

Efektivita využívání příspěvku na péči ve Zlínském kraji

Bc. Žaneta Pospíšilová

Diplomová práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Žaneta Pospíšilová**
Osobní číslo: **H140331**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Efektivita využívání příspěvku na péči ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, příspěvku na péči a legislativy v sociální oblasti.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s., obr. příl. ISBN 978-80-87109-19-9.

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Vyd. 1. V Praze : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 1. Praha : Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení Oldřich Matoušek a kol. 2., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2011. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha : Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

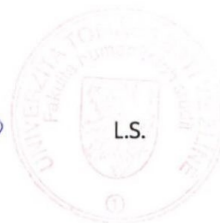
Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17. 2. 2017

..... 

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 nevydělčně 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 též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení 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 vzdělávacího 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). *Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného 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 oprávněnými zájmy 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

Diplomová práce pojednává o problematice efektivního využívání příspěvku na péči ve Zlínském kraji. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, které korespondují s tématem a výzkumem diplomové práce. Zaměřuje se na sociální služby, příjemce sociálních služeb a popisuje dávky pro osoby se zdravotním postižením. V neposlední řadě je velká část diplomové práce věnovaná příspěvku na péči, zejména jeho efektivnímu využívání a provádění kontrol využívání příspěvku na péči. Praktická část je zaměřená na zjištění, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. V metodologické části jsme zvolili kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výstupem práce je shrnutí výsledků výzkumu a doporučení pro zefektivnění systému využívání příspěvku na péči.

Klíčová slova: Úřad práce České republiky, příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením, stáří, sociální služby, sociální šetření, sociální pracovník, kontrola

ABSTRACT

The thesis discusses the issues of the effective use of Carer's Allowance in the Zlin region. The theoretical part consists of three chapters that correspond with the theme and the thesis research. It focuses on social services, the recipients of social services and describes the allowances for people with disabilities. Finally, a large part of the thesis is devoted to the Carer's Allowance, particularly its effective use and implementation of inspections that check its use. The practical part is focused on determining whether a Carer's Allowance is used efficiently and effectively. In the methodology section, we have chosen a quantitative research using questionnaires. The output of the thesis is a summary of research results and recommendations for streamlining the use of Carer's Allowance.

Keywords: The Labour Office of the Czech Republic, Carer's Allowance, allowances for persons with disabilities, old age, social services, social investigation, social worker, inspection

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Lence Haburajové Ilavské, PhD. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	13
1.1 ÚČEL A PODMÍNKY POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	13
1.2 DRUHY A FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	16
1.3 ZÁKLADNÍ LIDSKÁ PRÁVA V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	19
2 PŘÍJEMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	23
2.1 SENIOŘI A STÁRNUTÍ	23
2.1.1 Sociální služby pro seniory	29
2.2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	31
2.2.1 Sociální služby pro osoby zdravotně postižené	34
3 DÁVKY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	37
3.1 DÁVKY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	37
3.2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	41
3.2.1 Efektivita využívání příspěvku na péči	54
3.2.2 Kontrola využívání příspěvku na péči.....	56
II PRAKTICKÁ ČÁST	60
4 DESING VÝZKUMU.....	61
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	61
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	62
4.3 HYPOTÉZY.....	63
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	64
5.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR	64
5.2 TECHNIKA SBĚRU DAT	65
5.3 REALIZACE VÝZKUMU.....	66
5.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	66
5.5 FORMULACE HYPOTÉZ.....	67
6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	68
6.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	68
6.2 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK POPISNÝCH	72
6.3 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK VZTAHOVÝCH	81
7 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	86
8 SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	90
ZÁVĚR	92

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	94
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	98
SEZNAM OBRÁZKŮ	99
SEZNAM TABULEK.....	100
SEZNAM GRAFŮ	101
SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

V průběhu života každého z nás nastává velké množství situací, s kterými je nutné se vyrovnávat. Vedle událostí radostných a přirozených se dostáváme i do situací, které pro nás mohou být nepříznivé a mnohdy neočekávané. Za tyto lze považovat nemoc, invaliditu, zdravotní postižení, ale i chudobu či ztrátu zaměstnání. Některé situace jsme schopni zvládnout vlastními silami či s pomocí svých blízkých. Mohou se však vyskytnout události, které nejsme schopni sami řešit a je nutná pomoc státu, která může být realizována v rámci sociální politiky a prostřednictvím sociálních služeb. (Kozlová, 2005, s. 9) Sociální služby nelze vnímat jako významné pouze z důvodu, že je potřebuje velké množství lidí, ale i proto, že pomáhají lidem žít běžným životem, umožňují jim pracovat, navštěvovat školy, účastnit se volnočasových aktivit a starat se samostatně o vlastní osobu či domácnost. Sociální služby se soustředí na zachování co možná nejvyšší kvality a důstojnosti života jedince. Senioři a osoby se zdravotním postižením mají stejné touhy, naděje a práva jako každý jiný člověk. Přístup společnosti k těmto osobám by měl být založen na principu rovnosti a změna myšlení společnosti by se měla projevit především v tom, že těmto občanům bude umožněna realizace jejich lidských práv stejně jako ostatním zdravým občanům. (Duková, 2013, s. 125)

Příspěvek na péči je dávka, která pomáhá řešit nepříznivou sociální situaci zapříčiněnou zdravotním stavem či věkem osoby. Účelem dávky je zajisté snaha o pomoc zdravotně postiženým osobám vést co nejhodnotnější a důstojný život. Přiznáním dávky je jim dána možnost si dle vlastního uvážení zajistit potřebnou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb. Jednou z hlavních a stěžejních otázek však zůstává to, zda je tento příspěvek, ať už je vyplácen na zajištění péče u kteréhokoliv poskytovatelů využíván efektivně a účelně. Občas se vyskytnou případy, kdy tento příspěvek nebývá využíván tak, jak vyžaduje zákon o sociálních službách a proto jedním z úkolů pracovníků Úřadu práce je tedy kontrolovat, zda je přiznaný příspěvek na péči využíván efektivně, účelně a jaká je kvalita poskytovaných služeb.

Přáním každého z nás je zajisté zůstat zdravým a soběstačným do vysokého věku, bohužel s přibývajícím věkem však nastává i zvýšená potřeba zdravotní a sociální péče. Péče o nemocného, postiženého nebo starého člověka je velmi náročná záležitost, ale i přes velkou náročnost je nutné mít na paměti, že v našem životě jsou nejcennější osobní a rodinné

vztahy a každý člověk chce být mezi svými nejbližšími. Musíme si uvědomit, že to co dáváme svým nejbližším, budeme možná někdy v budoucnu potřebovat i mi.

Diplomová práce pojednává o problematice efektivního využívání příspěvku na péči ve Zlínském kraji. Téma jsem si zvolila z důvodu, že pracuji jako sociální pracovník na Úřadu práce České republiky a mou každodenní pracovní náplní je práce se seniory a osobami se zdravotním postižením na úseku příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Domníváme se, že téma je stále aktuální a pro mnoho lidí velmi přínosné.

Teoretická část naší diplomové práce je členěna do tří kapitol. První kapitola nese název „Sociální služby“, kde věnujeme pozornost účelu a podmínkám poskytnutí sociální služby, rozebereme druhy a formy poskytování sociálních služeb a zaměříme se na základní lidská práva v oblasti sociálních služeb. Druhá kapitola pojednává o příjemcích sociálních služeb, kde se zaměříme na seniory a osoby se zdravotním postižením. V první řadě probereme obecně stáří a stárnutí, jeho dělení a popíšeme si změny probíhající ve stáří. Následně se vrátíme o pár let zpět a nahlédneme do historie stáří a stárnutí. V neposlední řadě se zaměříme na sociální služby pro seniory. Další skupinu příjemců sociálních služeb tvoří osoby se zdravotním postižením, kde uvedeme jejich rozdělení dle druhu postižení a představíme sociální služby pro osoby zdravotně postižené. Ve třetí kapitole nahlédneme na dávky pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na péči. Zaměříme se na příspěvek na mobilitu, průkaz osoby se zdravotním postižením a příspěvek na zvláštní pomůcku. Velkou část naší diplomové práce věnujeme příspěvku na péči. Vymezíme legislativu příspěvku na péči, popíšeme řízení o přiznání příspěvku na péči a proces vydání rozhodnutí. Zaměříme se i na práci sociálního pracovníka a průběh sociálního šetření. Závěrem se budeme věnovat efektivitě využívání příspěvku na péči a kontrole využívání příspěvku na péči.

Praktická část diplomové práce je zaměřená na zjištění, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. V metodologické části jsme zvolili kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, protože z hlediska techniky sběru dat je vysoce efektivní a umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase. Věříme, že tato práce poslouží nejenom studentům a pedagogům, ale i široké veřejnosti, zejména pak pracovníkům v sociální oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V průběhu života každého z nás nastává velké množství situací, s kterými je nutné se vyrovnávat. Vedle událostí radostných a přirozených se dostáváme i do situací, které pro nás mohou být nepříznivé a mnohdy neočekávané. Za tyto lze považovat nemoc, invaliditu, zdravotní postižení, ale i chudobu či ztrátu zaměstnání. Některé situace jsme schopni zvládnout vlastními silami či s pomocí svých blízkých. Mohou se však vyskytnout události, které nejsme schopni sami řešit a je nutná pomoc státu, která může být realizována v rámci sociální politiky. (Kozlová, 2005, s. 9) V České republice vychází sociální systém ze tří pilířů, kdy vedle státní sociální podpory a systému sociálního pojištění je sociální pomoc základem systému sociální ochrany. Systém sociální pomoci, do něhož lze sociální služby zařadit, vytváří určitý standard v oblasti lidských práv, za jehož základní složku můžeme považovat právo na existenci člověka. Sociální služby lze definovat jako mimořádně významnou součást aktivit státu, samosprávy i nestátních subjektů, řešící problémy jednotlivců, skupin občanů či rodin, mající pozitivní vliv na sociální klima celé naší společnosti. Sociální služby nelze vnímat jako významné pouze z důvodu, že je potřebuje velké množství lidí, ale i proto, že významná část občanů by se bez jejich působení nemohla podílet na společenském životě, jejich občanská a lidská práva by byla omezena a mohlo by dojít k sociálnímu vyloučení těchto osob. (Kozlová, 2005, s. 17)

1.1 Účel a podmínky poskytnutí sociální služby

Sociální službou rozumíme činnost nebo soubor činností, jež jsou uvedeny v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné upravuje podmínky, za kterých je poskytována pomoc a podpora fyzickým osobám v jejich nepříznivé sociální situaci pomocí sociální služby či příspěvku na péči. S účinností tohoto zákona byly dle vyhlášky MPSV ČR č. 505/2006 Sb. zavedeny Standardy kvality sociálních služeb, jež definují, jak má kvalitní sociální služba vypadat. (ČESKO, 2006) Smyslem těchto standardů je umožnit průkazným způsobem posuzovat kvalitu sociálních služeb, porovnávat efektivitu daných druhů služeb či sloužit jako podnět pro lepší uspokojování potřeby klienta (Malík Holasová, 2014, s. 54). Činnosti, které jsou zákonem a vyhláškou definované mají zajistit podporu a pomoc osobám (uživatelům služeb) takovým způsobem, aby se tyto lidé mohli lépe začlenit do společnosti, či aby nedocházelo k jejich vylučování. Je nezbytné, aby rozsah i forma

pomoci zachovávala lidskou důstojnost, a vždy vycházela z individuálních potřeb osob, kterým bude poskytována. Sociální služby musí na své uživatele působit aktivně a snažit se podporovat rozvoj jejich samostatnosti. Jejich poskytování musí být v zájmu těchto osob, samozřejmostí je zajištění dodržování základních lidských práv a svobod.

Komu je sociální služba určena?

Uživatelé této služby se může stát kterákoliv osoba potřebující podporu a pomoc při zapojení do života společnosti (sociálním začleňování) nebo při prevenci a předcházení sociálního vyloučení.

Kdo sociální služby poskytuje?

Poskytovatelem služeb mohou být jak územní samosprávné celky (obce a kraje) a právnické osoby těmito celky zřizované, tak i další právnické či fyzické osoby, které jsou významnými poskytovateli širokého spektra sociálních služeb (*Sociální zabezpečení*, 2015, s. 112).

Jaké jsou podmínky pro přijetí do sociální služby?

S veškerými informacemi nutnými pro přijetí seznámí žadatele o tuto službu přímo poskytovatelé požadovaných služeb. U nich lze také získat potřebné formuláře či žádosti. Povinností poskytovatele je mít písemně zveřejněno i definováno poslání, cíle i zásady poskytování sociální služby, ale i okruh osob, jimž je služba určena. Zásadní podmínky poskytování služeb budou následně upraveny ve smlouvě, kterou spolu žadatel a poskytovatel služby sepiší. Každý žadatel o sociální službu má právo na informace o sociální službě podané srozumitelnou formou (zejména o druhu sociální služby, místě, cílech služby či komu a jakým způsobem je ta která služba poskytována). Dále má právo na informace týkající se všech povinností, které by pro něj ze smlouvy o poskytování služby vyplynuly a o výši úhrady za službu (pokud se jedná o službu placenou). V neposlední řadě má každý žadatel o sociální službu právo vyjádřit své požadavky, očekávání či i osobní cíle, které by bylo možno prostřednictvím této služby realizovat a to vzhledem k možnostem a schopnostem provozovatele služby. Poskytovatelé sociální služby mohou žadateli nabídnout kromě základních činností, které mají dle zákona zajistit i

tzv. fakultativní činnosti. Ty mohou představovat široký soubor služeb a jejich smyslem je zvýšit životní standard uživatelů nad rámec, který je garantován zákonem. (Čámský, 2011, s. 27)

Může být žadateli z nějakého důvodu služba odmítnuta či ukončena?

