďár nad Sázavou.

Závěrečná část obsahuje shrnutí odpovědí respondentů a vyhodnocení průzkumu.

### **Klíčová slova:**

Kvalita života, zdravotní postižení, nemoc, péče, příspěvek na péči, sociální služby, pomoc, soběstačnost, závislost.

## **ABSTRACT**

The topic of my Bachelor Thesis is the effect of social care benefit on the quality of life of the disabled. The Thesis consists of theoretical and practical section.

The theoretical part is focused on general definition of quality of life, characterization of some types of disabilities, also on options and conditions of providing the social care benefit and on social services in general.

The practical part is devoted to qualitative research. The research was realized by obtaining empirical data from selected respondents via individual semi-structured dialogue

concentrated on evaluating the efficiency of the social care benefit in quality of life improvement of the disabled and the options of making use of provided social services in Žďár nad Sázavou region.

The final part contains summary of the respondents' answers and research assessment.

**Keywords:**

Quality of life, disability, illness, care, social care benefit, social services, aid, self-sufficiency, addiction.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Vliv příspěvku na péči na kvalitu života osob se zdravotním postižením“ jsem zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Prohlašuji, že elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Věra Koudelková

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Pospíchalovi za jeho cenné rady a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji doc. Ing. Řehořovi, CSc. za jeho semináře ke zpracování bakalářské práce, které byly velkým přínosem.

Také děkuji své rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

Věra Koudelková



**„Komukoli prospěti můžeš, prospívej rád, možno-li celému světu.**

**Sloužit a prospívati je vlastnost povah vznešených.“**

J.A.Komenský

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
1 KVALITA ŽIVOTA .....	10
1.1 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA .....	10
1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA .....	12
1.3 VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ ČINITELE KVALITY ŽIVOTA .....	12
1.4 KVALITA ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	13
2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ .....	15
2.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVÍ, NEMOC A OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	15
2.2 KLASIFIKACE POSTIŽENÍ DLE WHO .....	16
2.3 CHARAKTERISTIKA NĚKTERÝCH DRUHŮ POSTIŽENÍ.....	17
2.3.1 Osoby s tělesným postižením.....	17
2.3.2 Osoby s mentálním postižením .....	20
2.3.3 Osoby s duševním postižením.....	22
2.3.4 Osoby se smyslovým postižením .....	22
2.3.5 Osoby s kombinovaným postižením .....	23
2.4 OMEZENÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	23
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	26
3.1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	26
3.2 DRUHY A FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	27
3.3 PŘEHLED VŠECH ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	28
3.4 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	39
4 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI .....	30
4.1 CHARAKTERISTIKA PŘÍSPĚVKU NA PÉČI.....	31
4.2 VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI .....	31
4.3 POSUZOVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI .....	32
4.4 VÝPLATA PŘÍSPĚVKU NA PÉČI .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
5 SOCIOLOGICKÝ VÝZKUM .....	35
5.1 POUŽITÁ METODA A CÍL VÝZKUMU .....	35
5.2 POPIS PROSTŘEDÍ A VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	37
5.2.1 Historie města.....	37
5.2.2 Sociální služby města .....	38
5.2.3 Výběr respondentů a jejich charakteristika .....	39
5.3 ZÍSKANÁ DATA .....	41
5.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	47
ZÁVĚR .....	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	52
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

## ÚVOD

Téma „Vliv příspěvku na péči na kvalitu života osob se zdravotním postižením“ jsem si zvolila proto, že problematika tohoto charakteru je mi v rámci mé profese blízká. Jako sociální pracovníce na úseku výplaty příspěvku na péči se každodenně setkávám s lidmi s různým druhem zdravotního postižení, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a s nimiž řeším možnosti poskytování a využití příspěvku na péči v systému sociálních služeb.

V průběhu života člověk prochází různými životními etapami, které souvisí s mnoha změnami. Jednou z těch, které výrazně ovlivní život člověka, je přítomnost nějakého zdravotního omezení. Zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Je to určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která ho omezuje v nějaké činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti). Lidé se odlišují v tom, jak jsou schopni tuto změnu svého zdravotního stavu přijmout, vyrovnat se s ní a přizpůsobit dosavadní způsob života tak, aby byli spokojeni, neboť se velmi často jedná o změny týkající se soběstačnosti a péče o vlastní osobu. Aby se člověk s takovou změnou vyrovnal, potřebuje mnohdy pomoc okolí.

Jednou z oblastí sociální pomoci státu je poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a dávek. Zkvalitňování sociálních služeb a zajištění jejich dostupnosti pro všechny patří mezi základní priority státu. Hlavním cílem sociálních služeb je především podpora rozvoje či alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele sociálních služeb, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování jeho původního životního stylu, schopnost vést samostatný a bohatý život při snížení sociálních a zdravotních rizik.

K tomu, aby mohl člověk tyto služby využívat a zajistit si tak pomoc a péči o vlastní osobu, stát nabízí možnost využití peněžité dávky k tomuto účelu zřízené. Jedná se o příspěvek na péči, dříve příspěvek při péči o osobu blízkou. Účelem dávky je mimo jiné poskytnout osobám se zdravotním postižením peněžitý příspěvek k „nákupu sociálních služeb“ podle jejich potřeby.

Cílem mé bakalářské práce je především poukázat na problematiku života osob se zdravotním postižením, na hledání odpovědi na otázku, zda je příspěvek na péči prostředníkem ke zkvalitnění jejich života a na uplatnění sociální pedagogiky v pomoci těmto lidem. Dále je práce zaměřena na možnosti využití poskytovaných finančních prostředků v síti nabízených sociálních služeb.

Práce má dvě části, část teoretickou a část praktickou.

Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly. V první kapitole se zaměřuji na obecné vymezení pojmu kvalita života, faktory a činitele ovlivňující kvalitu života a na pojetí kvality života osob se zdravotním postižením. Druhá kapitola obsahuje charakteristiku jednotlivých druhů zdravotního postižení. Ve třetí kapitole popisují druhy, formy a zařízení sociálních služeb. Čtvrtá kapitola je věnována příspěvku na péči.

V praktické části práce se za použití kvalitativní metody snažím zmapovat možnosti využití nabízených sociálních služeb v daném regionu osobami, kterým je poskytován příspěvek na péči. Pro své empirické šetření jsem si vybrala individuální polostrukturovaný rozhovor s osobami s různým druhem zdravotního postižení. Sběr informací proběhl v jednom případě s ohledem na zdravotní stav respondenta s opatrovníkem této osoby.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 KVALITA ŽIVOTA

## 1.1 Pojetí kvality života

Kvalita života - tento původně politický a ekonomický koncept si v poslední době přisvojila řada vědních disciplín jako je pedagogika, psychologie, sociologie, etika, politologie, ale i technické vědy a tradičně zejména lékařství a ošetrovatelství. Z pohledu medicíny se jedná o snahu o co nejefektivnější léčbu, která povede ke spokojenosti pacienta a dosahování optimálních léčebných výsledků v minimálním čase. Ze sociologického hlediska je kvalita života člověka úzce provázána s životním způsobem, stylem, potřebami. Environmentální hledisko vymezuje kvalitu života člověka prostředím, v němž žije. Psychologický pohled se zaměřuje mj. na kvalitu života nevyléčitelně nemocných lidí, u nichž jsou zásadními kategoriemi např. autonomie, sebeúcta a spokojenost.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Jak uvádí Křivohlavý (in Heřmanová), za první práci zabývající se otázkou kvality života může být považována Aristotelova práce *Etika Nikomachova*. Pokud ale jde o vlastní pojem, poprvé se objevil už ve 20. letech 20. století v souvislosti s ekonomickým rozvojem a úvahami o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev.

Pojetí a chápání obsahu pojmu kvality života je značně obtížné vzhledem ke svému multidimenzionárnímu (řada odlišných významových dimenzí), kulturně podmíněnému, dynamickému a především subjektivnímu charakteru. Pojetí kvality života závisí na individuálním hodnocení a může se v průběhu života měnit, neboť se přímo odvíjí od komplexnosti a složitosti lidského života jako takového.

Zvýraznění a zviditelnění tématu kvality života v současném období je typické pro postindustriální společnost, která sebou přináší radikální změny především ve vyšším životním standardu, důrazu na duševní práci, relativním nárůstu volného času při celkovém zrychlení životního tempa, ve změně preferovaných hodnot, celkovém nárůstu individualizace či demokratizaci a pluralizaci ve všech sférách sociálního života.

(Heřmanová, 2012)

„Současné chápání kvality života spočívá v upřednostnění subjektivního pohledu před objektivně měřitelnými atributy, jimiž je výše příjmu, zdravotní stav, mezilidské vztahy. V souvislosti s nástupem postmodernismu bývají tyto faktory relativizovány a stále větší důležitost je přikládána faktorům subjektivním, mezi něž patří očekávání, aspirace, rozdíl mezi přáním a realitou, touhy.“

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.8)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života jedince vnímána v souvislosti s jeho pozicí v životě, hodnotovou orientací a kulturou, ve které žije, ve vztahu k jeho životním cílům, očekáváním, normám a problémům. Jedná se o vysoce široký pojem, který zahrnuje jedincovo fyzické zdraví, psychický stav, vyznání, sociální vazby a vztah k podstatným oblastem jeho prostředí.

Kvalita života je označována zkratkou QOL (quality of life). Vedle tohoto pojmu existuje celá řada souvisejících nebo souřadných pojmů, které jsou často užívány jako synonyma, např. sociální pohoda, sociální blahobyť, štěstí, spokojenost, zdraví.

Na celém světě se této problematice věnují desítky organizací a institucí. V České republice se kvalitou života zabývá E. Dragomirecká z Psychiatrického centra v Praze, J. Křivohlavý a mnoho dalších odborníků.

Mezi nejpoužívanější metody měření obecné QOL patří nástroje měření WHO – WHOQOL-100. V České republice je běžně užívaným Zanottiho dotazník SQUALA. Kromě toho existuje celá řada specializovaných dotazníků zaměřených na určitou skupinu populace nebo určitou formu patologie.

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

## 1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

První faktory, které ovlivňují kvalitu života, vymezil W.Forrester:

- zabezpečení potravinami,
- finance, zabezpečující životní standard,
- stav znečištění životního prostředí,
- hodnota růstu počtu obyvatel.