Poskytovatel může odmítnout poskytnout vybranou službu pouze z důvodů, které definuje zákon:

- Poskytovatel neposkytuje sociální službu o kterou se žádá,
- poskytovatel nemá dostatečnou kapacitu, aby sociální službu poskytl,
- zdravotní stav žadatele vylučuje poskytnutí takové služby,
- pokud byla maximálně před šesti měsíci takováto služba využívána a byla žadateli vypovězena z důvodu porušování povinností, které z ní vyplývaly (*Na problémy nejste sami*, 2014, s. 17).

Je sociální služba pouze placená, nebo i zdarma?

Některé sociální služby jsou placené, jiné jsou bez úhrady.

- *Sociální služby poskytované bez úhrady:*
 - raná péče, sociální poradenství, tlumočnické služby, telefonická krizová pomoc, krizová pomoc, sociálně aktivizační služby určené rodinám s dětmi, seniorům či osobám zdravotně postiženým, terénní programy, intervenční centra, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociální rehabilitace, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny (ČESKO, 2006).
- *Sociální služby poskytované za úhradu:*
 - pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem či sociální služby, které jsou poskytovány zdravotnickým zařízením ústavní péče, chráněné bydlení, domy na půl cesty, azylové domy, terapeutické komunity (ČESKO, 2006).

Obecně je platné, že při stanovení úhrady za službu nesmí poskytovatel překročit její maximální výši (ta je pro jednotlivé služby stanovena v prováděcí vyhlášce k zákonu). Dále také platí, že v případě určitých pobytových služeb (např. domovy pro seniory či osoby se zdravotním postižením nebo domovy se zvláštním režimem) musí uživatelé po zaplacení ubytování a stravy zůstat určité procento z jeho příjmu (povinnost stanovena zákonem). Sociální služby si lze „zakoupit“ z tzv. příspěvku na péči, pokud byl žadateli přiznán. V případech, kdy osoba nemá nárok na příspěvek na péči, ani nemá dostatečný příjem na úhradu určité sociální služby, jež nutně potřebuje, platí, že nedostatek finančních prostředků nelze považovat za důvod pro to, aby mu byla služba odmítnuta.

Více informací o sociálních službách lze získat nejen od poskytovatelů jednotlivých sociálních služeb, ale i na sociálních odborech a odděleních jednotlivých obcí či měst. Lze využít i informace z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí nebo z národního registru poskytovatelů sociálních služeb. Klientům Zlínského kraje jsou informace přístupné např. v nově vytvořeném elektronickém katalogu sociálních služeb Zlínského kraje (*Na problémy nejste sami*, 2014, s. 18).

1.2 Druhy a formy poskytování sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb. v sobě sociální služby zahrnují *sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence* (ČESKO, 2006).

➤ Sociální poradenství

V rámci systému sociálního zabezpečení je budován jako jeho přirozená součást, systém sociálního poradenství. Sociální poradenství je po přijetí zákona o sociálních službách chápáno jako jedna ze sociálních služeb. Jedná se o činnost, která je základní a nedílnou součástí systému sociálních služeb. Zákon 108/2006 Sb. v § 37 definuje dva druhy sociálního poradenství. Jedná se o *základní sociální poradenství*, jehož úkolem je poskytovat osobám informace, pomocí kterých mohou řešit svou nepříznivou sociální situaci. Jedná se o základní činnost při poskytování veškerých druhů sociálních služeb, a je povinností poskytovatelů sociálních služeb tuto zajistit. Dále je to *odborné sociální poradenství*, poskytované se zaměřením na jednotlivé sociální skupiny osob v manželských, občanských či rodinných poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním

postížením či pro oběti trestných činů nebo domácího násilí, ale také pro seniory. Zaměřuje se také na práci s jedinci, jejichž způsob života může být důvodem ke konfliktům se společností. Tato forma služby je poskytována bezúplatně. (Duková, 2013, s. 118-119)

Jak uvádí Michalík (2008, s. 24), služby sociálního poradenství se zaměřují na zjišťování charakteru a rozsahu nepříznivé sociální situace a sledují také příčiny jejího vzniku. Na základě těchto zjištění pak poskytují potřebné informace, které napomáhají k řešení nepříznivých sociálních situací.

➤ **Služby sociální péče**

Jedná se o služby napomáhající osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost. Hlavním cílem služeb je podpořit život těchto osob v přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim se v co nejvyšší možné míře zapojit do běžného života ve společnosti. Pokud jde o případy, kdy toto jedincův zdravotní stav vylučuje, je třeba jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Je právem každého, aby mu byly poskytnuty služby sociální péče v prostředí co nejméně omezujícím.

Službami sociální péče dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou:

- osobní asistence
- tísňová péče
- pečovatelská služba
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- chráněné bydlení
- průvodcovské a předčitatelské služby
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- centra denních služeb
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- sociální služby, které poskytují zdravotnická zařízení lůžkové péče (*Sociální zabezpečení*, 2015, s. 123-126).

➤ **Služby sociální prevence**

Napomáhají zabránit sociálnímu vylučování osob, které mohou být tímto pro krizovou sociální situaci ohroženy, či u osob, jejichž způsob života a životní návyky mohou vést ke konfliktu se společností nebo osobám žijícími v sociálně znevýhodňujícím prostředí. Cílem služeb je nejen napomáhat těmto osobám překonávat nepříznivé sociální situace, ale zejména chránit společnost před vznikem nebo šířením nežádoucích společenských jevů.

Službami sociální prevence, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou:

- raná péče
- služby následné péče
- azylové domy
- telefonická krizová pomoc
- domy na půl cesty
- kontaktní centra
- nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež
- tlumočnické služby
- intervenční centra
- noclehárny
- krizová pomoc
- sociálně terapeutické dílny
- sociálně aktivizační služby určeném rodinám s dětmi, osobám se zdravotním postižením a seniorům
- terénní programy
- terapeutické komunity
- sociální rehabilitace (*Sociální zabezpečení*, 2015, s. 127-130).

Sociální služby mohou být poskytovány jako služby **pobytové** – jedná se o služby spojené s ubytováním osoby v zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory, azylové domy, chráněné bydlení, noclehárny atd.). Dále jako služby **ambulantní** - rozumí se jimi služby, kdy osoba dochází nebo bývá dopravována a doprovázena do zařízení sociálních služeb, jejichž součástí není ubytování (denní stacionáře, centra denních služeb, nízkoprahová denní centra). Dalším ze způsobů, kterým může být sociální služba poskytována je forma

terénní – jedná se o služby, které jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí např. osobní asistence, raná péče, krizová pomoc. (Králová, 2008, s. 181)

1.3 Základní lidská práva v oblasti sociálních služeb

Lidská práva uživatele sociálních služeb spočívají v níže uvedených základních zdrojích či pramenech:

1. Úmluva o právech osob s postižením (Valné shromáždění OSN);
2. Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti (Evropská komise);
3. Deklarace práv mentálně postižených osob;
4. Všeobecná charta lidských práv OSN;
5. Deklarace práv zdravotně postižených osob;
6. Úmluva o právech dítěte;
7. Madridská deklarace a Lisabonská smlouva – ochrana práv občana členské země EU.

Základní myšlenky zakotvené v uvedených dokumentech se promítly do zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách i do standardů kvality, které jsou zakotveny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. Základní práva a svobody vymezují prostor, ve kterém je člověku umožněno jednat na základě vlastní svobodné vůle a do něhož není nikdo jiný (jednotlivec, instituce, veřejná moc) oprávněn zasahovat. Na práva se však také vážou povinnosti, např. povinnost vyvarovat se takového jednání, které by mohlo zasahovat do práv druhých. (Čámský, 2011, s. 91)

Za práva uživatele sociální služby lze považovat zejména:

➤ **Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu**

V rámci poskytování sociálních služeb lze do práva na osobní svobodu zahrnout:

- Volba místa pobytu - nikoho nelze nutit žít na určitém místě proti jeho vůli.
- Svoboda pohybu, pohyb v rámci zařízení i mimo něj – nikoho nelze omezovat v pohybu v rámci budovy (např. mřížce mezi patry) ani v rámci areálu (např. zamykání dveří od budovy).

- Možnost volby – do této oblasti lze zařadit rozhodování o svém čase (kdy budu jíst, vstávat, kdy půjdu spát), ale i o aktivitách kterým se chce jedinec věnovat, o svém oblečení.
- Do oblasti osobní svobody spadá např. i rozhodování o tom, jak se bude člověk stravovat, zda bude konzumovat alkohol či kouřit.

➤ **Právo na ochranu soukromí**

Uživatelé mají právo na nedotknutelnost svého obydlí (např. kontrolu nad tím, kdo a kdy vstupuje do jejich obydlí). Mají právo odepřít přístup do svého obydlí personálu či ostatním lidem, musí mít možnost si svůj pokoj uzamknout a mít v něm alespoň jednu uzamykatelnou součást nábytku. Dále by měli mít možnost se rozhodnout, zda chtějí bydlet sami ve vlastním pokoji nebo ho sdílet s jinou osobou.

➤ **Právo na nedotknutelnost osoby**

- právo rozhodovat o svém vzhledu;
- právo rozhodnout se zda bude s hygienou pomáhat muž nebo žena;
- právo na používání zástěny v choulostivých situacích (např. používání toaletního křesla);
- právo zamknout se na WC nebo v koupelně.

➤ **Právo na osobní a rodinný život**

- právo na kontakt se svou rodinou, přáteli, kamarády (osobní, telefonický, písemný);
- právo na navazování i zachování vazeb s přirozeným prostředím jedince, právo účastnit se společenského života;
- právo na partnerský i sexuální život.

➤ **Právo na důstojné zacházení**

Součástí důstojného zacházení je zacházení s jedincem přiměřeně jeho věku. Dospělí klienti bývají často v důsledku svého postižení stavěni do role dítěte. Do důstojnosti klienta lze zasáhnout např.:

- používáním nevhodných přezdivek při oslovení či jednostranným tykáním;
- stylizací dospělého do role dítěte (např. výzdoba klientova pokoje);

- nerespektováním intimity klienta;
- nepřevlékání klienta do civilního oblečení (např. klient celý den chodí po zařízení v pyžamu).

➤ **Právo svobodně se rozhodnout a právo na přiměřené riziko**

Základním právem dospělé osoby, ale i společným jmenovatelem takřka všech základních lidských práv je rozhodování o sobě a svých osobních záležitostech. I dítě má právo vyjádřit se k záležitostem, které se ho týkají. Toto právo se vztahuje na ty děti, které jsou takového věku, ale i duševní vyspělosti, že jsou schopny vyjádřit a formulovat své názory. Nelze však opomenout fakt, že někteří uživatelé nejsou schopni vyjádřit se slovy, ale gesty, zvuky či mimikou.

➤ **Právo vlastnit majetek**

Každý člověk, i jedinec se zbavenou či omezenou způsobilostí k právním úkonům má právo vlastnit majetek. Člověk, který je zbavený způsobilosti si však nemůže majetek koupit, darovat jej či prodat. Z výše uvedeného vyplývá, že tito lidé by si sami neměli obstarávat ani drobné nákupy. K dobré praxi v rámci poskytování sociální služby však patří, že se i tito lidé při sociální rehabilitaci mohou pod vedením asistenta učit jak s penězi hospodařit a obstarat si drobné nákupy. Tuto činnost můžeme chápat jako důležitou složku podpory rozvoje samostatnosti jedince. Jedná se o nezbytnou součást procesu sociálního začleňování a zároveň o praktickou přípravu k částečnému nebo úplnému navrácení způsobilosti k právním úkonům. (Čámský, 2011, s. 95)

➤ **Právo na práci a odměnu**

I pro klienta sociálních služeb má práce stejný význam jako pro ostatní lidi. Podle výzkumů, které byly v této oblasti provedeny, je pro ně práce cestou k zapojení do společnosti a znamená pro ně nejen zvýšení příjmů, ale i sebeúcty. Ve většině případů práce člověka posiluje v jeho roli dospělého jedince, přináší nové zájmy ale i společenské aktivity, rozvíjí jeho praktické dovednosti a v neposlední řadě vede ke zvýšení kontroly nad vlastním životem. Právo na zaměstnání je zakotveno v zákonu o zaměstnanosti a v souvislosti s tím je třeba připomenout zákaz diskriminace osob s postižením v zaměstnání a v přípravě na povolání.

➤ **Právo na vzdělání**

Právo na vzdělání je základním právem každého člověka. Je zaručeno Ústavou České republiky, Listinou základních práv a svobod, právním pořádkem státu i závazky které vyplývají z mezinárodních úmluv ratifikovaných Českou republikou.

➤ **Právo stěžovat si**

Právo podávat podněty, připomínky a stížnosti je nezanedbatelným právem klientů sociálních služeb a je dáno ustanovením § 88 písm. e) zákona o sociálních službách, jakož i standardem kvality č. 7. Současně by mělo být i ukazatelem toho, jak kvalitně je sociální služba poskytována a slouží samotným poskytovatelům těchto služeb k určité sebereflexi. (*Standardy kvality sociálních služeb*, 2003, s. 7)

➤ **Práva dětského klienta**

Vzhledem ke skutečnostem, že sociální služby jsou poskytovány také dětem, je nutno respektovat i jejich práva, která jsou stanovena zákonem o rodině, zákonem o sociálně-právní ochraně dětí a mezinárodními úmluvami. Za stěžejní dokument v oblasti ochrany práv dítěte lze považovat Úmluvu o právech dítěte.