V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)

## 1.3 Vnitřní a vnější činitele kvality života

Dle Jesenského kvality života představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které jedinci umožňují žít ve společnosti:

- vnitřní činitele – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou či defektem; patří mezi ně všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného,
- vnější činitele – souvisí s objektivním vnímáním kvality života; jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)



Kvalita života je posuzována především podle ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, životního prostředí, podle kolektivní i osobní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských výhod. Stále větší význam mají indikátory vyjadřující ekologické stránky života.

(Heřmanová, 2012)

#### **1.4 Kvalita života osob se zdravotním postižením**

Kvalitu života osob se zdravotním postižením primárně neovlivňuje funkční postižení, nýbrž „znevýhodňující prostředí“, tj. překážky plynoucí z okolí.

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

Mezi tyto překážky lze zahrnout diskriminaci, neresppektování lidské důstojnosti a nezávislosti, nemožnost plného zapojení do společnosti, nerovnost příležitostí, sociální izolace apod. Řešení těchto problémů souvisí se sociální politikou státu, která je zaměřená na pomoc lidem v nepříznivé životní situaci, což je např. nemoc, stáří, invalidita, nezaměstnanost, chudoba.

Cílem sociální pomoci státu je pozitivně ovlivnit životní podmínky těchto lidí. Jedná se o soubor aktivit, nástrojů a opatření, jejichž smyslem je reakce na nepříznivé sociální události. V praxi jde o zlepšování legislativy a prostředí k podpoře zaměstnanosti, úprava vzdělávacího systému k zajištění rovného přístupu ke vzdělání, zlepšení infrastruktury, zpřístupnění kulturního a společenského života, zajištění dostatku vhodných bytů umožňujících samostatné bydlení, zlepšení dostupnosti zdravotní péče, zlepšení informovanosti veřejnosti o problematice zdravotního postižení a informovanosti těchto osob o jejich právech a možnostech uplatnění ve společnosti, prosazování takových konceptů, které povedou ke zlepšení života osob s jednotlivými druhy zdravotního postižení a v neposlední řadě zlepšení systému sociálních dávek a služeb.

„V podstatě u žádného tělesného postižení nelze počítat s výraznějším zlepšením stavu či zmírněním obtíží a funkčních deficitů. Naopak je třeba spíše počítat s progresí vývoje směrem ke zhoršování zdravotních obtíží a prohlubování životního dyskomfortu. Proto je prioritou psychická a sociální podpora udržení maximálně dosažitelného dobrého, tj. co nejpříjemnějšího, stavu a úsilí o minimalizaci faktorů, které mohou urychlit proces zhoršování. Ten je dán věkem i postupným vyčerpáváním přirozených i naučených, získaných kompenzačních mechanismů, které dovolují člověku fungovat, koexistovat se somatickým postižením. Snižuje se tak jeho zachovaná výkonnost a případná průčeschnost, ale také odolnost vůči zátěži a obranyschnost organismu.“

(Novosad, 2011, s.108)

## 2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

### 2.1 Obecné vymezení pojmu zdraví, nemoc a osoba se zdravotním postižením

V roce 1948 navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO) definici zdraví, v níž uvádí, že zdraví je komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci či zdravotního postižení.

K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Na zdraví je tedy nahlíženo jako na zdroj každodenního života, a nikoli jako na životní cíl. Je pozitivním pojmem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti.

Nemoc je porušení rovnováhy organismu (jeho homeostázy); dojde k porušení části těla (tkáně, orgánu aj.) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání. Nemoc je takový stav, který jedinci způsobuje subjektivní potíže.

(<http://skvelydomov.blogspot.cz/2009/03/zdravi-nemoc-definice-zdravi-who.html>)

„Nemoc a postižení prý nepředstavují jen somatický problém, ale také psychický a sociální stav. O tom jsem se na vlastní kůži přesvědčil. Lidé dobrého zdraví berou svůj osud a své tělo jako samozřejmost: vidí, slyší, jedí, milují se a dýchají, protože mají fungující orgány, které jim všechny tyto věci umožňují. Tyto orgány a tělo jako takové patří k základům, na nichž stavíme své vědomí toho, kdo a co jsme, a jsou nástroji, s jejichž pomocí se potýkáme s realitou a vytváříme ji.

... Postižení je zároveň stavem těla i aspektem sociální identity – je to proces, který uvádějí do pohybu somatické příčiny, ale definici a význam mu dává společnost. V prvé řadě jde o sociální stav. “

(Murphy, 2001 in Novosad, 2011, s.69)

K osobám se zdravotním postižením patří ty, které mají dlouhodobé fyzické, mentální, duševní nebo smyslové postižení, jež v interakci s různými překážkami může bránit jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními.

([www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf))

V současné době se za zdravotní postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit. Takový stav znamená postižení některé či více oblastí obvyklého fungování člověka, přináší výraznou redukci jeho reálních možností i životních šancí, omezuje jeho průčeschnost a negativně zasahuje do mnoha stránek kvality jeho života.

(Novosad, 2011)

Deklarace práv zdravotně postižených osob OSN (1975) vymezuje pojem zdravotně postižená osoba jako „kteroukoli osobu, jež si není schopna zajistit úplně nebo částečně potřeby běžného osobního anebo společenského života v důsledku vrozeného či získaného nedostatku fyzických nebo duševních schopností“.

(Jesenský a kol., 2003)

## **2.2 Klasifikace postižení dle WHO**

Posun v chápání zdraví, nemoci a postižení je spojen se změnami v definování konkrétních termínů. „Mezinárodní klasifikace poškození, poruch a postižení WHO“ a Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům tyto termíny definovaly a koncepčně vymezily jako:

Vada (inpairment) jedná se o nějakou ztrátu nebo abnormalitu psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce. Představuje odchylku od normy biomedicínského stavu jedince, tj. vztahuje se na biologické funkce.

Postižení (disability) se zabývá činnostmi očekávanými od jedince. Jde o omezení nebo ztrátu (pramenícím z vady) schopnosti jednat a vykonávat činnosti v míře, která jsou pro jedince normální.

Znevýhodnění (handicap) představuje sociální důsledky poškození nebo poruchy. Jedná se tedy o sociální fenomén, který je ovlivnitelný systémovými opatřeními. Je charakterizováno nepříznivou sociální situací jedince, která vyplývá z jeho vady nebo postižení a omezuje nebo znemožňuje naplnění očekávání, která jsou v dané době spojována s normalitou (v závislosti na věku, pohlaví, sociálních a kulturních faktorech).

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)

## 2.3 Charakteristika některých druhů postižení

Druhy postižení:

- tělesné,
- mentální,
- duševní,
- smyslové,
- kombinované.

### 2.3.1 Osoby s tělesným postižením

Společným znakem osob s tělesným postižením je omezení pohybu. Toto postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Jedinec je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození. Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav.

Rozlišujeme dvě základní skupiny:

- poruchy vrozené včetně dědičných,
- poruchy získané.

Podle postižení části těla rozeznáváme skupiny:

- 1) obrny centrální a periferní
- 2) deformace
- 3) malformace a amputace

Všechny pohybové vady mohou být různého stupně.

(Mühlpachr, 2010)

ad1) Obrny

Centrální část obrny zahrnuje mozek a míchu, periferní část obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se podle intenzity na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí).

Podle lokalizace se obrny dělí na:

diparetickou – křečovitá obrna, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny,

hemiparetickou – křečovitá obrna, kdy jsou postiženy horní i dolní končetiny  
stejnolehlé poloviny těla,

kvadraparetickou – křečovitá obrna všech čtyř končetin,

hypotonická – chabá obrna, vyznačuje se sníženým svalovým napětím, později se mění  
ve formu spastickou nebo dyskinetickou,

dyskinetická – vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby.

(Mühlpachr, 2010)

Mezi závažná centrální postižení patří **dětská mozková obrna (DMO)**. Jedná se o neurologické onemocnění mozku způsobené poškozením mozku v těhotenství, během porodu a po něm. V časném dětství se objevují poruchy v pohybové sféře, mohou být i poruchy řeči.

(Vokurka, 2004)

Lehčím typem poruchy centrální nervové soustavy je **lehká mozková dysfunkce (LMD)**. Základem je oslabení schopností a vlastností řady psychických funkcí zodpovědných za řízení, kontrolu, regulaci a integraci chování v širokém slova smyslu. Projevuje se psychomotorickým neklidem, psychickou instabilitou, změnou nálad, impulsivním jednáním, pohybovou neobratností.

**Traumatické obrny** vznikají při úrazu, který způsobuje poranění hlavy a jenž má různé stupně - otřes mozku, stlačení mozku nebo zhmoždění mozku.

**Obrna míchy** nastává vlivem různých onemocnění nebo úrazem páteře s poraněním míchy. Vznik parézy nebo plegie závisí na míře poškození míchy a místě, kde byla mícha zasažena.

Dalším postižením týkající se centrálních obrn je vrozený rozštěp páteře, degenerativní onemocnění mozku, mozkové nádory či záněty, ale i mozkové příhody.

(Mühlpachr, 2010)

#### ad2) Deformace

Deformace se vyznačují nesprávným držením těla, např. **skolióza** nebo **kyfóza**. Dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní a dle typu vybočení. Vyznačují se trvalostí a stálostí.

Dalším postižením pohybových vad je úplné nebo částečné **vykloubení hlavice kyčelních kloubů** v důsledku nesprávného vývoje kyčelního kloubu nebo deformace hlavice kosti stehenní.

Mezi závažné onemocnění patří **myopatie**, dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. Dochází k rozpadu svalové hmoty a její přeměně ve vazivovou a tukovou tkáň až k postupné ztrátě hybnosti. Může postihnout ramenní pletenec včetně obličejových svalů nebo pánevní pletenec, přičemž postupně zasáhne nemoc i svalstvo dolních končetin.

(Novosad, 2011)

ad3) Malformace a amputace

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Jedná se o vrozenou vývojovou vadu. Částečné chybění končetiny se nazývá **amélie**, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup **fokomélie**.

(Mühlpachr, 2010)

Amputace je chirurgický zásah řešící radikálně důsledky onemocnění nádorového, cévního, metabolického a zánětlivého. Příčinou mohou být i úrazy nebo sepse.