Závěrem lze říci, že veškerá činnost poskytovatelů sociálních služeb by měla respektovat základní lidská práva jejích uživatelů, i ostatní nároky, které vyplývají z dalších platných obecně závazných norem a pravidel občanského soužití.

2 PŘÍJEMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Důležitým úkolem sociálních služeb je pomáhat lidem žít běžným životem, umožnit jim pracovat, navštěvovat školy, účastnit se volnočasových aktivit, starat se samostatně o vlastní osobu či domácnost atd. Sociální služby se soustředí na zachování co možné nejvyšší kvality a důstojnosti života jedince. (Duková, 2013, s. 125) Mezi hlavní skupinu příjemců sociálních služeb patří senioři, osoby se zdravotním postižením a nemocní lidé. Přístup společnosti k těmto osobám by měl být založen na principu rovnosti a změna myšlení společnosti by se měla projevit především v tom, že těmto občanům bude umožněna realizace jejich lidských práv stejně jako ostatním zdravým občanům. V České republice, lze v posledních letech konstatovat určité zlepšení této situace a větší zájem občanů se na pozitivních změnách podílet, proto je důležité ve vědomí společnosti vytvořit pocit spoluzodpovědnosti za životní podmínky těchto znevýhodněných občanů.

2.1 Senioři a stárnutí

Za seniora považujeme staršího člověka, kde se objektivním faktorem při posuzování toho, kdo je senior stal kalendářní věk. Starší označení pro seniora je Gerón, dnes se tohle označení prakticky nepoužívá, od tohoto pojmu se odvozuje věda zvaná gerontologie neboli věda zabývající se stárnutím.

„Stáří je smutné, ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje.“

Jean Paul

Stáří je nevyhnutelnou součástí našeho života a je jisté, že stárne každý člověk i ten, který si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. Stárnutí a stáří je biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nevratný, neopakuje se a jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem a podléhá formativním vlivům prostředí. (Dvořáčková, 2012, s. 9) Období stáří a stárnutí je jevem celospolečenským a zcela individuálním, je provázeno řadou nevratných změn v různých oblastech života jedince a mnohdy je tahle životní fáze chápána jako období nemoci, nemohoucnosti, samoty a je často spojené s negativními projevy v naší mysli. Stáří je obdobím, kdy jedinci bilancují

nad svým uplynulým životem a je důležité jeho přijetí se vším pozitivním i negativním. V důsledku, kdy dochází ke snížení kognitivních schopností se mění i vnímání konečnosti lidského života a u mnohých jedinců se může objevit pocit opuštěnosti, zbytečnosti a zklamání. Mnozí se pak bilancování většinou vyhýbají, nebo nejsou schopni ho z různých důvodů učinit. (Křivohlavý, 2011, s. 7-10) Zdraví má vysokou společenskou hodnotu a tu si lidé uvědomují teprve tehdy, když je stav zdraví ohrožen. To, co se zdravím lidem jeví, jako samozřejmost může být ve stáří a v nemoci vnímáno zcela jinak a stárnoucí lidé už vědí, že být fit není samozřejmé. Nemoc ve velké míře zasahuje do života člověka a mění se oblast emotivity a reaktivity. Že stáří není nemoc, nelehce dokazovali už staří Římané, ale i oni přiznávali, že stáří bývá nemocemi provázeno.

Dělení stáří:

Hegyil (2001, s. 11) dělí věk člověka, z hlediska různých aspektů:

- Chronologický věk – je to věk kalendářní a odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu.
- Biologický věk – je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí, způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů.
- Funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.
- Psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.
- Sociální věk – zahrnuje přítomnost, resp. nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.

Hrozenká a Dvořáčková (2013, s. 13) uvádí dělení stáří vývojové etapy lidského jedince na tři podobdobí:

- a) Období počátečního stáří (od 60-65 let věku),
- b) období pokročilého stáří (od 75 let věku),
- c) období vrcholného stáří (od 90let věku), který můžeme nazývat také tzv. dlouhověkostí.

Staré zlaté časy

Z dávných dob máme poměrně málo informací o stárnutí. Určitou představu nám zprostředkovávají historické zápisky, poznámky filosofů, vědců nebo lékařů a později materiály týkající se rozvoje sociálního lékařství a moderního ošetrovatelství. V minulosti byli staří lidé pojmenováni dost nelichotivě například stařena a stařec, někdy bába a dědek. V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme s označením Geron (z řeckého geron = stařec). Předpokládá se, že péče o staré lidi byla nejprve prováděna především v rámci rodiny. V případě, že rodina chyběla nebo z jakýchkoliv důvodů nemohla nebo nechtěla pečovat, staří lidé se ocitali na okraji lidského společenství a umírali hladem, podchlazením a ve špíně. Tradiční péče o seniory se opírala o principy křesťanské lásky a měla podobu zejména charitativního charakteru. Hlavní myšlenkou pomoci byla láska k bližnímu. Charitativní péče byla uskutečňována především kněžími nebo bohatými osobami. Hlavním cílem charitativních snah bylo materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí. Je patrné, že péče o staré a nemocné lidi byla limitována ekonomickými a politickými možnostmi dané společnosti a její kvalita se rozvíjela s rozvojem lékařství a ošetrovatelství, jak laického, tak i profesionálního. Trvalo pár let, než se podařilo starým lidem dopřát materiální minimum. Bohužel i v dnešní době existují státy, kde je pomoc starým lidem poskytována sporadicky nebo na velmi nízké úrovni. Péče se musela poskytovat systémově. V této souvislosti zmíníme skutečnost, že už ve 14. a 15. století vznikaly na území Jugoslávie „domovy pro staré osoby“, a v Nizozemí pak „hofjes“, objekty s vnitřním dvorem a četnými pokojíky pro chudé a staré. V 15. a 16. století byly v Evropě zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. V průběhu 18. století začaly vznikat v USA tzv. „farmy chudých“, dobročinné a veřejné domy. V dalších dvou stoletích se v Evropě množí chudobince a starobince. V Čechách a na Moravě měli senioři stejný osud jako jinde v Evropě. Žili převážně doma, a pokud byli chudí „někdo“ se o ně postaral. Ten byl většinou rodinný příslušník nebo cizí osoba. Významný geriatr Karel Dohnal uvedl, že v Čechách a na Moravě existovaly tři základní typy ústavní péče, v nichž převažovala charitativní pomoc. (Haškovcová, 2010, s. 183-208)

Tři základní typy ústavní péče dle Karla Dohnala:

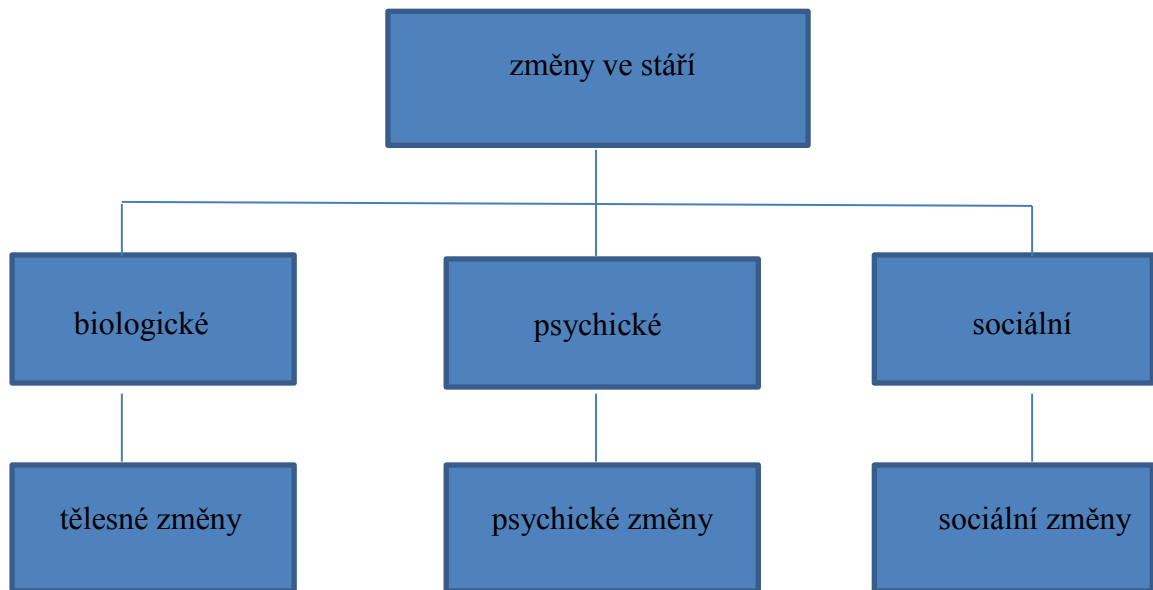
- **Středověké špitály** - představovaly útulky pro nemocné lidi, tuláky, nezaměstnanou chudinu a další potřebné osoby. Špitály byly první institucí pro

dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí. Úroveň špitálů byla různá a závisela zejména na štědrosti sponzorů. Správa špitálů spadala pod klášterní nebo světskou moc, případně byla v rukách soucitných bohatých lidí. Obecně byly špitály známé bídou, špínou a špatným zacházením.

- **Klášterní nemocnice** – představovaly druhý typ ústavní péče. Fungovaly jen pro hrstku vyvolených. Nemocní přicházeli z řad řeholníků či šlechtických rodin a ošetřovatelé byli většinou příslušníky řádu zřizujících nemocnic, který její provoz podporoval. Úroveň těchto nemocnic nebyla moc dobrá, neboť ošetřující se věnovali především náboženským úkonům a vlastní ošetřování nemocných bylo pokládáno za ponižující práci, kterou bylo dokonce opovrhováno.
- **Nemocnice pro malomocné** – reprezentovaly třetí typ a existovaly pro malomocné nebo různými infekčními chorobami stížené osoby. V době epidemií měla tato zařízení charakter azylové péče a hlavním posláním bylo separovat nebezpečně nemocné od ostatních osob. (Haškovcová, 2010, s. 185-187)

Změny probíhající ve stáří

Vystihnout povahové rysy seniorů není zcela jednoduché a rozhodně bychom se neměli spokojit pouze s všeobecným tvrzením, že každému z nich ubývá psychických sil. Každý starý člověk měl zcela odlišný osud, který odborníci nazývají běh života či životní dráhu. U seniorů dochází ke zhoršení většiny funkcí, jedná se například o zhoršení zrakového a sluchového vnímání, zhoršení paměti, pozornosti a myšlení. U starých lidí stoupá oblíba ve stereotypních činnostech a neradi se přizpůsobují novým změnám, jakákoliv změna je pro ně velmi zátěžová záležitost a často vede ke zhoršení zdravotního stavu. (Mlýnková, 2011, s. 13-14) Životní čas člověka je určitým způsobem členěn a každý člověk stárne jinak. Toto tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Říkává se, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou jistotou, kterou v životě máme. A právě proto, o svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme až do doby, než se nás to začne osobně týkat. Proces stárnutí je vždy individuální, což znamená, že v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných zas pomaleji.



Obrázek č. 1 - Změny probíhající ve stáří (Zdroj: vlastní)

Mlýnková (2011, s. 24-26) uvádí změny, které se s rostoucím věkem mohou objevovat u staršího člověka:

- **Emoce** - doprovázejí duševní dění každého člověka u seniorů se vyznačují velmi malou intenzitou. Seniori jsou přecitlivělí, úzkostliví, převládá plačtivost a soustředí se zejména na sebe a své problémy, o okolní dění ztrácejí zájem.
- **Deprese** - je charakteristická poruchou nálady a to bezdůvodně a nastává dlouhodobě smutná nálada. Depresi trpí většinou častěji ženy než muži a projevuje se zejména u seniorů žijících bez životního partnera (Venglářová, 2007, s. 18).
- **Amentní stav** - jedná se o zmatenost až dezorientovanost. Tento stav se projevuje na základě aterosklerózy. Projevuje se častým probouzením v noci, dezorientací ve všech kvalitách a je doprovázen úzkostí, strachem a psychomotorickým neklidem.

- **Poruchy spánku** - nespavost, která obnáší obtížné usínání, časně probuzení, nespavost v noci. Tato porucha se může projevit i opakem a to spavostí. Nespavost je doprovázená zvýšenou spavostí přes den a v noci nastává nemožnost spaní.
- **Stařecká demence** - jde o duševní onemocnění, které postihuje seniory a hlavním znakem stařecké demence je úbytek rozumových schopností, zhoršení paměti a také dochází ke zmatenosti a depresím.
- **Osobnostní rysy** - starého člověka se podstatně zvýrazňují a umocňují. Velmi často je člověk nedůvěřivý, podezřívavý až paranoidní. Dalším rysem stáří je šetřivost až lakomost a uzavřenost až samotářství.
- **Sociální vztahy** - hrají důležitou roli v období stárnutí, obvykle se vyznačují velkou intenzitou a důležitou roli zde hrají vztahy manželské. Manželé se vzájemně podporují a můžou společně zvládat proces stárnutí. Velký problém nastává tehdy, když dojde k úmrtí jednoho z manželů, pro druhého je to velká tragická událost, se kterou se neumí vyrovnat a cítí se osamělý, v tomto případě hraje hlavní roli rodina a přátelé.