(Novosad, 2011)

### **2.3.2 Osoby s mentálním postižením**

Mentální postižení je vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale narušená poznávací schopnost. Je to stav charakterizovaný celkovým trvalým snížením rozumových schopností, který vznikl v důsledku poškození mozku. Jedná se o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný.

(Pipeková, 2010)

Hloubku mentální retardace je možné určit pomocí inteligenčního kvocientu, který ukazuje úroveň rozumových schopností:

- lehká mentální retardace IQ 69-50,
- středně těžká mentální retardace IQ 49-35,
- těžká mentální retardace IQ 34-20,
- hluboká mentální retardace IQ 19 a níže.

(Vágnerová, 1999)



**Demence** je proces zastavení či rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Demence je získané postižení. Může k ní dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku, což vede k narušení, zastavení nebo zvrácení doposud normálně probíhajícího vývoje. Dochází k úbytku kognitivních a paměťových funkcí, poruchám vnímání, řeči, motivace, emotivity, spánku a postupně může dojít k celkové poruše osobnosti.

(Vágnerová, 1999)

Rozlišujeme dva základní druhy demencí: dětskou a stařeckou.

Dále se demence dělí na tři základní skupiny:

1. Atroficko degenerativní demence, mezi které řadíme Alzheimerovu chorobu, Huntingtonovu choreu, demenci při Parkinsonově chorobě, Korovu nemoc s Lewyho tělísky, Pickovu chorobu a další vzácně se vyskytující demence.
2. Ischenicko – vaskulární demence způsobené nedostatečným prokrvením mozkové tkáně. Patří mezi ně Binswangerova choroba, multiinfarktová demence, vaskulární demence s náhlým začátkem a další vzácné typy vaskulárních demencí.
3. Sekundární demence, jejich příčinou je řada nemocí, úrazů, intoxikací, např. demence při AIDS, Creutzfeldtova-Jakobova choroba, demenci při mozkových nádorech nebo po úrazech, alkoholová demence, demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí nebo při selhávání jater či ledvin.

(Mühlpachr, 2010)

Příkladem mentální retardace, vzniklé na podkladě chromozomální odchylky (tzv. trizomie 21), je **Downův syndrom**. Lidé s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti: menší hlava, v zadu zpravidla plošší, sešikmené postavení očí, menší uši, malá pootevřená ústa, relativně větší jazyk, mohutný krk, ruce a chodidla malá a silná, menší vzrůst. Jejich vývoj je opožděn jak ve fyzickém, tak i mentálním smyslu. Mentální retardace je různě těžkého stupně.

(Vokurka, 2004)

### 2.3.3 Osoby s duševním onemocněním

Pro duševní nemoci neexistuje žádná definice, která by byla univerzálně přijímaná. Lze mezi ně zařadit všechna onemocnění s významnými duševními nebo behaviorálními projevy, které jsou spojené buď s nepříjemnými, obtěžujícími či vyčerpávajícími příznaky anebo s poruchou nejméně jedné z důležitých oblastí fungování.

(<http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy/>)

Duševní postižení je porucha vnímání, jednání, zpracování prožitků, sociálních vztahů a tělesných funkcí. K podstatě této poruchy náleží, že není vůlí postiženého ovlivnitelná, nebo jen z části.

(Jesenský a kol., 2003)

Mezi tato onemocnění můžeme zahrnout psychózy, neurózy, schizofrenii, poruchy autistického spektra, deprese, úzkostné stavy, mentální anorexie, bulimie, poruchy osobnosti, asociativní poruchy aj.

### 2.3.4 Osoby se smyslovým onemocněním

Vokurka uvádí, že smysly jsou prostředkem, pomocí kterého vnímáme své okolí. Prostřednictvím smyslů se do mozku dostávají různé informace, naše zážitky a vědomosti. Rozlišujeme pět smyslů: zrak, sluch, čich, hmat a chuť.

#### **Zrak**

Za osobu se zrakovým postižením považujeme jedince, u kterého došlo k poškození zraku a ani běžná optická korelace nepostačuje ke zlepšení jeho stavu.

Dle vzniku příčin dělíme tato postižení na vady vrozené a vady získané.

WHO rozděluje zraková postižení do pěti skupin:

- střední slabozrakost (zraková ostrost 6/18-6/60),
- silná slabozrakost (zraková ostrost 6/60-3/60),
- těžce slabý zrak (zraková ostrost 3/60-1/60),
- praktická nevidomost (zraková ostrost 1/60 - zachovaný světlocit),
- úplná nevidomost (úplná ztráta schopnosti vnímat světlo).

## Sluch

Sluchově postižená osoba je jedinec, který je neslyšící, nedoslýchavý nebo ohluchlý. Tyto vady dělíme podle:

- místa vzniku postižení (periferní a centrální nedoslýchavost či hluchota),
- období vzniku postižení (vrozené a získané vady sluchu),
- stupně postižení.

WHO stanovila mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch:

- lehká nedoslýchavost (20-40 dB),
- středně těžká nedoslýchavost (40-60 dB),
- těžká nedoslýchavost (61-80 dB),
- praktická hluchota (nad 81 dB),
- úplná hluchota (při žádném zvukovém vjemu).

### 2.3.5 Osoby s kombinovaným postižením

Kombinované postižení (těžké postižení) je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Jedná se z nejrůznějších příčin o podstatné narušení nebo ztrátu koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování. Mnoho lidí s těžkým postižením se ocitá v trvalém ohrožení vitality života.

(Mühlpachr, 2010)

## 2.4 Omezení osob se zdravotním postižením

Postižení představuje určitý, relativně stabilní znak organismu. Jeho nositel proto získává roli postiženého se všemi pozitivními i negativními znaky, které tato role v dané společnosti či konkrétní skupině má. Podstatným znakem této specifické sociální role je přiznání určitých privilegií, ale na druhé straně ztráta některých práv, která mají jen zdraví.

(Vágnerová, 1999)

Významným faktorem, ovlivňujícím kvalitu života tělesně postiženého člověka je závažnost pohybového omezení. Rozhodující je úroveň soběstačnosti, která je dána:

- schopností jakékoli samostatné lokomoce (osvobozuje z vazby na prostor, resp. ze závislosti na jiných lidech),
- schopností jakékoli samostatné sebeobsluhy, která je dána schopností používat ruce (je důležitá pro sebeobsluhu i pro další pracovní aktivity).

Osoby s mentálním a duševním postižením výrazně omezuje sociální uplatnění jedince. Postižení mnohdy nejsou schopni zvládat ani běžné sociální role.

Postižení zraku vytváří situaci sensorické deprivace. Jedinec má potíže s orientací v neznámém prostředí, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech.

Těžké sluchové postižení rovněž vede k podnětové deprivaci. Nejzávažnějším sekundárním handicapem je komunikační bariéra.

(Vágnerová, 1999)

V obecné rovině lze determinanty ovlivňující život osob s postižením rozdělit na subjektivní a objektivní. Některé z nich je možné měnit a některé pouze kompenzovat či dodatečně eliminovat jejich negativní působení.

### Subjektivní činitele

- zdravotní stav a omezení, která z něho vyplývají, tzn., že zásadním způsobem ovlivňují mobilitu, komunikaci, vnímání, emocionalitu, chování a jednání jedince,
- osobnostní rysy jedince,
- sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů,
- schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána zejména charakterovými vlastnostmi jedince,
- vnější vlivy, tj. rodina a užší sociální prostředí.

Objektivní činitele

- společenské vědomí a postoje k postižené populaci,
- stav životního prostředí,
- sociální politika,
- vzdělávací politika, tj. úroveň zprostředkování vzdělávání a profesní přípravy,
- politika zaměstnanosti, tj. vytváření vhodných pracovních míst,
- sociální služby.

(Novosad, 2000)

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

#### 3.1 Charakteristika sociálních služeb

Sociální služby procházejí neustálým vývojem jako všechna ostatní odvětví ekonomiky, mění se jejich struktura a také způsoby jejich financování. V prvotní fázi reformy sociálních služeb byla přenesena působnost i na obce, kraje a nestátní subjekty, které patří v současné době mezi nejvýznamnější poskytovatele sociálních služeb. Velký důraz je také kladen na standardy kvality sociálních služeb.

(Turinská, 2011/2012)

Hlavním cílem zákona o sociálních službách je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu a soběstačnosti, aby tito lidé mohli žít plnohodnotný samostatný život, byli zapojeni do běžného života a nebyli vyloučeni ze společnosti. Smyslem zákona je podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti člověka, zachování jeho původního životního stylu a jeho návrat do vlastního domácího prostředí a dále také ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z důvodu věku, zdravotního postižení, pro krizové životní situace a mnoho dalších příčin.

Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména osoby se zdravotním postižením, senioři a rodiny s dětmi.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou sociální služby charakterizovány jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálních vyloučení. Jedná se tedy o podporu a pomoc působící na osoby aktivně, která osoby motivuje k rozvoji samostatnosti, posiluje jejich sociální začleňování a vychází z individuálních potřeb osob. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost a být poskytována v zájmu osob takovými způsoby, aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.

Poskytovateli sociálních služeb jsou obce a kraje, které sami zřizují organizace poskytující sociální služby a tím vytvářejí vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb v daném regionu; dále pak nestátní neziskové organizace, fyzické osoby a ministerstvo práce a sociálních věcí.

(<http://www.mpsv.cz/cs/9>)

### 3.2 Druhy a formy sociálních služeb

Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou stanoveny dle účelu sociální služby a dle okruhu osob, pro které je sociální služba určena.

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:

- sociální poradenství, které se obvykle specializuje pro určitou cílovou skupinu nebo situaci a je stěžejní složkou všech sociálních služeb. Poskytuje bezplatně osobám potřebné informace o možnostech řešení jejich nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.
- služby sociální péče, které zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které si nemohou zajistit sami bez péče a pomoci jiné osoby, tzn. zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti tak, aby se mohli v co nejvyšší možné míře zapojit do běžného života společnosti nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje. K zajišťování těchto služeb lze použít příspěvek na péči.
- služby sociální prevence, které slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob ohrožených sociálně negativními jevy a k podpoře jejich sociálního začlenění. Jedná se zejména o osoby, které jsou ohroženy krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, pocházejí ze sociálně znevýhodňujícího prostředí nebo jsou ohroženi trestnou činností jiné fyzické osoby.

(Králová, Rážová, 2009)

Sociální služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou dle místa jejich poskytování:

- terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v jeho přirozeném sociálním prostředí, především v domácnosti nebo tam, kde tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba či osobní asistence.
- ambulantních služby jsou služby, za nimiž člověk dochází nebo je dopravován do specializovaných zařízení, jejichž součástí však není ubytování. Jsou to např. poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb.
- pobytové služby jsou spojené s ubytováním jedince v zařízeních sociálních služeb. Jedná se především o domovy pro seniory či domovy pro osoby se zdravotním postižením.

(zákon o sociálních službách)

Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou rodiny či ostatních blízkých osob tak, aby byly maximálně efektivní. Každý z žadatelů o službu si může vybrat pro sebe tu nejvhodnější, která mu pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení jeho nepříznivé situace.

### **3.3 Přehled všech základních činností při poskytování sociálních služeb**

Základními činnostmi, kterými je vymezen obsah každého druhu sociální služby, jsou nedílnou součástí dané služby, a proto jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy tyto základní činnosti zajistit, aby byl naplněn cíl, poslání a charakter služby.

Jedná se o pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociální poradenství; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; telefonická krizová pomoc; nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu,



soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(Králová, Rážová, 2009)

### 3.4 Zařízení sociálních služeb

Pro poskytování sociálních služeb jsou zřizována tato zařízení sociálních služeb korespondující se zákonem a prováděcí vyhláškou:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domovy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra,
- zařízení následné péče.

Uvedená zařízení sociálních služeb mohou být zřizována samostatně, nebo lze provozovat dvě i více zařízení. Kombinací jednotlivých druhů zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační nebo integrovaná centra sociálních služeb.

(zákon o sociálních službách)

## 4 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

### 4.1 Charakteristika příspěvku na péči

Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobým nepříznivým stavem se rozumí zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a omezuje funkční schopnosti osoby nutné pro zvládnání základních životních potřeb. Z tohoto důvodu nemá na příspěvek nárok osoba mladší jednoho roku. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby, anebo kombinací těchto forem.

(Turinská, 2011/2012)

O příspěvek na péči je možné požádat na krajské pobočce – kontaktním pracovišti Úřadu práce ČR, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt.

Výše příspěvku je stanovena v rozdílné výši pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší 18 let. Dále se výše příspěvku liší s ohledem na stupeň závislosti osoby.

### 4.2 Výše příspěvku na péči

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

- a) 3000 Kč, jde-li o stupeň I. (lehká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat tři základní životní potřeby,
- b) 6000 Kč, jde-li o stupeň II. (středně těžká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) 9000 Kč, jde-li o stupeň III. (těžká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) 12000 Kč, jde-li o stupeň IV. (úplná závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat osm nebo devět základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

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

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I. (lehká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) 4000 Kč, jde-li o stupeň II. (středně těžká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) 8000 Kč, jde-li o stupeň III. (těžká závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) 12000 Kč, jde-li o stupeň IV. (úplná závislost) – osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládat devět nebo deset základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

(zákon o sociálních službách)

Při splnění podmínek stanovených dle zákona o sociálních službách se výše uvedené částky příspěvku mohou zvýšit o částku 2000 Kč za kalendářní měsíc, jestliže je rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu nižší než dvojnásobek částky životního minima. Toto zvýšení náleží nezaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému je přiznán příspěvek na péči nebo rodiči, kterému je přiznán příspěvek na péči, a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku. Nárok na zvýšení příspěvku bez zjišťování příjmů oprávněné osoby a s ní společně posuzovaných osob náleží také nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, kterému je přiznán příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti.

Podle zákona o sociálních službách má osoba zařazená do některého z výše uvedených stupňů závislosti nárok na příspěvek na péči, pokud potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, jestliže jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu. Poskytovatelé sociálních služeb kromě fyzické osoby, která péči neposkytuje jako podnikatel, nebo asistenta sociální péče, musí být registrován v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

### 4.3 Posuzování příspěvku na péči

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

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

(zákon o sociálních službách)

Schopnost osoby se hodnotí vždy v přirozeném sociálním prostředí s ohledem na věk osoby. Sociální pracovník úřadu práce provede pro účely posuzování stupně závislosti sociální šetření. Písemný záznam z tohoto šetření spolu s žádostí o posouzení zdravotního stavu osoby zašle správní orgán lékařské posudkové službě příslušné okresní správy sociálního zabezpečení, která rozhodne o zařazení osoby do některého ze stupňů závislosti. Správní orgán na základě vyhotoveného posudku poskytuje příspěvek ve výši odpovídající stupni závislosti.

(Turinská, 2011/2012)

### 4.4 Výplata příspěvku na péči

Příspěvek se vyplácí na základě podané žádosti o přiznání příspěvku na péči měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Výplata příspěvku nenáleží, pokud je oprávněná osoba po celý kalendářní měsíc hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení.

Příspěvek má být dle zákona o sociálních službách vyplácen prostřednictvím karty sociálních systémů, a to využitím platební funkce karty nebo převodem na účet u peněžního ústavu uvedený žadatelem (zákonným zástupcem nebo opatrovníkem) anebo v hotovosti. V praxi dochází k pozvolnému zavádění výplaty příspěvku na péči

prostřednictvím sKarty, neboť tento způsob výplaty působí mnohým osobám se zdravotním postižením problémy. Výplata příspěvku na péči je i nadále ve většině případů realizována zasíláním finanční částky na účet uvedený žadatelem nebo poštovní poukázkou. V případě, že oprávněná osoba není schopna příspěvek přijímat, zejména z důvodu svého zdravotního stavu, nebo nevyužívá příspěvek k zajištění potřebné pomoci, může jí být ustanoven zvláštní příjemce dávky.

(Králová, Rážová, 2009)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 SOCIOLOGICKÝ VÝZKUM

### 5.1 Použitá metoda a cíl výzkumu

Pro vypracování drobného sociologického šetření jsem zvolila kvalitativní metodu polosturkturovaného individuálního rozhovoru. Respondentům jsem kladla předem připravené otázky, ale zároveň jim byl ponechán prostor na formulaci odpovědí. Dotazovaní byli seznámeni s účelem rozhovoru a jeho následným využitím pro potřeby mé bakalářské práce.

„V kvalitativním výzkumu jde nejen o odhalení postojů respondentů k problému, ale i o postavení subjektivního významu těchto postojů pro ně. A zejména o odpověď na otázku, proč tyto postoje zastávají.“

(Radvan, 2009, str. 49)

#### **Rozhovor**

je nejpoužívanější metodou při získávání informací. Je třeba vždy rozlišit cíl rozhovoru. Touto metodou lze získat především různé informace, ale i názory, postoje, pocity, znalosti, potřeby, zájmy či osobní zkušenosti respondenta. Výhodou této metody je přímý kontakt s respondentem, flexibilita a možnost zjištění i důvěrných informací. Nevýhodou rozhovoru je například vznik komunikačních šumů nebo neschopnost vyjadřovat se z důvodu nějakého zdravotního postižení. Odpovědi dotazovaného mají subjektivní povahu, může tedy docházet k úmyslnému nebo neúmyslnému zkreslení odpovědí.

Rozlišujeme různé formy a varianty rozhovorů, podle nichž je můžeme dělit. Podle míry volnosti pro vyjádření názorů rozlišujeme rozhovor volný. Opakem je rozhovor řízený (interview), který má charakter přesně formulovaných otázek. Podle účelu, resp. zaměření dělíme rozhovor na diagnostický, terapeutický, výzkumný, anamnestický atd. Z hlediska struktury může být rozhovor strukturovaný, polostrukturovaný či nestrukturovaný, dále pak podle stanovených otázek standardizovaný nebo nestandardizovaný. V souvislosti s počtem respondentů vedeme rozhovor individuální nebo skupinový.

(Vízdal, 2005)

Úspěch vedení rozhovoru je závislý mj. na kladení otázek. Ty mohou být přímé, nepřímé, otevřené, uzavřené, primární a sekundární. Otázky je třeba vždy formulovat jasně, srozumitelně, přizpůsobit obtížnost otázek možnostem respondenta, neklást více otázek najednou, nepoužívat víceznačné pojmy, vyhýbat se sugestivním otázkám.

(Lazarová, 2007)

Každý rozhovor má několik fází. V přípravné fázi se tazatel seznámí s danou problematikou, ujasní si cíl rozhovoru a připraví otázky. V úvodu rozhovoru tazatel naváže s respondentem kontakt, vysvětlí cíl rozhovoru a snaží se vybudovat atmosféru pro získání důvěry. Rozhovor může začít tzv. rozehřívacími otázkami. Po nich tazatel přistupuje k jádru rozhovoru a snaží se získat maximum informací týkajících se daného cíle od jednodušších k detailnějším otázkám. Rozhovor je třeba ukončit vhodným způsobem, aby v respondentovi nezůstaly nepříjemné pocity z rozhovoru.

(Vízdal, 2005)

### **Cíl výzkumu**

Ve své práci budu zjišťovat odpovědi na otázku, zda je příspěvek na péči prostředníkem ke zkvalitnění života osob se zdravotním postižením. Pokusím se zmapovat nabízené sociálních služby v regionu Žďár nad Sázavou a jejich využití příjemci příspěvku na péči.

### **Výzkumné otázky**

1. Umožní využití sociálních služeb osobě se zdravotním postižením zachování soběstačnosti?
2. Pomůže příspěvek na péči osobě se zdravotním postižením vést důstojný život?
3. Je výše příspěvku na péči úměrná poskytované péči osobě se zdravotním postižením?



## 5.2 Popis prostředí a výběr respondentů

Pro svůj výzkum jsem si vybrala prostředí města Žďár nad Sázavou, v němž žiji já i vybraní respondenti.

### 5.2.1 Historie

Žďár nad Sázavou je okresní město, které leží na horním toku řeky Sázavy na pomezí Čech a Moravy uprostřed chráněné krajinné oblasti Žďárské vrchy v Českomoravské vrchovině. Jeho okolí patří mezi nejčistší a nejkrásnější místa v České republice. Jeho historie sahá až do poloviny 13. století. Obec Žďár byla na město povýšena kardinálem Františkem z Ditrichštejna v roce 1607. Dominantou města je cisterciácký klášter založený v roce 1252. Největšího rozkvětu dosáhl klášter při rozsáhlých přestavbách za opata Václava Vejmluvy do stylu barokní gotiky. Přestavby navrhoval architekt Jan Blažej Santini Aichel. Posledními majiteli byli Kinští, kterým byl klášter v roce 1992 vrácen v restituci. Je zde umístěno muzeum knihy a Santiniho expozice.