Každá osoba, která pečuje o seniora, by si měla uvědomit výše uvedené projevy stárnutí, které stáří přináší, abychom tyto projevy minimalizovali, musíme seniora vést k tomu, aby začal pracovat sám na sobě. Snažíme se ho motivovat k přiměřené tělesné a duševní aktivitě jako je otevřenost novým poznatkům například v klubech pro seniory nebo v denních stacionářích. Senior by se měl snažit o udržení pozitivních přátelských vztahů jako je kontakt s rodinou, přáteli nebo bývalými spolupracovníky. Důležité je také navazování nových přátelských vztahů. Seniory musíme vést k motivaci, aby měli radost z drobných věcí, které život přináší. V období stáří je důležité, aby se každý člověk vyrovnal s vlastní smrtelností. Většina seniorů se ohlíží zpět a hodnotí svůj dosavadní život. Způsoby vyrovnání se se smrtí jsou různé, může převládat strach ze smrti, úzkost,

rezignace, vzepření se stárnutí. Ideálním přístupem je přijetí stáří jako nezbytné etapy života, která končí smrtí každého člověka.

2.1.1 Sociální služby pro seniory

Přáním každého z nás je zajisté zůstat zdravým a soběstačným do vysokého věku. S přibývajícím věkem však bohužel nastává i zvýšená potřeba zdravotní i sociální péče, což se týká zejména seniorů. Ti mohou postupem času ztrácet svoji soběstačnost a stávají se závislými na svém okolí. Právě v tuto chvíli se může stát, že budou potřebovat využít některou ze sociálních služeb. V případech, kdy zdravotní stav seniora dovoluje zůstat mu v jeho přirozeném domácím prostředí, je možno využít služby ambulantní (např. denní stacionáře, centra denních služeb) nebo služby terénní, které zahrnují zejména osobní asistenci. V případech, kdy je potřeba nepřetržitá péče, jsou pro seniory určeny služby poskytované formou pobytovou, zejména domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Kromě výše zmíněných služeb však mohou senioři využívat i jiných sociálních služeb. Například v případě rady v jejich majetkoprávních záležitostech mohou využít služeb některé z občanských poraden, nebo v případech kdy senioři ztrácejí sluch nebo zrak mohou využít některou ze služeb určených pro osoby se zdravotním postižením. Pro účely sociálních služeb jejich poskytovatelé nejčastěji seniory rozlišují na tzv. seniory mladší (65-80 let) a seniory starší - nad 80 let. (*Na problémy nejste sami*, 2014, s. 19)

Jaké sociální služby může tedy v případě potřeby senior využívat?

➤ Centra denních služeb a denní stacionáře

Poskytují ambulantní služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického onemocnění a kde jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se např. o pomoc při hygieně, poskytnutí či zajištění stravy, výchovné nebo vzdělávací činnosti, zprostředkování společenských kontaktů, sociálně terapeutické činnosti či obstarávání osobních záležitostí a další činnosti dle potřeb uživatele sociální služby.

➤ **Domovy pro seniory**

V domovech pro seniory jsou poskytovány pobytové služby osobám majícím sníženou soběstačnost z důvodu věku, nebo jejichž situace vyžaduje pravidelnou každodenní pomoc jiné fyzické osoby. Prostřednictvím této služby jsou jim zajišťovány zejména tyto základní činnosti: Poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování společenských kontaktů, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, obstarávání osobních záležitostí.

➤ **Domovy se zvláštním režimem**

V těchto domovech jsou poskytovány služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, či osobám s různými typy demencí (stařecká, Alzheimerova), které mají v důsledku těchto onemocnění sníženou soběstačnost. Režim v těchto zařízeních je při poskytování sociální služby přizpůsoben specifickým potřebám, které tyto osoby mají. Tyto sociální služby jsou poskytovány pouze jako služby pobytové.

➤ **Odlehčovací služby**

Jedná se o ambulantní, terénní nebo pobytové služby, které jsou poskytovány osobám jejichž soběstačnost je snížena například z důvodu věku či chronického onemocnění anebo z důvodu zdravotního postižení a o které je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Hlavním cílem těchto služeb je umožnit osobám pečujícím občasný nezbytný odpočinek, nebo se postarat o jejich blízké například v době, kdy jsou v lázních, nemocnicích, rekonstruují byt. (Duková, 2013, s. 121).

➤ **Osobní asistence**

Jedná se o terénní službu poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí osoby, bez časového omezení, při činnostech, které tato osoba potřebuje, např. pomoc při hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti, vyřizování osobních záležitostí atd. dle potřeb uživatele. Nad rámec základních činností může poskytovat osobní asistence klientům např. doprovod automobilem (lékaři, úřady), zapůjčení kompenzačních pomůcek, či možnost využít pohotovostní NONSTOP číslo v případě pádu. Posláním osobní asistence tedy je,

aby lidé, kteří nezbytně potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby, mohli žít obdobným způsobem života jako jejich vrstevníci v přirozeném sociálním prostředí.

➤ **Pečovatelská služba**

Jak píše Kozlová (2005, s. 27), pečovatelskou službou rozumíme komplex služeb, jehož hlavním cílem je umožnit lidem žít ve svém vlastním přirozeném prostředí. Je určena osobám, které ze zdravotních či jiných důvodů nejsou schopny zajistit si své životní potřeby samy či s pomocí rodinných příslušníků. Pomoc bývá zajišťována především v domácnostech klientů. V současnosti řadu služeb tohoto typu poskytují kromě obcí i církve či zdravotnická zařízení, ale i soukromé pečovatelské služby.

➤ **Sociálně - aktivizační služby pro seniory a osoby zdravotně postižené**

Určeny osobám v důchodovém věku či osobám zdravotně postiženým, které ohrožuje sociální vyloučení. Hlavním cílem je zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování jejich práv a oprávněných zájmů, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti.

2.2 Osoby se zdravotním postižením

Zdravotně postižené osoby mají stejné touhy, naděje a práva jako každý jiný člověk. Vymezení fenoménu zdravotního postižení vychází původně z jednostranného hodnocení vrozených či získaných vad a poruch. Postižení bylo považováno za tragédii a postižení lidé byli líčeni jako oběti tragických okolností a tento obecný postoj se odrážel hlavně v každodenním životě těchto osob. Michalík (2011, s. 11) uvádí, že zdravotně postižení občané představují v naší společnosti rozsáhlou a početnou skupinu obyvatel, ale stále patří k opomíjeným a z hlediska životních podmínek k nejvíce znevýhodněným skupinám obyvatelstva. Ve většině zemí je nejméně jedna osoba z deseti postižena mentální, smyslovou nebo fyzickou poruchou. V řadě zemí nejsou dostatečné prostředky na včasné odhalení a prevenci postižení a poskytování zdravotní rehabilitace či podobných služeb. Důsledky vad a postižení jsou závažné zvláště u žen. Existuje velký počet zemí, v nichž jsou ženy znevýhodněny zejména v oblasti ekonomické, sociální, kulturní a je jim například bráněno v přístupu ke vzdělání, k lékařské péči, v přípravě na povolání a výkonu

zaměstnání. Jestliže jsou ženy ještě k tomu fyzicky či mentálně postižené, jejich šance překonat takový handicap je minimální, což jim ještě ztěžuje možnost účasti na společenském životě. Také v rodinách spočívá péče o postižené zpravidla na ženách, což omezuje jejich možnost věnovat se dalším činnostem. U dětí vede existence postižení zejména k izolaci a brání jim v prožitcích, které jsou součástí běžného vývoje. Tato situace může být vyvolána špatným přístupem a chováním rodiny či společnosti v období vývoje osobnosti dítěte. V řadě zemí roste počet starých lidí, kteří v současné době tvoří přibližně dvě třetiny z celkového počtu zdravotně postižených. Většina nemocí vedoucích k postižení jako je například artritida, mrtvice, srdeční choroby či zhoršování zraku a sluchu, které se u mladších věkových kategorií nevyskytují, zpravidla vyžaduje i zvláštní způsob léčby a poskytování specifických sociálních služeb. Zdravotně postižení se tradičně setkávají s výhradami a omezeními, jsou vystavováni nerovnému zacházení ve srovnání se zdravými jedinci a často odkázáni do pozice bezmocnosti, která je výsledkem stereotypních předpokladů a domněnek, které reálně nevystihují jejich individuální schopnosti a upírají jim možnost zapojit se do života společnosti a být pro ni také pozitivním přínosem. (Vysokajová, 2000, s. 13)

Nejběžnějším způsobem rozdělení zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení. Postižení může být:

- Mentální (postižení duševní a poruchy autistického spektra),
- tělesné,
- zrakové,
- sluchové,
- řečové (narušení komunikačních schopností).

K nim je potřeba přiřadit i další skupiny, jedná se o následující postižení:

- Kombinované (kombinace jednotlivých postižení),
- nemocné civilizačními chorobami.

Zmíněné členění představuje z hlediska obsahového i sémantického převládající přístup k označování skupin zdravotně postižených, ale musíme zdůraznit, že se jedná o klasifikaci velmi obecnou.

Osoby s mentálním postižením

Mentální postižení patří k nejběžnějším poruchám nacházejících se v populaci, dřívější název po tohle postižení byl oligofrenie nebo slabomyslnost. Tato vývojová porucha integrace psychických funkcí postihuje jedince v mnoha složkách jeho osobnosti, zejména ve složce duševní, tělesné a sociální. Dle Švarcové-Slabinové (2006, s. 32) mentální postižení vzniká v důsledku poškození mozku a způsobuje trvalé snížení rozumových, intelektových a poznávacích schopností a může vést k poruchám v adaptačním chování a k jinému vývoji psychických vlastností. (Pipeková, 2010, s. 289)

Osoby s tělesným postižením

Tělesné postižení definujeme jako tělesnou odchylku omezující pohybové schopnosti. Takové vady jsou zpravidla patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti lokomoce, což ovlivňuje kognitivní, emocionální a sociální výkony. Tělesné postižení může být vrozené nebo získané. Vrozené vady vznikají během těhotenství nebo porodu. Získaná postižení může způsobit úraz nebo různé choroby a na rozdíl od vrozených vad mohou vzniknout v kterémkoli období života. (Michalík, 2011, s. 186-187)

Osoby se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením mají různé druhy a stupně snížených zrakových schopností. Rozumí se tím poškození zraku, které určitým způsobem ovlivňuje jedince v jeho běžném životě a u kterého optická korekce nestačí. Těžce zrakově postižené dělíme na nevidomé a slabozraké. Aby se zrakové postižení odhalilo, musí jedinec projít očním vyšetřením, kde se zkoumá zraková ostrost a velikost zorného pole. Oční vyšetření se většinou provádí na Snellenových optotypech, jedná se o tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků.

Osoby se sluchovým postižením

Sluchové poruchy jsou výsledkem organické a fyziologické poruchy ve sluchovém analyzátoru nebo sluchové dráze a je důležité rozlišit, zda se jedná o poruchu sluchu fyziologického původu nebo funkční postižení sluchového zpracování informací

v centrálním sluchovém systému. Tato skupina je z hlediska přijímání ve společnosti a sebezpečí považována za skupinu s postižením nejtěžším. Lidská společnost je ve svém fungování postavena na slyšení a zejména pak na komunikaci mluvenou řečí. Je třeba zdůraznit, že vada sluchu se zásadní měrou negativně podílí na úrovni komunikačních kompetencí svého nositele. (Michalík, 2011, s. 347)

Osoby s narušenou komunikační schopností

Za narušenou komunikační schopnost označujeme poruchy řeči a komunikace, jsou to různé vady, při kterých je narušena jedna nebo více řečových složek. Nejčastěji se jedná o narušení zvukové stránky řeči, dále se objevují obtíže v obsahové či gramatické stránce, ale také v rovině sociálního uplatnění komunikační schopnosti. Do této oblasti patří poruchy verbální i neverbální komunikace. Někteří lidé, s nimiž jedinec s poruchou komunikace přichází do styku, reagují na jeho mluvený projev velmi nepříznivě, jako je například posměch, negativní poznámky nebo odmítavě působící nevlídné neverbální reakce mohou necitelně zasáhnout a zranit osobnost člověka s komunikačními potížemi. Osoba, která opakovaně zažívá nepříjemné pocity během komunikace, se může začít verbální komunikaci vyhýbat.

2.2.1 Sociální služby pro osoby zdravotně postižené

Dle zákona o sociálních službách zdravotním postižením rozumíme jak tělesné, duševní, mentální, smyslové a kombinované postižení, jehož dopad činí nebo může činit jedince závislého na pomoci jiné osoby. Tato cílová skupina zahrnuje všechny osoby bez věkového omezení, tzn. i děti, které jsou zdravotně postižené, resp. rodiny se zdravotně postiženým dítětem. Těmto osobám lze poskytovat širokou škálu sociálních služeb ať už pobytových (např. chráněné bydlení) či ambulantních nebo terénních. Samozřejmostí je i možnost využívat služby, které jsou určeny například pro seniory dle potřeby jednotlivce.

Jaké sociální služby může tedy v případě potřeby zdravotně postižený využívat?

Osoby zdravotně postižené mohou využívat již výše zmiňovaná centra denních služeb, domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře, odlehčovací služby či služby osobní asistence. Dále mají možnost využívat i níže uvedené služby.

➤ **Domovy pro osoby zdravotně postižené**

V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena právě z důvodu zdravotního stavu a je zde nutná pravidelná pomoc jiné fyzické osoby. Uživateli služby je zde poskytováno ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně a péči o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím a další služby dle potřeb klienta.