Další jedinečnou architektonickou památkou ve městě je poutní kostel sv. Jana Nepomuckého na Zelené hoře, která byla v roce 1994 zapsána do seznamu světového dědictví UNESCO. Uprostřed náměstí se nachází renesanční radnice, morový sloup a gotický kostel sv. Prokopa.

Na přelomu století došlo ve Žďáře k větším stavebním změnám. Byla zde postavena železnice, vznikly četné průmyslové podniky. S výstavbou Žďárských strojíren a sléváren došlo k rozvoji města a výraznému růstu počtu obyvatel. Došlo k podstatné změně rázu krajiny i celého města. V 70. letech došlo k přestavbě historického jádra města, vznikly nové části města. Žďár nad Sázavou se stal moderním, správním a obchodním centrem s množstvím kulturního i sportovního vyžití.

#### Základní informace

Žďár nad Sázavou je rozčleněn do 7 městských částí. Součástí katastrálního území jsou i obce Mělkovice, Radonín, Stržanov a Veselíčko. Celková rozloha města je 3706 ha, počet obyvatel je 22156 a průměrný věk je 40,7 let.

Město je obcí s rozšířenou působností, vykonává jak samosprávu obce, tak výkon přenesené působnosti státu pro přilehlých 47 obcí.

(<http://www.zdarns.cz/o-meste/>)

### 5.2.2 Sociální služby města Žďár nad Sázavou

Sociální služby města působí ve Žďáře již 20 let. Tato příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je město Žďár nad Sázavou, vznikla v září roku 1992 transformací Okresní správy sociálních služeb.

Zajišťuje pro své obyvatele tyto služby:

- Domov pro seniory s názvem Dům klidného stáří
- Pečovatelská služba
- Domácí ošetrovatelská péče
- Klub důchodů
- Denní centrum pro děti
- Denní stacionář pro mentálně postižené osoby
- Azylová ubytovna pro muže
- Půjčovna zdravotnických a rehabilitačních pomůcek
- Domov se zvláštním režimem – Seniorpenzion Fit

(<http://www.socsluzby.sattnet.cz/>)

Na území města a v jeho regionu jsou nabízeny další dostupné a různorodé služby, které poskytují pomoc a podporu občanům a umožňují jim důstojně a spokojeně žít, např. Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služby, Osobní asistence, Domácí hospicová péče, Raná péče, Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina a další různá sdružení, dobrovolnická centra, svazy a kluby dle jednotlivých druhů zdravotního postižení.

### 5.2.3 Výběr respondentů

Celkový počet dotazovaných osob jsem stanovila na 7 respondentů. Všem dotazovaným je vyplácen příspěvek na péči. Vzorek respondentů byl vybrán podle druhu a rozsahu postižení tak, aby ve skladbě dotazovaných došlo k zastoupení různých druhů postižení a různé výše příspěvku na péči.

Od respondentů se budu snažit získat potřebné informace, abych dospěla k odpovědím na předem stanovené výzkumné otázky.

### Otázky pro respondenty

1. Jaká omezení cítíte vzhledem ke svému zdravotnímu stavu?
2. Jaké činnosti nejste schopen sám vykonávat, nebo Vám činí potíže?
3. Kdo Vám poskytuje pomoc?
4. Využíváte některou z forem sociálních služeb nabízenou na území města?
5. Jste spokojen s poskytovanou sociální službou?
6. Je pro Vás výběr sociálních služeb dostačující nebo Vám nějaká chybí?
7. Využíváte příspěvek na péči k zajištění zvolených služeb?
8. Je výše příspěvku na péči dostačující na pokrytí úhrady za poskytované služby?
9. Byl byste schopen si bez příspěvku na péči zajistit potřebnou péči?
10. Cítíte se být s využitím sociálních služeb plně nebo alespoň částečně soběstačný?
11. Myslíte si, že s pomocí příspěvku na péči a s využitím sociálních služeb vedete spokojený život?
12. Jste ve svém přirozeném prostředí spokojen?
13. Můžete uskutečňovat pomocí příspěvku na péči sociální kontakty?

## Charakteristika vybraných osob

### Respondent 1 (dále R1)

Muž ve věku 24 let s tělesným postižením. V roce 2010 prodělal klíšťovou meningoencephalomyelitidu, která mu způsobila těžkou periferní kvadruparézu, na dolních končetinách a pravé horní končetině plegii. Není schopen samostatného pohybu, je plně imobilní. Používá elektrický invalidní vozík, který ovládá bradou. Mírně pohybuje horními končetinami. Vyžaduje nepřetržitou péči při všech základních životních potřebách. Je poživitelem invalidního důchodu a současně je studentem vysoké školy. V současné době má studium přerušené. Je svobodný, žije se sourozenci a rodiči v rodinném domku, který je postupně za pomoci příspěvků upravován na bezbariérový. Komunikuje smysluplně, mluví tiše a pomalu. Udržuje sociální vazby s přáteli, kteří ho zapojují do aktivního života v rámci jeho možností. Je plně orientován časem i prostorem. Pobírá příspěvek na péči ve výši 12000 Kč měsíčně.

### Respondent 2 (dále R2)

Žena 56 let s mentálním postižením. Trpí oligofrenií, od narození má dětskou mozkovou obrnu. Je schopna samostatného pohybu s pomocí kompenzační pomůcky – jedné francouzské hole. Navštěvovala základní školu praktickou, je jí vyplácen invalidní důchod. Je svobodná, žije v bytě v domě s pečovatelskou službou. Chápe jednoduchá sdělení, má problém s artikulací a psaním. Udržuje přátelský vztah se sousedkou, vzájemně si pomáhají, chodí na procházky. Je orientovaná časem i prostorem. Pobírá příspěvek na péči ve výši 800 Kč měsíčně.

### Respondent 3 (dále R3)

Žena 48 let s duševním postižením. V roce 2011 jí byla diagnostikována paranoidní schizofrenie s hrubě narušenou osobností. V témže roce byla rozhodnutím soudu omezena ve způsobilosti k právním úkonům. Je oprávněna volit a nakládat s finanční částkou do výše 200 Kč za úkon. Při všech ostatních právních úkonech musí být zastupována opatrovníkem. Opatrovníkem je ustanoveno Město Žďár nad Sázavou, výkonem této funkce je pověřen pracovník sociálního odboru Městského úřadu ve Žďáře nad Sázavou. Je vyučena šičkou. Byl jí přiznán invalidní důchod. Je rozvedená. Její nezletilá dcera byla

svěřena do péče otce. Bydlí sama v družstevním bytě, často ale přebývá u své matky v blízké vesnici. Nemá žádné přátele, její deformovaný vztah k realitě narušuje její schopnost rozpoznávat, hodnotit a racionálně jednat. Pobírá příspěvek na péči ve výši 4000 Kč měsíčně.

#### Respondent 4 (dále R4)

Muž 58 let se smyslovým postižením. V důsledku onemocnění diabetes mellitus I. typu došlo postupně úplné slepotě. Pře 6 lety podstoupil transplantaci slinivky a ledvin. Je závislý na pomoci jiné osoby při některých základních potřebách. Vyučil se automechanikem, pobírá invalidní důchod. Je rozvedený, bydlí sám v bytě v domě s pečovatelskou službou. Navštěvuje ho a pomáhá mu jeho rodina, udržuje přátelské vztahy s několika sousedy v domě. Je orientován časem, prostorem pouze ve známém prostředí. Pobírá příspěvek na péči ve výši 8000 Kč měsíčně.

#### Respondent 5 (dále R5)

Muž 28 let s kombinovaným postižením. V důsledku autonehody v roce 2008 a po několika měsících v kómatu trpí centrální spastickou kvadruparézou. Není schopen samostatného pohybu, je plně imobilní. K přepravování používá mechanický invalidní vozík, který není schopen sám ovládat. Na vozíku musí být upoutaný včetně opory hlavy. Vyžaduje nepřetržitou péči při všech základních životních potřebách. Je poživitelem invalidního důchodu. Vystudoval střední průmyslovou školu. Je svobodný, žije se sestrou a rodiči v rodinném domku, který je postupně za pomoci příspěvků upravován na bezbariérový. Není schopen smysluplné komunikace, navazování a udržování sociálních vazeb, není orientován časem ani prostorem. Od roku 2010 je zbaven způsobilosti k právním úkonům, opatrovníci je ustanovena jeho matka. Pobírá příspěvek na péči ve výši 12000 Kč měsíčně.

#### Respondent 6 (dále R6)

Muž 86 let s tělesným postižením. Z důvodu gangrény levé dolní končetiny podstoupil v roce 2010 vysokou amputaci zmíněné končetiny. Protézu ani jiné kompenzační pomůcky nepoužívá, je imobilní. K přepravování využívá mechanický vozík, který není schopen sám

ovládat. Žije v domově pro seniory ve dvoulůžkovém pokoji. Je vyučen strojním zámečníkem, jeho starobní důchod je vyplácen na účet domova. Je rozvedený. Komunikuje smysluplně, pomalu, vzhledem k nedoslýchavosti odezírá. Je schopen navazovat vztahy s ostatními obyvateli domova, zúčastňuje se aktivit organizovaných domovem. Je orientován časem i prostorem. Pobírá příspěvek na péči ve výši 12000 Kč měsíčně.

### Respondent 7 (dále R7)

Žena 76 let s mentálním postižením. Přibližně 5 let nazpět u ní propukla Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem s těžkou demencí. Je schopna pohybu bez kompenzačních pomůcek. Je poživatelkou starobního důchodu, který je vyplácen na účet domova se zvláštním režimem, v němž žije ve dvoulůžkovém pokoji. Je vdova. Komunikace není většinou smysluplná, občas bývá agresivní. Je schopna jen bezprostředního kontaktu. Není schopna navazovat vztahy se spolubydlicími, aktivit v domově se nezúčastňuje. Je dezorientovaná. Vyžaduje celodenní péči personálu. Pobírá příspěvek na péči ve výši 12000 Kč měsíčně.

## **5.3 Získaná data**

Potřebná data jsem získávala v místě bydliště respondentů. Jedna osoba žije v domově pro seniory, jedna v domově se zvláštním režimem. Ostatní osoby bydlí doma, ve svém přirozeném prostředí. V jednom případě byl veden rozhovor s opatrovníkem, který byl jmenován osobě s kombinovaným zdravotním postižením z důvodu zbavení způsobilosti k právním úkonům. Odpovědi ženy umístěné v domově se zvláštním režimem nebyly vzhledem k jejímu tytu onemocnění hodnověrné, proto nebylo možné je analyzovat. Kvantifikaci jsem provedla pouze u 6 respondentů.

1. Jaká omezení cítíte vzhledem ke svému zdravotnímu stavu?

R 1: „Všechna omezení. Nepoškrábu se, nenajím, jenom si řeknu, že něco potřebuju.“

R2: „Špatně se mi chodí, bolí mě kolena, jednu ruku mám chromou, tak mi občas něco upadne.“

R3: „Nemám peníze, dostávám jen kapesné od opatrovníka.“

R4: „Nemůžu dělat věci, který jsem dělal dřív.“

R5 - opatrovník: „Má omezení ve všem, ale nejspíš si to neuvědomuje.“

R6: „Bez pomoci jinýho člověka se nikam nedostanu, jedna noha nestačí, musím mít vozík.“

2. Jaké činnosti nejste schopen sám vykonávat, nebo Vám činí potíže?

R1: „Všechny mi činí potíže. Jsem schopen jen obsluhovat myš od počítače ústy a vozík taky ústy. Ale i u toho vlastně potřebuju pomoc, aby mi to někdo nachystal.“

R2: „Nemůžu umýt třeba okna, jít si koupit třeba těžké věci, jít ven, když to klouže. Doma dělám jen maličkosti s pomocí židle, kterou si posouvám.“

R3: „Jsem schopná dělat skoro všechno, když nejsem unavená, ale některý věci nemůžu, to za mě musí dělat opatrovník.“

R4: „Ty, který jsou pro mě nové, např. obsluhovat mobil, ovladač na televizi. Ty, co mám z dřívějšíka zažité, zvládnou. Ale taky nemůžu řídit auto, sportovat. Taky mám problém s kontaktem s ostatními, nevidím svoji vnučku nebo lidi, s kterými mluvím.“

R5 - opatrovník: „Žádné, vůbec nic sám neudělá“

R6: „Třeba dojít si na záchod, dojít si sám na nákup a vybrat si co chci, uvařit si kafe.“

3. Kdo Vám poskytuje pomoc?

R1: „Rodina, charita, rehabilitační sestra, zdravotní sestra, asistent, přátelé.“

R2: „Pečovatelky, sousedka nebo bratr.“

R3: „Máma, bratr, pečovatelky a opatrovník.“

R4: „Pečovatelky, rodina a kamarádi.“

R5 - opatrovník: „Rodina, rehabilitační sestra, osobní asistentka, charita.“

R6: „Přítelkyně, sestry a ošetřovatelky v domově.“

4. Využíváte některou z forem sociálních služeb nabízenou na území města?

R1: *„Mám z půjčovny od Sociálních služeb města půjčený klozetový vozík. Z charity mám osobního asistenta.“*

R2: *„Pečovatelskou službu, nakupují mi větší nákupy a dělají velký úklid.“*

R3: *„Donášku obědů, praní a žehlení. A podle potřeby úklid, to mi dělají pečovatelky.“*

R4: *„Ano, pečovatelky mi nosí obědy.“*

R5 - opatrovník: *„Ano, využíváme charitu na osobní asistenci do doby, než přijdu já z práce a rehabilitační sestru.“*

R6: *„Jsem v domově. Tady se o mě starají ve všem.“*

5. Jste spokojen s poskytovanou sociální službou?

R1: *„Ano, jsem spokojený, vždycky se domluvíme. Asistenta mám krátce, ale je v pohodě.“*

R2: *„Jsem spokojena, sama bych to těžko zvládala.“*

R3: *„Ale jo, jsem. Jen by mohli líp vařit.“*

R4: *„Musím být spokojený, nemám jinou možnost, není konkurence pečovatelské službě.“*

R5 - opatrovník: *„Momentálně ano. Dřív jsem měla problém s jednou pracovnící z charity.“*

R6: *„Jak kdy jsem spokojen. Když je někdy nutně potřebuju a zvoním, tak dlouho čekám, než někdo přijde. Mám pocit, že jsou sestry neochotné.“*

6. Je pro Vás výběr sociálních služeb dostačující nebo Vám nějaká chybí?

R1: *„Těžko říct. Vadí mi, že si je musíme sehnat sami. A chybí tu třeba rehabilitační sestra. Ta co k nám chodí, je naše známá.“*

R2: *„Zatím mi to stačí. Taky se musím snažit sama.“*

R3: *„Stačí mi to. O ostatní se postará opatrovník nebo bratr.“*

R4: *„Není dostačující. Chybí mi asistence odpoledne, večer a o víkendu. Přátelé nemají pořád čas mě někam doprovázet, třeba na fotbal nebo do divadla.“*



R5 - opatrovník: *„Je dostačující. Víc nepotřebujeme.“*

R6: *„Není. Chybí mi každý den denní tisk a pomoc při učení se chodit s protézou. Chtěl bych, aby byla pohoda a ochota personálu. To mi chybí.“*

7. Využíváte příspěvek na péči k zajištění zvolených služeb?

*Všichni respondenti shodně odpověděli, že příspěvek na péči využívají k zajištění zvolených služeb.*

8. Je výše příspěvku na péči dostačující na pokrytí úhrady za poskytované služby?

R1: *„Asi ano. Ale na rehabilitační pobyty, které jsou pro mě zásadní, ne. Celková péče o mě je hodně nákladná.“*

R2: *„Je. Z příspěvku si zaplatím všechno.“*

R3: *„Nevím, asi jo. Stará se o to můj opatrovník.“*

R4: *„Ano. Ale kdybych měl mít asistenta pořád, tak ne“*

R5 - opatrovník: *„Ne. Pokud je tam asistentka déle, musím ji zaplatit navíc, protože je placená od hodiny.“*

R6: *„Podle mě je to až moc peněz.“*

9. Byl byste schopen si bez příspěvku na péči zajistit potřebnou péči?

R1: *„Musel bych, pomoc potřebuji. Ale asi by to bylo nereálné.“*

R2: *„Asi jo, snad bych to z důchodu zaplatila. Ale musela bych se hodně uskromnit.“*

R3: *„Nevím. Asi by mi musela pomoci rodina, i když taky sami nemají moc peněz.“*

R4: *„Ne, neměl bych na to.“*

R5 - opatrovník: *„Jistě, co jiného by nám zbývalo.“*

R6: *„Já nevím. Asi ne. A nevzali by mě bez něj do domova.“*

10. Cítíte se být s využitím sociálních služeb alespoň částečně soběstačný?

R1: *„Necítím. Jsem stále vězněm ve svém těle.“*

R2: *„Ano, služby mi moc pomáhají.“*

R3: *„Ano.“*

R4: *„Jen částečně, protože když aktuálně potřebuji jít třeba ven, není, kdo by se mnou šel. Taký o víkendu nemám asistenci.“*

R5 - opatrovník: *„Ano, bez nich by neudělal vůbec nic, nenajedl, nepřebalil se, neotočil.“*

R6: *„Necítím se soběstačný.“*

11. Myslíte si, že s pomocí příspěvku na péči a s využitím sociálních služeb vedete spokojený život?

R1: *„Ne. Žádné služby ani příspěvek na péči mi nezajistí spokojený život. Úplně vše mi musí zajistit někdo jiný. To všechno mi život pouze usnadní. Jsem nešťastný, jsem postižený.“*

R2: *„Ano. Já si nestěžuju. Mrzí mě jen, že ty nohy mi moc neslouží.“*

R3: *„Mám se dobře.“*

R4: *„Částečně spokojený život vedu, ale samotné služby by mi nestačily. Bez pomoci kamarádů bych se neobešel.“*

R5 - opatrovník: *„Těžko posoudit. Nevím, není schopen mi to říct.“*

R6: *„Jsem docela spokojený. Dají mi tu najíst, postarají se o mě, přítelkyně za mnou může chodit.“*

12. Jste ve svém přirozeném prostředí spokojen?

R1: *„Ano, jsem rád, že můžu být doma, se svojí rodinou.“*

R2: *„Ano. Žiju v domě s pečovatelskou službou už 16 let, mám svůj klid, lidi mě tu mají rádi a já je taky.“*

R3: *„Ano. Dřív jsem měla problémy se sousedy, chtěli se mě zbavit.“*

R4: „Ano, i když bezbariérový byt nemám. Jsem ale rád, že můžu být tady, i když bych si byt v domě s pečovatelskou službou představoval jinak.“

R5 - opatrovník: „Nevím, asi ano. Nikdy nebyl mimo domov, jen dřív v nemocnici, ale to byl v kómatu. Poznává, když přijde jiná pečovatelka, jinde by se mu asi nelíbilo.“

R6: „I když nejsem doma, zvykl jsem si tady.“

13. Můžete uskutečňovat pomocí příspěvku na péči sociální kontakty?

R1: „Naštěstí mám přátele, kteří se mnou kontakt udržují. Berou mě s sebou na koncerty, do bazénu, navštěvovali by mě i bez příspěvku na péči.“

R2: „Já se s lidmi stýkám, ať mám příspěvek nebo ne. Mám ráda společnost.“

R3: „Navštěvuji matku a bratra. Určitě bych se s nimi stýkala i bez příspěvku na péči.“

R4: „Bez příspěvku na péči bych některé sociální kontakty neměl, např. aby se mnou někdo šel do divadla, musím mu zaplatit vstupné.“

R5 - opatrovník: „S cizími lidmi se nestýká. Pokud bych měla hradit někomu to, že by za synem přišel nebo ho někam vozit, už by mi na to příspěvek na péči nezbýval.“

R6: „Nepotřebuju příspěvek na péči, aby za mnou chodila přítelkyně nebo kamarádi hasiči. Nic jim za to neplatím.“

#### 5.4 Analýza získaných dat

Vybraným osobám jsem položila celkem 13 otázek. Otázky byly zaměřeny na omezení vzniklá v souvislosti se zdravotním stavem osob, na možnosti výběru některé z forem nabízených sociálních služeb s využitím příspěvku na péči a na pocit spokojenosti a míru soběstačnosti. Respondenty byli muži i ženy různého věku, s rozdílným druhem zdravotního postižení a s různou výší poskytovaného příspěvku na péči.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že jakýkoli druh postižení omezuje jedince v různých činnostech a potřebuje při nich pomoc jiné osoby. Rozsah poskytnuté pomoci závisí

na stupni postižení. Všichni respondenti, s výjimkou R3, potřebují pomoc při mobilitě. Úkony týkající se sebeobsluhy a soběstačnosti nejsou schopni samostatně zvládnout. Činí jim problémy činnosti, které dříve dělali bez potíží. R3 se cítí být omezen v nakládání se svými finančními prostředky v souvislosti s omezením způsobilosti k právním úkonům.