➤ **Chráněné bydlení**

Jedná se o službu pobytovou, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností a to z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně onemocnění duševního a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Mívá formu individuálního či skupinového bydlení.

➤ **Odborné sociální poradenství**

Je zaměřeno na jednotlivé potřeby osob v různých poradnách (např. manželských, občanských, rodinných, poradnách pro seniory, pro oběti trestných činů nebo domácího násilí atd.). V tomto poradenství je též zahrnuta sociální práce s osobami žijícími životem, který může vést ke konfliktům se společností. Součástí tohoto poradenství může být též zapůjčení kompenzačních pomůcek.

➤ **Průvodcovské a předčitatelské služby**

Jedná se o terénní nebo ambulantní služby určené pro lidi, jejichž schopnosti v oblasti orientace a komunikace snížilo zdravotní postižení a jsou jim nápomocny při vyřizování jejich osobních záležitostí (Matoušek, 2007, s. 98).

➤ **Raná péče**

Služba je určena pro rodiny se zdravotně postiženým dítětem do 7 let věku a zaměřuje se na podporu této rodiny a podporu vývoje dítěte s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám. Služba je poskytována převážně v přirozeném prostředí klienta. Nabízí konzultace a poradenské intervence v oblasti sociální, zdravotnické, psychologické, pedagogické a snaží se rodinu provázet od počátku, kdy bylo postižení dítěte zjištěno, do doby socializace a integrace až po převzetí dítěte do péče dalších odborníků.

➤ **Sociálně terapeutické dílny**

Jedná se o ambulantní služby pro osoby, jež nejsou z důvodu svého zdravotního postižení umístitelné na otevřeném ani chráněném pracovním trhu. Jejich účelem je pravidelná a dlouhodobá podpora zdokonalování pracovních dovedností a návyků těchto osob prostřednictvím sociálně pracovní terapie. (Králová, 2008, s. 251)

➤ **Sociální rehabilitace**

Činnosti, které směřují k dosažení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osob. Toho se tyto služby snaží dosáhnout rozvíjením specifických schopností a dovedností osob využívajících tuto službu, posilováním jejich návyků i nácvikem činností, které jsou nezbytné pro samostatný život. Cílem těchto služeb je alternativními způsoby využívat zachované schopnosti, kompetence a potenciál uživatelů služeb.

➤ **Tlumočnické služby**

Jsou službami terénními popřípadě ambulantními. Jsou poskytovány osobám s poruchou komunikace způsobenou především smyslovým postižením, které osobě zamezuje běžně komunikovat s okolím bez pomoci druhé osoby (*Sociální zabezpečení*, 2015, s. 127).

➤ **Týdenní stacionáře**

V týdenních stacionářích jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností pro věk nebo zdravotní postižení, ale i osobám s duševním chronickým onemocněním, jež jsou z tohoto důvodu závislé na pomoci jiné fyzické osoby.

3 DÁVKY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Kompetence k rozhodování o dávkách pro osoby se zdravotním postižením a příspěvku na péči má Úřad práce České republiky. Dávky slouží zejména ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře sociálního začleňování. Jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2011).

Mezi základní dávky pro osoby se zdravotním postižením patří:

1. příspěvek na mobilitu
2. průkaz osoby se zdravotním postižením
3. příspěvek na zvláštní pomůcku
4. příspěvek na péči

3.1 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na mobilitu

Mobilita je dávka nároková a opakující se, která je určena pro osoby starší jednoho roku a kterou může pobírat pouze osoba, která má nárok na průkaz označený symbolem ZTP nebo ZTP/P, který jí byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014. Důležitou podmínkou je, aby se žadatel za úhradu opakovaně v kalendářním měsíci dopravoval nebo byl dopravován. Dávka se poskytuje pouze osobám, kterým nejsou poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (z důvodů hodných zvláštního zřetele však může být příspěvek přiznán i osobě, která uvedené služby využívá). Příspěvek na mobilitu se vyplácí měsíčně a to ve výši 400,- Kč. Na žádost žadatele může být vyplácen jednou splátkou a to jednou za tři kalendářní měsíce, za které náleží.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz má osoba, která je starší jednoho roku a má tělesné, smyslové nebo duševní postižení. Musí se jednat o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který omezuje schopnost pohyblivosti, orientace nebo poruchu autistického spektra. Průkazy dělíme do tří kategorií – průkaz TP, ZTP a ZTP/P. (*Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*, 2016, s. 6)

➤ TP průkaz

Nárok na průkaz označený symbolem TP má osoba, která má středně těžké funkční postižení pohyblivosti, orientace, včetně osoby s poruchou autistického spektra. Zdravotně postižená osoba vlastní průkaz TP má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích krom těch, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky a dále má osoba přednost při osobním projednávání své záležitosti zejména na úřadech, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání. (*Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*, 2016, s. 6-7)

➤ ZTP průkaz

Nárok na průkaz označený symbolem ZTP má osoba, která má těžké funkční postižení pohyblivosti, orientace, včetně osoby s poruchou autistického spektra. Zdravotně postižená osoba vlastní průkaz ZTP má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednostní jednání při projednávání osobních záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání zejména stání. Další výhodou, kterou průkaz ZTP přináší je nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy a slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy. K průkazu ZTP se vztahuje i parkovací průkaz. (*Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*, 2016, s. 6-7)

➤ ZTP/P průkaz

Nárok na průkaz ZTP/P má osoba, která má zvlášť těžké funkční postižení nebo úplné postižení pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou

autistického spektra. Zdravotně postižená osoba vlastníci průkaz ZTP/P má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, nárok na přednostní jednání při projednávání osobních záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání zejména stání, nárok na bezplatnou dopravu místní veřejné dopravy, slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy. Další výhodou vyplývající z průkazu ZTP/P je, že osoba má nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými prostředky a bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce. Osoba má nárok i na parkovací průkaz. (*Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*, 2016, s. 7)

Držitelé průkazu ZTP či ZTP/P a průvodce držitele průkaz ZTP/P mohou také získat slevu ze vstupného na filmová a divadelní představení, koncerty a jiné sportovní a společenské události. Další nároky držitelů průkazů upravují jiné právní předpisy, např. zákon o daních z příjmů, o místních poplatcích, o pozemních komunikacích či zákon o dani z nemovitosti. (*Na problémy nejste sami*, 2014, s. 14)



Obrázek č. 2 – Průkaz osoby se zdravotním postižením v nové podobě

(Zdroj: *Informační leták ÚPČR*, 2015)

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok má osoba, která má těžkou vadu nosného popřípadě pohybového ústrojí anebo těžké sluchové postižení, popřípadě těžké zrakové postižení, příspěvek je jednorázová a nároková dávka. Zvláštní pomůcka umožňuje žadateli sebeobsahu, potřebnou pomoc při realizaci pracovního uplatnění, pomoc k přípravě na budoucí povolání a k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím. Zvláštní pomůcka není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, protože se nejedná o zdravotnický prostředek. Nárok na příspěvek na motorové vozidlo nebo zádržní systém má osoby, která má těžkou vadu nosného popřípadě pohybového ústrojí anebo těžkou či hlubokou mentální retardaci. (*Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*, 2016, s. 16)

3.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávka, která pomáhá řešit nepříznivou sociální situaci zapříčiněnou zdravotním stavem či věkem osoby. Nárok mají zdravotně postižené osoby, které jsou starší jednoho roku, a které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládnout. Osoba z něj hradí pomoc, kterou jí může podle jejího rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Náklady na příspěvek na péči se hradí ze státního rozpočtu. (Králová, Ražová, 2008, s. 14)

Legislativa příspěvku na péči

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: zde nalezneme informace týkající se příspěvku na péči.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: patří zde příloha č. 1 uvedené vyhlášky, která obsahuje kritéria posuzování příspěvku na péči.

- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů: řeší pravidla a průběh správního řízení.

Řízení o přiznání příspěvku na péči

Agendu příspěvku na péči spravuje Úřad práce České republiky. Řízení o přiznání příspěvku je zahájeno podáním žádosti na předepsaném tiskopisu, která musí být podaná na místně příslušné pobočce Úřadu práce České republiky, která o příspěvku rozhoduje, dle místa trvalého bydliště žadatele. Žádost o příspěvek na péči můžeme podat buď osobně u konkrétního pracovníka úřadu práce, poštou nebo elektronicky prostřednictvím datové schránky. Dávku vyplácí Úřad práce České republiky v české měně. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby: mobilitu, orientaci, komunikaci, tělesnou hygienu, stravování, oblékání a obouvání, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost (ta se neposuzuje u osob do 18 let). (Vybíhal, 2016, s. 428) Podrobnější vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., novela od 1.9.2016.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby:

a) Mobilita – u mobility se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Vstávat a usedat,
- stát,
- zaujmout polohy a měnit polohy,
- chůze krok za krokem, popřípadě i s přestávkami, např. v bytě, v běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
- otevřít a zavřít dveře,
- chůze po schodech v rozsahu alespoň jednoho patra směrem nahoru i dolů,
- nastoupit a vystoupit z dopravních prostředků a používat je.

b) Orientace – u orientace se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Poznat a rozeznat zrakem a sluchem,
- přiměřené duševní kompetence,
- orientace časem a místem,
- orientace v přirozeném sociálním prostředí,

- orientace v obvyklých situacích a umět na ně reagovat.

c) Komunikace – u komunikace se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Vyjádřit se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku,
- pochopit obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
- vytvořit rukou psanou krátkou zprávu,
- pochopit všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
- použít komunikační prostředky.

d) Stravování – u stravování se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Vybírat si hotový nápoj nebo potraviny,
- připravit si nápoj,
- rozporcovat si stravu na menší kousky a nachystat si ji,
- najíst se a napít,
- dodržet stanovený dietní režim,
- konzumace stravy v obvyklém denním režimu,
- přenést si nápoj a stravu na určené místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání – u oblékání a obouvání se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Vybírat si oblečení a obuv,
- poznat rub a líc oblečení,
- obléknout se a obout se,
- svléknout se,
- manipulace s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena – u tělesné hygieny se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Používat hygienické zařízení,
- dodržet tělesnou hygienu,
- provést celkovou hygienu,
- česat se a holit se a provést ústní hygienu.

g) Výkon fyziologické potřeby – u výkonu fyziologické potřeby se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Použít WC,
- vybrat vhodnou polohu,
- vyprázdnění,
- provedení očisty,
- použít hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví – u péče o zdraví se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Dodržet stanovený léčebný režim,
- provést stanovené preventivní, léčebné, ošetrovatelské postupy a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
- poznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat a přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity – u osobních aktivit se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Navázat kontakty nebo vztahy s jinými osobami,
- naplánovat si osobní aktivity,
- stýkat se se společenským prostředím,
- dodržovat denní program,
- provozovat aktivity obvyklé věku a prostředí.

j) Péče o domácnost – u péče o domácnost se hodnotí, zda je osoba schopna:

- Hospodařit s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
- manipulace s předměty denní potřeby,
- nakoupit si běžný nákup,
- manipulace s domácími spotřebiči,
- připravit si jednoduché jídlo nebo nápoj,
- vykonat běžné domácí práce,
- manipulace s topením,
- udržet si pořádek.

Sociální pracovník

Jak uvádí Michalík (2007, s. 28), sociální pracovník je profesionál vzdělaný v oboru, který se musí řídit etickým kodexem a právními předpisy. Ke každému klientovi uplatňuje citlivý a individuální přístup, který zahrnuje zejména respekt k jeho právům a potřebám. Sociální pracovník spolupracuje se žadatelem a nabízí mu potřebnou pomoc, která odpovídá této profesi a snaží se žadatele motivovat k dobrovolné spolupráci, protože to je podmínkou k optimálnímu průběhu sociálního šetření a získání kvalitního výsledku.

Sociální pracovník by měl dodržovat určité zásady a to:

- Respekt k žadateli - vnímá žadatele takového, jaký je včetně jeho pozitivních i negativních vlastností, respektuje jeho potřeby a schopnosti.
- Individuálně přistupovat k žadateli - k žadateli přistupovat nezaujatě, s úctou, trpělivostí a empatií.
- Vytvářet bezpečné prostředí pro žadatele - nabídnout žadateli profesionální spolupráci v souvislosti s řešením jeho nepříznivé situace.
- Nabízet pomoc žadateli a poskytovat základní sociální poradenství. (Gulová, 2011, s. 95)
- Podat žadateli informace o jeho právech a povinnostech a ověřit vhodnými otázkami, zda všemu porozuměl. Při podání neúplné žádosti o příspěvek na péči sociální pracovník pomůže žadateli doplnit potřebné informace tak, aby žádost byla kompletní.
- Spolupracovat s rodinou a blízkými osobami se záměrem podpořit setrvání žadatele v jeho domácím prostředí. Respektovat rozhodnutí žadatele a nabídnout mu spolupráci při hledání náhradního řešení, které mu bude vyhovovat.

- Spolupracovat se sociálními pracovníky z obecního úřadu, do jejichž působnosti spadá bydliště žadatele, sociální pracovníci mohou pomoci v rámci sociální práce při řešení krizových situací a následném začlenění žadatele do běžného života.
- Zachovávat mlčenlivost - zachovávat mlčenlivost o faktech, které se dozvěděl v souvislosti se sociálním šetřením, jako jsou osobní údaje, informace o zdravotním stavu a další.
- Spolupracovat s lékařskou posudkovou službou při řešení případů, u kterých je potřebné sjednotit zjištěné skutečnosti ze sociálního šetření s posouzením zdravotního stavu a stupně závislosti lékařské posudkové služby OSSZ.