Pomoc se zvládnutím základních životních potřeb dotazovaným ve všech případech poskytuje rodina, dále pak přátelé, zdravotnický personál a pečovatelky. R1, R4 a R5 dále využívají služeb osobní asistence.

Všichni dotazovaní využívají Sociální služby města - R1 pouze možnosti půjčení kompenzační pomůcky z půjčovny, která je součástí pečovatelské služby. Ostatním respondentům, mimo R6, který žije v domově pro seniory, pomoc poskytuje pečovatelská služba formou terénní služby ve svých domácnostech při úkonech, které si uživatelé sami zvolili dle potřeby. Jedná se převážně o donášku obědů, v některých případech o úkony týkající se chodu domácnosti, tj. praní, žehlení, nákup a úklid. R2 a R4 bydlí v bytě 1+1 v domě s pečovatelskou službou.

S poskytovanými službami jsou všichni respondenti spokojeni, pouze R6 má výhrady k chování personálu domova. R2, R3 a R5 uvádí, že výběr služeb na území města je dostačující a žádná služba jim nechybí. R1 postrádá nabídku zdravotnického a rehabilitačního personálu, R4 osobní asistenci v době po pracovní době asistentů. R6 by preferoval větší pohodu a ochotu ze strany personálu domova.

Všechny dotazované osoby se shodli, že příspěvek na péči využívají k úhradě poskytovaných služeb. Pouze R2 uvedl, že výše přiznaného příspěvku na péči je dostačující pro zajištění úkonů, které potřebuje. R6 naznačil, že výše příspěvku na péči nedosahuje kvality poskytovaných služeb v domově, v němž bydlí. R3 nemá přehled o platbách za využívané služby. R1, R4 a R5 sdělili, že na poskytování základních služeb je příspěvek na péči dostačující, ale v případě mimořádných potřeb by si museli platbu zajistit z jiného zdroje. Pokud by však respondenti nepobírali příspěvek na péči, zajistit si potřebnou péči by jim činilo potíže.

Pouze R2, R3 a R5 se cítí být s využitím sociálních služeb soběstační, R4 pouze částečně a R1 a R6 vůbec ne. Na dotaz, zda jim příspěvek na péči a sociální služby pomáhají ke spokojenému životu, odpověděl R2, R3 a R6 kladně. R4 nevede úplně spokojený život a u R5 nelze na tuto otázku odpovědět. R1 tyto atributy život pouze usnadní, ale spokojený život mu nezajistí. Ve svém přirozeném prostředí jsou všichni spokojeni. R5 vzhledem ke svému zdravotnímu stavu žádné sociální kontakty neuskutečňuje. R4 by bez poskytovaného příspěvku na péči některé sociální kontakty neměl a zbývající dotazovaní styk s ostatními lidmi realizují bez ohledu na zmíněný příspěvek.

V práci jsem stanovila tři základní výzkumné otázky a uvádím jejich odpovědi:

1. Umožní využití sociálních služeb osobě se zdravotním postižením zachování soběstačnosti?

Nabízené sociální služby jsou sice využívány, ale ne ve všech případech umožní jedinci se zdravotním postižením zachování soběstačnosti. Bez pomoci rodiny a blízkých osob by se neobešli.

2. Pomůže příspěvek na péči osobě se zdravotním postižením vést důstojný život?

Poskytovaný příspěvek na péči život osobám se zdravotním postižením výrazně usnadní a umožní jim vést relativně spokojený život. Záleží však na vlastním přístupu jedince ke svému postižení, na akceptaci a vyrovnání se s náročnou životní situací.

3. Je výše příspěvku na péči úměrná poskytované péči osobě se zdravotním postižením?

Výše finanční podpory je dostačující pouze pro úhradu základních úkonů sebeobsluhy. Náklady spojené s komplexní péčí o těžce postižené osoby příspěvek nepokryje.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou kvality života osob se zdravotním postižením a možnostmi využití poskytovaného finančního příspěvku ke zkvalitnění života těchto osob.

Definovat kvalitu života je v důsledku interdisciplinarity a multidimenzionalitě tohoto pojmu velice obtížné. Existuje řada blízkých a příbuzných pojmů, např. pohoda, spokojenost, štěstí. Spokojenost se životem determinují objektivní skutečnosti a faktory, ale i subjektivní vnímání a hodnocení těchto skutečností a faktorů, k nimž se v dnešní době převážně obrací pozornost. Významnou roli podle mého názoru v hodnocení kvality života hraje zdravotní stav člověka, dále pak materiální zabezpečení, sociální vazby, existence sociálních sítí, kvalita bydlení, bezpečí, volný čas, zdravotnické služby, životní prostředí a jiné.

Zdraví je významnou součástí plnohodnotného života, čímž zvyšuje subjektivně pocíťovanou kvalitu života ve smyslu pocitu soběstačnosti, schopnosti pohybu, nezávislosti na jiných lidech apod. Při uspokojování některých běžných lidských potřeb může dojít k tomu, že jedinec nemůže ze zdravotních důvodů určité potřeby realizovat obvyklým způsobem. Znamená to, že jakkoli tělesně postižený člověk může v individuální míře potřebovat určitou pomoc či kompenzaci při uspokojování těchto samozřejmých běžných lidských potřeb. Každý člověk s postižením má jiné zachované schopnosti, motivaci, vůli, rodinné zázemí, možnosti. Velmi záleží na osobnosti člověka, závažnosti jeho stavu, perspektivách či schopnosti adaptace.

Stát je garantem přiměřených sociálních služeb pro znevýhodněné občany. Zásadní změnou v oblasti sociální politiky je nahrazení dosavadního plošného systému sociálního zabezpečení systémem, který je koncipovaný jako adresný, dynamický a diferencovaný. Působnost je přenesena na obce a kraje. Jeho cílem má být respektování důstojnosti každého člověka a umožnění jedinci spolupodílet se na řešení své sociální situace. Pomoc státu by měla být vhodně doplněna pomocí neziskových organizací, charitativních a občanských institucí.

Sociální dávky a příspěvky jsou bezesporu pro jedince tou nejzřetelnější formou pomoci, neboť je zřejmé, že život se zdravotním postižením znamená zvýšené životní náklady a zároveň i určité omezení možností, jak tyto náklady pokrýt vlastní výdělečnou činností.

Ve svém sociologickém šetření jsem hledala odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Cíl výzkumu byl splněn, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Z odpovědí dotazovaných osob vyplývá, že nabízené sociální služby jsou sice využívány, ale ne ve všech případech umožní jedinci se zdravotním postižením zachování soběstačnosti. Bez pomoci rodiny a blízkých osob by se neobešli. Spektrum poskytovaných služeb je dostačující v závislosti na intenzitě zdravotního postižení. Osoby s těžším typem postižení využívají osobní asistence, která ale plně nepokrývá potřeby těchto jedinců s ohledem na pracovní dobu asistenta. Poskytovaný příspěvek na péči život osobám se zdravotním postižením výrazně usnadní a umožní jim vést relativně spokojený život. Záleží však na vlastním přístupu jedince ke svému postižení, na akceptaci a vyrovnání se s náročnou životní situací. Výše finanční podpory je dostačující pouze pro úhradu základních úkonů sebeobsluhy. Náklady spojené s komplexní péčí o těžce postižené osoby příspěvek nepokryje.

Cílem moderní a perspektivní péče o osoby s postižením je investice do podpory těchto osob, která zahrnuje především rozvoj sociálních služeb, v nichž je zákazníkem klient, který nejlépe zná své možnosti a daná individuální omezení a který volí takové služby, které mu nejlépe vyhovují. Tato investice je dlouhodobě návratná v podobě určité osobní nezávislosti postižených občanů, což jim může umožnit vést důstojný a spokojený život.

Své místo v pomoci osobám se zdravotním postižením má i sociální pedagog, který může nabídnout svoje znalosti z oblasti práva, psychologie, sociální i speciální pedagogiky. Jako vzdělaný a kvalifikovaný odborník by měl být schopen rozpoznat a pojmenovat klientův problém s cílem najít při vzájemné kooperaci nejvhodnější řešení jeho nelehké životní situace.

Vypracovaná bakalářská práce by mohla najít uplatnění při práci sociálních pedagogů, pracovníků v pomáhajících profesích nebo úředníků vykonávajících státní správu v sociální oblasti, přispět k pochopení sociální situace osob se zdravotním postižením a zorientovat se v možnostech pomoci těmto lidem.

Svoji bakalářskou práci uzavírám citátem S. Browna:

„Zdravotní postižení není stav vytvářející závislost. Závislost ale mohou způsobit cesty (způsoby), jimiž jsme se my jako jednotlivci i my jako společnost rozhodli na zdravotní postižení reagovat.“

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*
2. *Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
4. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
5. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
6. JESENSKÝ, J. a kol. *Zdravotně postižení – programy pro 21. století.* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2003. ISBN 80-7041-834-8.
7. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči.* 3. vyd. Ostrava: ANAG, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.
8. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0179-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
11. LAZAROVÁ, B. *Možnosti poznávání lidí.* Brno: IMS Brno, 2007.
12. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
13. MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách.* 1. vyd. Praha: Element, 2008. ISBN 80-903658-1-7.
14. MUSELÍKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z., VODIČKOVÁ, M. *Právo v sociální oblasti.* Brno: IMS Brno, 2012.
15. MÜHLPACHR, P. *Speciální pedagogika.* Brno: IMS Brno, 2010.



16. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
17. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
18. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
19. POWELL, T. *Poškození mozku*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.
20. RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS Brno, 2009.
21. TURINSKÁ, I. *Příspěvek na péči – podmínky, řízení*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta. 2011/2012.
22. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN 80-86429-36-9.
23. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
24. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum 2004. ISBN 80-7184-929-4.
25. VÍZDAL, F. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: IMS Brno, 2005.
26. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2.