Sociální šetření

Po prvotním přijetí a zpracování žádosti o příspěvek na péči, přichází sociální pracovník z Úřadu práce České republiky, aby provedl sociální šetření. Chloupková (2013, s. 55) uvádí, že provedení sociálního šetření spočívá v návštěvě žadatele o dávku v jeho přirozeném domácím prostředí, zjišťuje zejména schopnost samostatného života. Sociální pracovník musí zjistit rozhovorem s žadatelem, popřípadě s dalšími osobami, které jsou přítomny, informace, které nám poslouží jako podklad pro řízení o dávce. Hlavním cílem sociálního šetření je získat informace o celkové situaci žadatele, které nám pomáhají zhodnotit plnění podmínek nároku na dávku a její výši a z každého provedeného sociálního šetření si sociální pracovník vypracuje písemný záznam. Sociální šetření provádí jeden sociální pracovník, který musí splňovat podmínky stanovené pro výkon tohoto povolání dle §110 zákona o sociálních službách. Sociální šetření slouží jako podklad pro vydání rozhodnutí o příspěvku na péči společně s posouzením stupně závislosti příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení. V sociálním šetření jde především o co nejobjektivnější zjištění stavu žadatele se zaměřením na zvládnání základních oblastí z hlediska níže uvedených okruhů. (Portál MPSV, 2016)

Sociální šetření a jeho příprava

Sociální šetření je prováděno sociálním pracovníkem, který předem vyhodnotí případná rizika provedení sociálního šetření, pokud by byl předpoklad, že by mohl být během

šetření v domácnosti žadatele jakkoli ohrožen, doporučuje se provádět šetření ve dvojici sociálních pracovníků. Hlavním cílem sociálního šetření je zjištění schopností samostatného života osob v přirozeném sociálním prostředí. Šetření se zaměřuje zejména na získání kompletního přehledu o potřebách žadatele a jeho sociální situaci, která vypovídá o dopadech zdravotního postižení do celkového sociálního fungování. (Michalík, 2008, s. 27)

Sociální pracovník musí:

- Shromáždit a ověřit informace:

Sociální pracovník během sociálního šetření musí shromáždit informace týkající se zejména vlastní soběstačnosti a potřebné míry podpory osob v jejich přirozeném sociálním prostředí. V průběhu sociálního šetření se rovněž zjišťuje celková sociální a ekonomická situace žadatele, jednak z důvodu ověření skutečností uvedených v žádosti o dávku a také kvůli vyhodnocení aktuální situace žadatele pro případné poskytnutí pomáhající intervence a zprostředkování nezbytné pomoci. Nasbírané informace sociální pracovníci mohou, se souhlasem žadatele, použít jako podklady pro individuální plánování pomoci, zejména poslouží pro odborné sociální poradenství a hledání potřebné pomoci popř. následnou sociální práci.

- Komplexně přistupovat k situaci rodiny a nabízet potřebnou pomoc:

Sociální pracovník v průběhu sociálního šetření v domácnosti žadatele se snaží podpořit i spolupráci členů rodiny na řešení nepříznivé sociální situace. Pokud se zjistí při sociálním šetření problémy v sociálním fungování rodiny, je potřeba, aby sociální pracovník poskytl rodině kvalifikovanou pomoc. Sociální pracovník může podat podnět ke spolupráci se sociálními pracovníky sociálního odboru místně příslušného obecního úřadu, nebo zprostředkovává poskytování sociální služby.

Postup při zpracování sociálního šetření:

Řízení o příspěvku na péči je zahájeno dnem podání žádosti na Úřad práce České republiky nebo z moci úřední, od tohoto dne začne běžet správní lhůta pro vyřízení žádosti. Proto je potřebné, aby sociální pracovník měl předem vypracovaný plán sociálního šetření a aby dbal zejména na dodržení lhůty stanovené zákonem č. 500/2004 Sb., správního řádu.

1. Zpracovat plán sociálního šetření

Sociální pracovník musí brát v úvahu zejména:

- a) Rodinné vztahy – jedná se o nezletilé žadatele a žadatele, kde je potřebná přítomnost zákonných zástupců, nebo jiné fyzické osoby, která zastupuje nezletilého žadatele.
- b) Zdravotní stav – jedná se o žadatele, který se nachází ve špatném zdravotním stavu, a kde je potřeba provést co nejrychleji sociální šetření.
- c) Organizační, technické podmínky pracoviště – jedná se zejména o personální situaci na pracovišti a dostupnost služebních automobilů.

2. Ohlásit termín sociálního šetření

Na první sociální šetření se přichází ohlášeně a konkrétní termín si sociální pracovník sjednává předem telefonicky v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Může nastat situace, kdy není možnost přímého kontaktu se žadatelem ze zdravotních důvodů, v tomto případě si sociální pracovník sjednává termín návštěvy se zákonným zástupcem nebo jinou fyzickou osobu. Při sjednávání termínu sociálního šetření zohledňuje sociální pracovník vždy potřeby a časové možnosti jednotlivce nebo zastupujících osob. V průběhu sociálního šetření by měli být přítomni jen ty osoby, jejichž přítomnost si žadatel přeje. Pokud má sociální pracovník předem informace o tom, že žadatel o příspěvek na péči je osoba s duševním onemocněním, nebo s poruchou v kognitivní a percepční oblasti, je třeba vždy přizvat k účasti na jednání i osobu blízkou, nebo osobu pečující, která je v žádosti uvedena jako poskytovatel pomoci. Tato osoba žadatele dobře zná, a může podpořit připravenost na příchod cizí osoby do domácnosti a pomoci tak odstranit riziko nepředvídatelné reakce žadatele vyplývající z povahy jeho omezení. Jestliže sociální pracovník předem ví, že zdravotní stav žadatele není dobrý, měl by přizpůsobit zejména délku komunikace a navodit optimální podmínky pro jednání se žadatelem.

3. Výjimka při ohlášení sociálního šetření

Jedinou výjimkou z ohlášení návštěvy v bydlišti za účelem sociálního šetření je situace, kdy se nepodařilo telefonicky se spojit se žadatelem. Podmínkou je, aby alespoň dva z minimálně tří pokusů o návštěvu byly ohlášeny, není možné, aby Úřad práce České republiky provedl neohlášená sociální šetření, při kterých žadatele sociální pracovníci nezastihli a na základě toho by byla dávka nepřiznána nebo odejmuta.

4. Délka sociálního šetření

Délka sociálního šetření je stanovena v časovém rozmezí 105-250 minut, což poskytuje dostatečný prostor k tomu, aby sociální pracovník kvalitně zpracoval šetření. Uvedenou dobu sociální pracovník tráví se žadatelem v jeho přirozeném sociálním prostředí, což je ve většině případů bydliště žadatele. Do výše uvedeného časového úseku se nepočítá doprava sociálního pracovníka k žadateli. Šetření je potřeba přizpůsobit individuální povaze případu, zejména ve vztahu ke zjišťování potřebné šíře problematiky i aktuálnímu stavu žadatele z hlediska jeho schopnosti soustředění na průběh šetření. Je potřeba, aby sociální pracovník byl schopen rozpoznat signály svědčící o únavě žadatele a byl schopen šetření citlivě přizpůsobit a popřípadě i zkrátit. V případě, že není možné sociální šetření v dostačující míře provést v době, kdy je žadatel schopen jej podstoupit, je potřeba realizovat sociální šetření doplňkové v jiném termínu.

Základní zdroje, které využívá sociální pracovník:

- a) Žadatele,
- b) rodinu a blízké osoby,
- c) sociální okolí – sousedy, kolegy, přátele - využití zejména v případech podezření při zneužívání dávky, anebo tehdy, kdy je předmětem šetření závažná osobní situace žadatele, kde lze předpokládat navazující intervence intenzivnějšího a dlouhodobějšího charakteru,
- d) instituce – školu, zaměstnavatele, poskytovatele sociálních služeb, lékaře, soudy, popřípadě informace formálnějšího charakteru např. ve formě „potvrzení“ určitých skutečností.

Jak probíhá sociální šetření:

1) Rozhovor se žadatelem

- a) Vstup do domácnosti

Než vstoupí sociální pracovník do domácnosti žadatele, představí se a prokáže se průkazem sociálního pracovníka. Následně sdělí svůj účel návštěvy a ověří dotazem, zda žadatel souhlasí s jeho vstupem do domácnosti za účelem realizace sociálního šetření. Prvotní kontakt je velmi důležitý a významně ovlivňuje výsledek celého sociálního šetření.

b) Úvodní rozhovor

Po prvotním uvítání je vhodné, aby se všichni přítomní se sociálním pracovníkem odebrali na místo, kde bude sociální šetření probíhat a kde mohou nerušeně komunikovat. Než zahájí sociální pracovník úvodní rozhovor, tak je potřeba sdělit, jak bude sociální šetření probíhat a musí přítomné upozornit, že bude celý průběh rozhovoru zaznamenávat. Během celého sociálního šetření si sociální pracovník poznamenává zjištěné skutečnosti, aby mohl později vypracovat záznam ze sociálního šetření. Rozhovor se žadatelem by měl začínat vždy od obecnějších témat, zejména z důvodu získání důvěry a navázání potřebného kontaktu se žadatelem. Sociální pracovník informace zapisuje a získává je např. pozorováním, rozhovorem a také reflexí všech získaných informací, které třídí a hodnotí a tvoří si vlastní názor, avšak nikoli na základě osobních sympatií, ale na základě reflexe získaných poznatků. Odborná reflexe sociálního pracovníka by měla vycházet ze schopnosti shromažďovat, třídít a ověřovat získané poznatky a zaměřovat se na objasnění rozporů, aby bylo možné zkompletovat co nejobjektivnější zprávu o aktuální situaci. Zpráva musí být strukturovaná, zdrojově vyvážená a vyhodnocená. (Chloupková, 2013, s. 63)

2) Prohlídka přirozeného sociálního prostředí

Sociální pracovník může požádat žadatele o prohlídku jeho domu či bytu, s tím, že se zaměří na prohlídku prostorů, které jsou využívány k bydlení.

3) Obsah záznamu ze sociálního šetření

Výstupem sociálního šetření je písemný záznam ze sociálního šetření, který slouží jako podklad pro vypracování posudku lékařem OSSZ. Záznam obsahuje komplexní informace k schopnosti samostatného života žadatele v jeho přirozeném sociálním prostředí. Záznam ze sociálního šetření obsahuje informace o potřebné podpoře a popisu situace žadatele v níže uvedené sedmibodové struktuře, která obsahově zahrnuje celou oblast deseti základních životních potřeb, které posuzuje okresní správa sociálního zabezpečení podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., pomocí které se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (Michalík, 2008, s. 84)

Sledované okruhy:**1. Schopnost pečovat o vlastní osobu:**

Uvádí se popis situace žadatele při uspokojení potřeb péče jako je osobní hygiena, stravování a oblékání.

2. Výdělečná činnost / školní povinnosti:

Uvádí se popis zapojení do pracovní činnosti nebo studia.

3. Rodinné vztahy:

Uvádí se popis vztahového rámce v rodině. Popis způsobu komunikace, vztahů v rodině.

4. Sociální vztahový rámec (mimo rodinu):

Uvádí se popis vztahového rámce mimo rodinu, způsob trávení volného času, sociální aktivity a udržování vztahů.

5. Domácnost:

Uvádí se popis péče o domácnost, zvládání úklidu domácnosti.

6. Prostředí:

Uvádí se popis stavu obydlí, včetně vybavenosti pomůckami a bezbariérovost prostředí, typ bydlení, popis místa lokality.

Závěr:

Do záznamu shrne sociální pracovník zjištěné skutečnosti k celkové situaci žadatele, k rozsahu a formě potřebné podpory, které mají být zohledněny v posouzení závislosti.

Úřad práce České republiky po provedení sociálního šetření odešle OSSZ žádost o posouzení stupně závislosti osoby, k žádosti přiloží písemný záznam ze sociálního šetření a následně si lékařská posudková služba vyžádá zdravotní dokumentaci praktického lékaře. Může se stát, že obdržené lékařské podklady nebudou dostačující a lékařská posudková služba písemně vyzve žadatele o příspěvek na péči, aby se podrobil lékařské prohlídce.

Pokud by žadatel odmítl poskytnout součinnost OSSZ nebo podrobit se sociálnímu šetření nelze vypracovat posudek. Posudkový lékař na základě lékařského nálezu vypracuje posudek, kde výsledkem posouzení je stanovený stupeň závislosti osoby, který následně zašle Úřadu práce České republiky. Nastane-li skutečnost, že žadatel o příspěvek na péči zemře před vykonáním sociálního šetření, řízení se zastaví a v případě, že žadatel zemře až po provedení sociálního šetření, Úřad práce České republiky požádá OSSZ o posouzení zdravotního stavu a řízení dokončí. Lhůta stanovená pro vydání posudku činí 45 dnů, nestanoví-li úřad lhůtu delší. Lékařská posudková služba odešle na Úřad práce České republiky stejnopis posudku o zdravotním stavu, kde je uveden stupeň závislosti s vymezením základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládnout. V posudku musí být uvedena doba platnosti posouzení. Posudek slouží jako podklad pro vydání rozhodnutí.

Vydání rozhodnutí

Jakmile Úřad práce České republiky obdrží vypracovaný posudek stupně závislosti z OSSZ, zašle žadateli nebo jeho zástupci vyrozumění účastníka správního řízení. V dopise Úřad práce České republiky informuje o pokračování řízení a možnosti žadatele či jeho zástupce se seznámit s podklady před vydáním rozhodnutí. Žadatel nebo jeho zástupce mají možnost seznámit se s posudkem OSSZ a popřípadě se k němu vyjádřit a doložit nové skutečnosti např. aktuální lékařské zprávy, které nebyly součástí lékařské dokumentace. Následně po seznámení se s posudkem a uplynutí lhůty pro seznámení vydá Úřad práce České republiky rozhodnutí. Žadatel je seznámen s tím, že proti rozhodnutí je možné se odvolat ve lhůtě 15 dnů ode dne jeho doručení. K přiznání příspěvku na péči alespoň v I. stupni závislosti potřebuje mít žadatel uznané nezvládání alespoň třech základních životních potřeb. V opačném případě nemůže být příspěvek přiznán a vyplácen. Vzhledem k tomu, že lékařský posudek ve věci příspěvku na péči i samotné rozhodnutí obsahují výčet uznaných základních životních potřeb, které žadatel nezvládá, můžeme snadno zjistit, kolik životních potřeb chybí k dosažení vyššího stupně závislosti.

Stupně závislosti a výše příspěvku na péči

Osoba do 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 3 základní životní potřeby,
 - b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb,
 - c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb,
 - d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb,
- a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. (ČESKO, 2006)

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby,
 - b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb,
 - c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb,
 - d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb,
- a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (ČESKO, 2006)

Uvedené částky se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby stanoveném v rozhodnutí o přiznání příspěvku. Výše příspěvku na péči od 1.8.2016:

Osoba do 18 let

- a) 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost). (ČESKO, 2006)

Osoba starší 18 let věku

- a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost). (ČESKO, 2006)

3.2.1 Efektivita využívání příspěvku na péči

Účelem dávky příspěvku na péči je zajisté snaha o pomoc zdravotně postiženým osobám vést co nejhodnotnější a důstojný život. Přiznáním této dávky je jim dána možnost si dle vlastního uvážení zajistit potřebnou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, a to buď v rámci své rodiny (osoba blízká), prostřednictvím jiné fyzické osoby (asistentem sociální péče) či právnické osoby definované zákonem, anebo kombinací uvedených forem.

V rámci kontaktního pracoviště Kroměříž bylo v lednu 2017 vypláceno 2912 příspěvků na péči. Na péči o své blízké v rámci rodiny se podílí 1933 osob, domovy pro seniory poskytují péči 744 uživatelům příspěvku na péči a péče poskytována asistentem je využívána 235 osobami. (Zdroj: vlastní)

Z výše uvedeného je zřejmé, že nejvíce je příspěvek na péči využíván na zajištění péče v rodině, což by i odpovídalo jeho hlavnímu účelu, pro který byl zřízen a to, aby mohly

osoby zdravotně postižené, které jsou závislé na pomoci jiné osoby zůstat doma ve svém přirozeném prostředí a být tak co nejdéle se svými blízkými. Toto však s sebou přináší značná úskalí pro osoby, které se o svého blízkého starají. Z pohledu nezainteresované osoby to může vypadat, že tito lidé mají pěkný přivýdělek k žití, ale určitě to tak není. Řada z těchto osob v důsledku péče o zdravotně postiženého musela opustit své dosavadní zaměstnání, popř. si zkrátit svůj pracovní úvazek a v jistém směru proto představuje pro tyto osoby příspěvek na péči jakousi „náhradu mzdy“ za péči, kterou poskytují. U pečujících osob takto dochází k výrazným zásahům do jejich životů, k přizpůsobení jejich osobního ale i pracovního života péči o své příbuzné. Péče o nesoběstačné osoby může mít v rodině nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s péčí poskytovanou v nejrůznějších zařízeních spočívá v tom, že v domácím prostředí je péče v zásadě poskytována tolik, kolik jí je potřeba. Jedná se o péči, která je poskytována především z lásky, a i proto ji tato charakteristika činí ničím nenahraditelnou. V mnohých rodinách se s problémem péče o své blízké vyrovnávají velmi dobře, i přesto že je situace značně vyčerpávající, jiné rodiny se zase i přes to, že jsou ochotny péči vykonávat, obávají, že toto nezvládnou a rozhodnou se pro využití péče poskytnuté pobytočným sociálním zařízením.

Časová náročnost této péče je významným způsobem determinována mírou závislosti zdravotně postižené osoby, které je pomoc poskytována (viz. obrázek č. 3)

Součet doby přímé péče a dohledu dle stupně závislosti (denně)

stupeň závislosti	doba přímé péče a dohledu denně
I.	6 hod. 31 min.
II.	10 hod. 10 min.
III.	15 hod. 54 min.
IV.	18 hod. 24 min.

Obrázek č. 3 – Součet doby přímé péče a dohledu dle stupně závislosti

(Zdroj: Michalík, 2011, s. 101)

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu bývá mnohdy spojena s komplexním sociálním, ekonomickým či zdravotním dopadem na pečující osobu i její nejbližší okolí. Tato osoba v důsledku neustálé "pohotovosti", často ztrácí kontakty s okolním světem, může se ocitnout v sociální izolaci, nebo strádat nedostatečnou sociální oporou, trpět fyzickým i psychickým vypětím, které se nezdá

odráží na jejím zdraví. Je důležité si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipraví, a přesto musí mnohdy vykonávat fyzicky náročné úkony, často může chybět i potřebný grif. K této již tak složité situaci pečujících osob může přispívat i nedostatek potřebných informací či pomůcek, často také velice obtížná finanční situace, zejména v případech, kdy příspěvek na péči je hlavním a často jediným příjmem pečující osoby. Určitou roli zde hraje i způsob bydlení, důležitá je i dosažitelnost širšího spektra jak zdravotních tak sociálních služeb, charitativních či svépomocných skupin a sdružení. Služba, jež je poskytována celých dvacet čtyři hodin denně, sedm dnů v týdnu, bývá pro jednu pečující osobu "likvidační", a i proto je potřebná a mnohdy nezbytná profesionální pomoc, jež by pomohla účinně snížit zátěž pečovatele. V praxi se můžeme setkat s modelem tzv. sdílené péče, cílem které je umožnit osobě nesoběstačné žít nezávislým životem ve své vlastní domácnosti za pomoci rodiny i terénních služeb po takovou dobu, dokud se tento způsob jeví jako praktický a smysluplný. Prohloubení spolupráce mezi rodinou a speciálními organizacemi a institucemi poskytujícími služby má vliv nejen na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale i významně snižuje zátěž rodinných pečovatelů.

Jednou z hlavních a stěžejních otázek však zůstává to, zda je tento příspěvek, ať už je vyplácen na zajištění péče u kteréhokoliv z výše uvedených poskytovatelů využíván efektivně a účelně. Zajisté se vyskytnou případy, kdy tento příspěvek nebývá využíván tak, jak vyžaduje zákon o sociálních službách. Jedním z úkolů pracovníků Úřadu práce je tedy kontrolovat, jak je přiznaný příspěvek využíván a samozřejmě jaká je kvalita poskytovaných služeb. V této souvislosti zákon o sociálních službách umožňuje sociálním pracovníkům Úřadu práce vstupovat do rodin i zařízení sociálních služeb bez předchozího ohlášení. Zákon současně stanoví, že má sociální pracovník právo mluvit s pečovanou osobou i bez toho, aby byli u jednání přítomni i ostatní členové rodiny.

3.2.2 Kontrola využívání příspěvku na péči

Zákon o sociálních službách ukládá Úřadu práce České republiky povinnost kontrolovat, zda byl příspěvek na péči využíván k zajištění potřebné pomoci a zda pomoc je poskytována osobou blízkou nebo asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo dětským

domovem anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu a zda její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a je zaměřena na základní životní potřeby, které podle výsledku posouzení stupně závislosti okresní správou sociálního zabezpečení není osoba schopna zvládat. Kontrolu provádí sociální pracovník Úřadu práce České republiky. Spisy ke kontrole se vybírají náhodně nebo na základě anonymního oznámení či podezření na zneužívání dávky. Kontrola probíhá neohlášeně a má podobný charakter jako sociální šetření. Sociální pracovník kontroluje, zda je pomoc poskytována osobně tím, kdo byl uveden v žádosti o příspěvek na péči a zda je tato osoba zdravotně způsobilá. Za zdravotně způsobilou osobu k poskytování pomoci se nepovažuje osoba, která má sama nárok na příspěvek na péči, ledaže lékařským posudkem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb doloží, že je schopna tuto pomoc poskytovat.

Příjemci příspěvku na péči jsou povinni se kontrolnímu šetření podrobit. Na základě souhlasu oprávněné osoby jsou zaměstnanci úřadu oprávněni vstupovat do obydlí, v němž osoba žije, za účelem provedení kontrolního šetření využívání příspěvku na péči. Kontrolní šetření probíhá v domácím prostředí osoby, aby pracovník Úřadu práce České republiky mohl posoudit, v jakých podmínkách příjemce příspěvku žije a zda je péče poskytována v odpovídajícím rozsahu a kvalitě. Pracovníci úřadu jsou povinni prokázat se služebním průkazem společně se zvláštním oprávněním, které vydává příslušná krajská pobočka Úřadu práce České republiky. Toto oprávnění by mělo obsahovat identifikační údaje, jméno a příjmení zaměstnance, číslo služebního průkazu, razítko a podpis vedoucího pracovníka. V některých případech sociální pracovníci nejsou vpuštěni do obydlí oprávněné osoby, není se čemu divit, protože v dnešní době, kdy je vysoká kriminalita a spousta osob se dopouští podvodného jednání zejména na seniorech a snaží se pod nějakou záminkou dostat do jejich obydlí a využít tak jejich důvěřivosti a následně je okrást. Tohle všechno stěžuje vstup sociálních pracovníků do obydlí příjemce příspěvku na péči, a proto Úřad práce doporučuje občanům, pokud pracovníka neznají osobně, aby si vždy vyžádali předložení služebního průkazu a oprávnění. V případě, že by i nadále měli pochybnosti, můžou pracovníka úřadu požádat, aby předložil spisovou dokumentaci příspěvku na péči a je možné se podívat na samotnou žádost o příspěvek, kde je vidět podací razítko úřadu. Další možností ověření je telefonát na příslušnou pobočku Úřadu práce České republiky s dotazem, zda konkrétní zaměstnanec na tomto pracovišti pracuje. Kontrolní šetření tedy probíhá v domácím prostředí, aby bylo možné posoudit, v jakých podmínkách příjemce příspěvku žije a zda je péče poskytována v odpovídajícím standartu. Sociální pracovník

klade příjemci otázky a zjištěné odpovědi porovnává s údaji uvedenými v žádosti. Příjemci příspěvku na péči jsou povinni až 1 rok zpětně prokázat, že byl příspěvek využit na zajištění pomoci. K tomuto účelu se využívá smlouva o poskytování sociálních služeb a jejich vyúčtování v případě, že péči poskytuje instituce. V domácím prostředí jde ve většině případů o pečovatelskou službu a vyplatí se proto vyúčtování těchto služeb schovávat. Jestliže je péče poskytována osobou blízkou, je způsob prokazování využití příspěvku na péči diskutabilní. V rodinách se písemné vyúčtování většinou neprovádí. Tuto skutečnost ve většině případů úřad práce respektuje a spokojí se pouze s výpovědí o tom, komu je částka příjemcem poskytována a v jaké výši.

Příspěvek na péči musí být zcela využíván na zajištění potřebné pomoci, to znamená, že celou částku by měli dostávat poskytovatelé pomoci uvedení v žádosti. Je zapotřebí, aby stát kontroloval, jaké služby jsou za tento příspěvek nakupovány. Hlavním účelem příspěvku na péči bylo umožnit lidem závislým na pomoci jiné osoby, aby mohly zůstat doma, ve svém přirozeném prostředí a příspěvek má umožnit, aby pomoc mohl poskytovat rodinný příslušník nebo osoba blízká, a to i za tu cenu, že opustí svoje zaměstnání a bude se plně věnovat poskytování péče. Proto také za pečující osobu platí stát pojištění a péče se započítává do nároku na starobní důchod již od druhého stupně příspěvku na péči. Bohužel běžně slyšíme, že příspěvky na péči se rozplývají v nákupních centrech, za léky nebo se jimi přispívá na chod domácnost a v neposlední řadě jsou rodiny, které příspěvkem na péči řeší svojí tíživou finanční situaci. Ve většině případů dochází k neoprávněnému pobírání dávky z důvodu neznalosti zákona, ale objevují se i případy, v jejichž rámci někteří klienti postupují plánovitě. (Matoušek, 2007, s. 41)

Sociální pracovník v rámci kontrolního šetření provede písemný záznam o zjištěných skutečnostech a s jeho obsahem účastníky kontroly seznámí. V případě nesrovnalostí mezi údaji ve spise a skutečností stanoví sociální pracovník lhůtu pro zjednání nápravy. Často jde např. o situaci, kdy péči již poskytuje někdo jiný, než je uvedeno na oznámení o poskytovateli pomoci. Mezi závažnější nedostatky patří např. zjištění, že sociální služby nejsou poskytovány v dostatečné míře nebo nejsou poskytovány vůbec a příjemce příspěvku žije v nevyhovujících podmínkách. V takovém případě může Úřad práce České republiky zastavit výplatu nebo příspěvek na péči odejmout. V průběhu kontrolního šetření můžeme zjistit nepoměr mezi výší přiznaného příspěvku na péči a skutečným stavem jeho

příjemce. Pokud naopak potřeby příjemce zjevně převyšují výši vypláceného příspěvku, je jeho příjemce informován o možnosti podat návrh na změnu výše, v jehož rámci může dojít k přiznání vyššího stupně závislosti a tím i k vyšší výplatě příspěvku. Kontrolní záznam podepisují sociální pracovníci, kteří kontrolu provedli a se záznamem musí být seznámen i kontrolovaný. Jestliže Úřad práce České republiky zjistí při kontrolním šetření závažné nedostatky v poskytovaných sociálních službách anebo zjistí-li, že sociální služby jsou poskytovány bez oprávnění k jejich poskytování, je povinna neprodleně písemně informovat Krajský úřad. Že péče o nemocného, postiženého nebo starého člověka je velmi náročná záležitost, je všem zcela jasné, ale i přes velkou náročnost je nutné mít na paměti, že v našem životě jsou nejcennější osobní a rodinné vztahy a každý člověk chce být mezi svými nejbližšími. Musíme si uvědomit, že to co dáváme svým nejbližším, budeme možná někdy v budoucnu potřebovat i mi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESING VÝZKUMU

V první části naší diplomové práce jsme uvedli teoretické poznatky týkající se sociálních služeb, zaměřili jsme se na příjemce sociálních služeb, popsali jsme dávky pro osoby se zdravotním postižením a v neposlední řadě jsme velkou část věnovali příspěvku na péči, zejména jeho efektivnímu využívání a provádění kontrol využívání příspěvku na péči. Snažili jsme se poskytnout nejzásadnější informace ke zkoumané problematice, abychom vše podstatné mohli využít v praktické části diplomové práce.