### **Další zdroje**

Informační katalog Městského úřadu Žďár nad Sázavou

Noviny Žďárské radnice, Únor 2013

Práce & sociální politika, ročník 9, číslo 5 ze dne 11.05.2012

Práce & sociální politika, ročník 9, číslo 9 ze dne 12.11.2012

Práce & sociální politika, ročník 10, číslo 3 ze dne 12.03.2013

Vozíčkář – časopis nejen pro sedící, číslo 1/2013

### **Internetové zdroje**

<http://skvelydomov.blogspot.cz/2009/03/zdravi-nemoc-definice-zdravi-who.html>

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)

<http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy/>

<http://www.mpsv.cz/cs/9>

<http://www.zdarns.cz/o-meste/>

<http://www.socsluzby.sattnet.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Aj.	A jiné.
Apod.	A podobně.
Atd.	A tak dále.
ČR	Česká republika.
dB	Decibel.
DMO	Dětská mozková obrna.
ha	Hektar.
IQ	Intelligenční kvocient.
LMD	Lehká mozková dysfunkce.
Mj.	Mimo jiné.
QOL	Kvalita života.
R 1-7	Respondent 1-7.
Resp.	Respektive.
Tzn.	To znamená.
Tvz.	Tak zvané.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PI** Vybrané sociální služby dle Informačního katalogu MěÚ Žďár nad Sázavou

## **PŘÍLOHA P I:**

Vybrané sociální služby dle Informačního katalogu MěÚ Žďár nad Sázavou:

### **Domov pro seniory – Dům klidného stáří**

Posláním domova je snaha vytvořit prostředí co nejvíce připomínající domov osobám, které s ohledem na svůj věk a zdravotní stav potřebují pomoc a podporu v každodenních činnostech běžného života.

Cílovou skupinou této služby jsou osoby starší 60 let, které z důvodu snížené soběstačnosti nebo vysokého věku prokazatelně potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, ve výjimečném případě mladší, pokud bude prokázána závislost na péči, přednostně osoby žijící ve Žďáře nad Sázavou, v případě volné kapacity další zájemci.

Prostřednictvím nabízených služeb se domov snaží zachovat co nejdéle soběstačnost obyvatel a zajistit jim kontakt s okolním prostředím.

Služba je poskytována jako pobytová ve zrekonstruovaném zařízení v klidné lokalitě města. Kapacita 54 lůžek je rozdělena do 1 a 2 lůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením s nepřetržitým provozem. V domově je společná jídelna, společenská místnost, cvičební a rehabilitační místnost, koupelna s polohovací vanou a místnost pro pedikérské a kadeřnické služby.

Denní režim je přizpůsoben potřebám a zájmům obyvatel. Úhrada za poskytované služby odpovídá platným předpisům.

### **Pečovatelská služba**

Posláním této služby je poskytování pomoci občanům v jejich vlastních bytech na území města Žďáru nad Sázavou, kteří jsou částečně soběstační, ale vzhledem ke svému věku nebo zdravotnímu stavu nejsou schopni sami zvládnout některé úkony osobní hygieny, péče o vlastní osobu, péče o domácnost apod. Tato služba podporuje soběstačnost klientů za pomoci rodiny.

Služba je poskytována jako terénní a ambulantní v domech s pečovatelskou službou s celkovým počtem bytů 213, z toho 42 bytů je vybaveno signalizačním zařízením. Dále je služba jako terénní poskytována v domácnostech občanů, a to na celém území města Žďáru

nad Sázavou. V domech s pečovatelskou službou jsou v provozu prádelny a moderně vybavená střediska osobní hygieny. K dispozici má služba dva osobní automobily k rozvozu obědů, k poskytování služeb uživatelům v terénu a v případě potřeby k dopravě uživatelů do střediska osobní hygieny, k lékaři apod. Úhrada za poskytování služby je dle schváleného ceníku. Provozní doba je od pondělí do pátku od 6:30 do 16:00 hod, o víkendu od 9:30 do 11:30 hod. V některých domech s pečovatelskou službou je zajištěna služba po celých 24 hodin denně.

Nabízené služby pečovatelské služby:

zajištění chodu domácnosti (nákupy, úklid běžný či velký, mytí oken), praní a žehlení prádla, zajištění osobní hygieny, pedikúra a masáže, donáška obědů, pomoc při podávání jídla a pití, donáška léků, doprovod na vyšetření či procházku, dohled nad dospělou nesoběstačnou osobou, pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů uživatelů, zajištění poradenství, psychická podpora, poradenství apod.

V jednom z domů pečovatelské služby je v provozu v pracovní dny od 6:30 do 15:30 hod DOMOVINKA jako ambulantní forma poskytování pečovatelské služby, kde je zajištěna celodenní strava a možnost odpočinku.

Součástí pečovatelské služby je půjčovna kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

### **Domácí ošetrovatelská péče**

Posláním domácí ošetrovatelské péče je poskytovat zdravotní úkony v domácnostech občanů města Žďár nad Sázavou na základě ordinace ošetrovujících lékařů a podle potřeb nemocných.

Popis jednotlivých úkonů domácí ošetrovatelské služby:

základní ošetrovatelská péče (hygiena, stravování, úprava lůžka, polohování, vyprazdňování pacientů apod.), příprava léků a aplikace injekcí a infuzí, aplikace inzulínu, edukace pacienta v aplikaci inzulínu, převazy, obklady, zábaly, koupele, odběry biologického materiálu, měření glykémie glukometrem, péče o stomie, katetry, klysmata, pohybová aktivizace a dechová cvičení, sledování základních životních funkcí pacienta, edukace rodinných příslušníků v ošetrování v domácnosti apod.

Provozní doba je od pondělí do neděle od 7:00 do 19:00 hod.

## **Domov se zvláštním režimem – Seniorpenzion Fit**

Posláním domova je vytvořit podmínky pro pocit jistoty a bezpečí osob se specifickými potřebami, kteří potřebují pravidelnou pomoc v důsledku onemocnění stařeckou nebo jinou demencí a Alzheimerovou chorobu a zachování jejich kontaktu s okolím.

Cílovou skupinou této služby jsou osoby se sníženou soběstačností vyžadující pravidelnou pomoc z důvodu onemocnění stařeckou nebo jinou demencí a Alzheimerovou chorobou, starší 40 let, přednostně osoby s trvalým pobytem ve správním území města Žďár nad Sázavou, v případě volné kapacity osoby s trvalým pobytem na území ČR. Služba je poskytována jako pobytová v bezbariérovém zařízení, které zahrnuje 3 podlaží nově zrekonstruované budovy v centru města Žďár nad Sázavou

Kapacita 40 lůžek je rozdělena do 1, 2 a 3 lůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením.

V domově je společná jídelna, která může být využita jako společenská místnost, dále jsou na poschodích malé společenské místnosti, které využívají obyvatelé příslušného oddělení. Jednotlivá oddělení jsou utvořena na jednotlivých poschodích tak, že dávají osobám s demencí jasně vymezený prostor pro jejich orientaci a pocit bezpečí.

Domov s nepřetržitým provozem nemá zahradu, ale jsou k dispozici prostorné terasy, které zajistí odpočinek v klidném prostředí a nádherný výhled do okolí.

Denní režim je přizpůsoben specifickým potřebám a zájmům obyvatel. Úhrada za poskytované služby je dle platných předpisů.

## **Charitní pečovatelská služba**

Posláním charitní pečovatelské služby je pomáhat lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jsou odkázáni na pomoc druhých při péči o sebe a o svoji domácnost, aby mohli zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí.

Cílovou skupinou jsou senioři se sníženou soběstačností; osoby, které jsou odkázány na pomoc druhých při péči o sebe a svoji domácnost; osoby po úrazech, které jsou odkázány na pomoc druhých při péči o sebe a svoji domácnost.

Cíl poskytování kvalitní sociální služby vychází z individuálních potřeb uživatele. Jedná se o podporu dosavadního způsobu života a respektování osobních zvyklostí uživatele, pomoc uživateli při udržování komunikace s rodinou.

Zásady poskytovaných služeb vychází z křesťanských zásad a etických norem, mezi něž patří především respektování důstojnosti a jedinečnosti každého člověka, jednání s uživatelem a zájemcem o službu jako s partnerem, dodržování rovnoprávného přístupu, individuální přístup ke každému uživateli, podpora soběstačnosti a nezávislosti, dodržování mlčenlivosti.

Základní činnosti:

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

Fakultativní služby (pedikúra, doprava k lékaři, do střediska osobní hygieny, na úřady apod., zapůjčení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, zprostředkování duchovní péče)

Provozní doba je od pondělí do pátku od 7:00 do 15:30 hod.

### **Charitní ošetrovatelská služba**

Posláním charitní ošetrovatelské služby je zabezpečení kvalitního poskytování ošetrovatelské služby prostřednictvím registrovaných zdravotních sester, zajištění následného poskytnutí domácí péče ihned po propuštění ze zdravotnického zařízení, ošetřování osob se zdravotním postižením, seniorů, chronicky a akutně nemocných, imobilních pacientů a nemocných s obtížnou dostupností lékařské péče, stabilizace a podpora zlepšení fyzického a psychického stavu pacienta, případně umožnění důstojného dožití.

Péče je založena na spolupráci s ošetřujícím lékařem a rodinou pacienta, což znamená zajištění komplexní služby – tělesné, duševní, sociální i duchovního blaha člověka.

O službu je třeba požádat u svého ošetřujícího lékaře nebo v případě hospitalizace pacienta v nemocnici.



Nabízené ošetrovatelské služby:

základní ošetrovatelská péče - komplexní péče o ležícího pacienta; příprava a podávání léků; aplikace injekcí a infuzí, inzulínu, převazy, obklady, odběry biologického materiálu; péče o stomie, katetry, klyzma, porty, PEG; pohybová aktivizace, dechová cvičení; sledování základních životních funkcí; edukace pacientů a rodinných příslušníků v domácím prostředí; péče o osoby v terminálním stádiu; poradenská činnost.

Služba je poskytována odborným zdravotnickým personálem denně, včetně víkendů a svátků. Výkony předepsané ošetřujícím lékařem jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Pacient službu neplatí.

Součástí služby je půjčovna kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.