V rámci praktické části jsme si stanovili výzkumný problém, díky kterému chceme zjistit podstatné informace k naší problematice. Přesněji chceme zjistit, **zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně**. Hlavním důvodem, proč se zabýváme právě zkoumáním, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně je autorčina zkušenost z praxe sociálního pracovníka, kde se denně setkává se špatným a neefektivním využíváním příspěvku na péči.

Na základě stanoveného výzkumného problému jsme se rozhodli pro kvantitativní výzkum, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření.

4.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem diplomové práce je **zjistit, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně**. Tohoto cíle chceme dosáhnout pomocí dílčích cílů, které jsme stanovili následovně:

- zjistit, jak dlouho zdravotně postižení pobírají příspěvek na péči
- zjistit, jak osoby zdravotně postižené využívají příspěvek na péči
- zjistit, zdali je výše příspěvku na péči dostačující k zajištění potřebné pomoci
- zjistit, zdali osoby zdravotně postižené vedou díky příspěvku na péči kvalitnější život

Dalšími dílčími cíli je zjistit, zdali existuje souvislost mezi:

- věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči
- pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby

- pohlavím zdravotně postižených osob a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči

V souladu se stanovenými cíli jsme dále definovali výzkumné otázky.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní: **Je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně?**

Abychom mohli v naší práci prozkoumat, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně, stanovili jsme si následně dílčí výzkumné otázky.

Výzkumné otázky popisné:

Výzkumná otázka č. 1 (VO1): Jak dlouho osoby zdravotně postižené pobírají příspěvek na péči?

Výzkumná otázka č. 2 (VO2): Jak osoby zdravotně postižené využívají příspěvek na péči?

Výzkumná otázka č. 3 (VO3): Je výše příspěvku na péči dostačující k zajištění potřebné pomoci?

Výzkumná otázka č. 4 (VO4): Vedou osoby zdravotně postižené díky příspěvku na péči kvalitnější život?

Výzkumné otázky vztahové:

Výzkumná otázka č. 5 (VO5): Jaká je souvislost mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči?

Výzkumná otázka č. 6 (VO6): Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby?

Výzkumná otázka č. 7 (VO7): Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči?

Na základě výzkumných otázek č. **5, 6, 7** jsme si následně stanovili hypotézy, abychom ověřili, zdali existuje souvislost mezi proměnnými.

Nezávisle proměnná – věk zdravotně postižených osob, pohlaví zdravotně postižených osob

Závisle proměnná – výše příspěvku na péči, četnost využívání charitativní nebo pečovatelské služby, pocit zvýšení kvality života

4.3 Hypotézy

H₁ Zdravotně postižené osoby ve věku 61 a více let pobírají vyšší příspěvek na péči než zdravotně postižené osoby mladších věkových kategorií.

H₂ Ženy využívají méně charitativní pečovatelské služby, než muži.

H₃ Muži pocítují častěji zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči než ženy.

Na základě provedeného výzkumu budou výše uvedené hypotézy potvrzeny nebo vyvráceny.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Po stanovení výzkumných cílů jsme si zvolili v diplomové práci kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, protože z hlediska techniky sběru dat je vysoce efektivní a umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu respondentů v krátkém čase. Na základě stanoveného výzkumného cíle a výzkumných otázek jsme zjišťovali, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně.

5.1 Výzkumný soubor

Pro náš výzkum byli cíleným výběrem vybráni příjemci příspěvku v regionu Kroměříž, Zlínský kraj. Jednalo se o zdravotně postižené osoby a seniory, kterým je vyplácen příspěvek na péči.

Kontaktováno bylo celkem 250 příjemců příspěvku na péči v regionu Kroměříž, Zlínský kraj.

Pod region Kroměříž spadají obce: Blišice, Chropyně, Chvalnov, Jestřabice, Koryčany, Kyselovice, Lískovec, Lísky, Plešovec, Střílky, Záříčí, Zástřizly, Dřínov, Karolín, Kvasice, Morkovice-Slížany, Nová Dědina, Počenice-Tetětice, Pornice, Prasklice, Střížovice, Sulimov, Uhřice, Věžky, Vlčí Doly, Vrbka, Zborovice, Bílany, Hradisko, Hulín, Chrást'any, Kotojedy, Kroměříž – Vážany, Lhota, Lutopecny, Měrůtky, Pačlavice, Popovice, Postoupky, Pravčice, Rataje, Sobělice, Těšnovice, Trávník, Záhlinice, Kroměříž, Bařice, Bezměrov, Bojanovice, Břest, Cetechovice, Cvrčovice, Divoky, Drahlov, Honětice, Hoštice, Jarohněvice, Kostelany, Kunkovice, Lebedov, Lhotka, Lubná, Litenčice, Medlov, Milovice, Nětčice, Nítkovice, Roštín, Skaštice, Šelešovice, Skržice, Soběsuky, Strabenice, Těšánky, Troubky-Zdislavice, Újezdsko, Velké Těšany, Zdounky, Zlobice, Zlámanka, Žalkovice.

Domov pro seniory Koryčany, Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka Kroměříž, Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice, Domov se zvláštním režimem Kvasice, Domov pro seniory Pačlavice, Domov pro seniory Vážany, Domov pro seniory U Moravy Kroměříž, Charitativní dům pokojného stáří Cetechovice, Domov pro

osoby se zdravotním postižením Kvasice, Domov se zvláštním režimem Strom života Kroměříž, Domov pro seniory U Kašny Kroměříž, Domov sv. Kříže Kroměříž.

5.2 Technika sběru dat

Ve výzkumné části diplomové práce jsme se rozhodli pro sběr dat pomocí kvantitativního výzkumu, který byl realizován dotazníkovou formou. Dotazník byl tvořen z předem připravených otázek, které byly systematicky seřazeny a na které respondent písemně odpovídal (Chráska, 2007, s. 163). Dotazník patří k nejvíce využívané metodě sloužící k zjišťování údajů. Samotný název nasvědčuje, že slovo dotazník se spojuje s dotazováním, a je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí (Gavora, 2008, s. 122).

Na základě stanovených výzkumných otázek jsme vytvořili dotazník, který obsahoval 15 uzavřených (strukturovaných) otázek. Uzavřené položky se vyznačují tím, že předkládají vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Mezi hlavní výhodu patří to, že respondenti ochotněji vyplňují dotazník s již připravenými odpověďmi a další výhodou je jednoduché vyhodnocování odpovědí. Ovšem se zde najdou i nevýhody, jako hlavní nevýhoda je fakt, že kvality odpovědí jsou násilně vtěsnány do schématu připravených odpovědí. (Chráska, 2007, s. 166)

Dotazník byl určen pro příjemce příspěvku na péči v regionu Kroměříž, Zlínský kraj. První část našeho dotazníku informuje respondenty o základních informacích, které se vztahují k výzkumu, obsahuje instrukce k vyplňování a ubezpečuje respondenty o anonymitě při zpracovávání údajů a dále upozorňuje na to, že výsledky šetření budou použity pouze pro účely naší práce. V další části dotazníku se věnujeme demografickým otázkám, které nám poskytují základní informace ohledně respondentů. Zjišťujeme pohlaví a věk respondentů. Jedná se o otázky č. 1-2. Následující část dotazníku se skládá z otázek, jež zjišťují základní informace ohledně příspěvku na péči. Týkají se zejména zjištění, jaký stupeň příspěvku na péči respondent pobírá, odkud se o příspěvku na péči dozvěděl, co respondent přimělo podat si žádost o PNP, kdo poskytuje potřebnou péči a v neposlední řadě otázka, jak dlouho příspěvek na péči pobírají. Jedná se o otázky č. 3, 4, 5, 6, 7. Poslední část dotazníku s položkami č. 8 – 15 se orientuje na využívání příspěvku na péči.

5.3 Realizace výzkumu

Předvýzkum se uskutečňuje na malém souboru osob a cílem je zjistit, zda výzkumný nástroj funguje. (Gavora, 2008, s. 84) Samotnému výzkumu předcházela předvýzkum, který jsme provedli v měsíci listopadu 2016 na 10 respondentech. Hlavním cílem bylo ověřit, zda jsou jednotlivé položky v dotazníku pro respondenty srozumitelné a jasně formulované a zda je k dispozici dostatek vhodných odpovědí. Na základě předvýzkumu jsme si ověřili, že respondenti jednotlivým položkám v dotazníku rozumí a mají dostatečně velké množství odpovědí. V předvýzkumu jsme nezaznamenali žádné zásadní problémy, takže jsme provedli samotný výzkum v měsíci prosinci 2016 a lednu 2017.

Samotný sběr dat probíhal prostřednictvím sociálních pracovníků v rámci kontrolních šetření v regionu Kroměříž. V rámci naší pobočky ÚP ČR pracuje na úseku příspěvku na péči 10 sociálních pracovníků a každý pracovník v rámci svého kontrolního šetření nám rozdává 25 dotazníků, kontroly probíhaly v měsíci prosinci 2016 a lednu 2017. Respondenti byli vždy individuálně požádáni o spolupráci a následně vyplňovali dotazník sami, popřípadě s pomocí pečující osoby nebo pomocí personálu domova. Vyplnění dotazníku nezabralo respondentům déle než 15 minut. Při výzkumu nás příjemně překvapila ochota seniorů a zdravotně postižených se výzkumu zúčastnit.

Kontaktovalo bylo celkem 250 příjemců příspěvku na péči v regionu Kroměříž, Zlínský kraj. Z toho 8 příjemců příspěvku na péči odmítlo dotazník vyplnit a 2 příjemci příspěvku na péči museli být vyřazeni z důvodu nesprávného vyplnění. Celkem bylo tedy zařazeno do výzkumu 240 respondentů. Návratnost dotazníků tedy činila 96 %.

5.4 Způsob zpracování dat

Po skončení sběru dat proběhla kontrola odpovědí v dotazníku a čištění dat. Vyloučili jsme dotazníky, které byly nesprávně vyplněny. Kontaktovalo bylo celkem 250 příjemců příspěvku na péči v regionu Kroměříž, Zlínský kraj. Z toho 8 příjemců příspěvku na péči odmítlo dotazník vyplnit a 2 dotazníky byly vyřazeny z důvodu nesprávného vyplnění. Celkem bylo správným způsobem vyplněno 240 dotazníků. Pouze tyto dotazníky jsme začlenili do výzkumu.

Jednotlivé otázky jsme vyhodnotili pomocí čárkovací metody a jejich četnost jsme znázornili pomocí grafického znázornění a byly doplněny slovním komentářem. Stanovili jsme tři hypotézy, které jsme prostřednictvím statistických testů významnosti vyvrátili nebo potvrdili. První hypotéza je testována na základě proměnných použitím testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Následující dvě hypotézy jsou testovány použitím testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Pro účely použití testu nezávislosti chí-kvadrát jsme k věcným hypotézám formulovali alternativní a nulové hypotézy.

5.5 Formulace hypotéz

H₁: Zdravotně postižené osoby ve věku 61 a více let pobírají vyšší příspěvek na péči než zdravotně postižené osoby mladších věkových kategorií.

H₀₁: Mezi věkem zdravotně postižených osob a výší příspěvku na péči není souvislost.

H_{A1}: Mezi věkem zdravotně postižených osob a výší příspěvku na péči je souvislost.

H₂ Ženy využívají méně charitativní pečovatelské služby, než muži.

H₀₂: Mezi pohlavím a využíváním charitativní pečovatelské služby není souvislost.

H_{A2}: Mezi pohlavím a využíváním charitativní pečovatelské služby je souvislost.

H₃ Muži pocítují častěji zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči než ženy.

H₀₃: Mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči není souvislost.

H_{A3}: Mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči je souvislost.

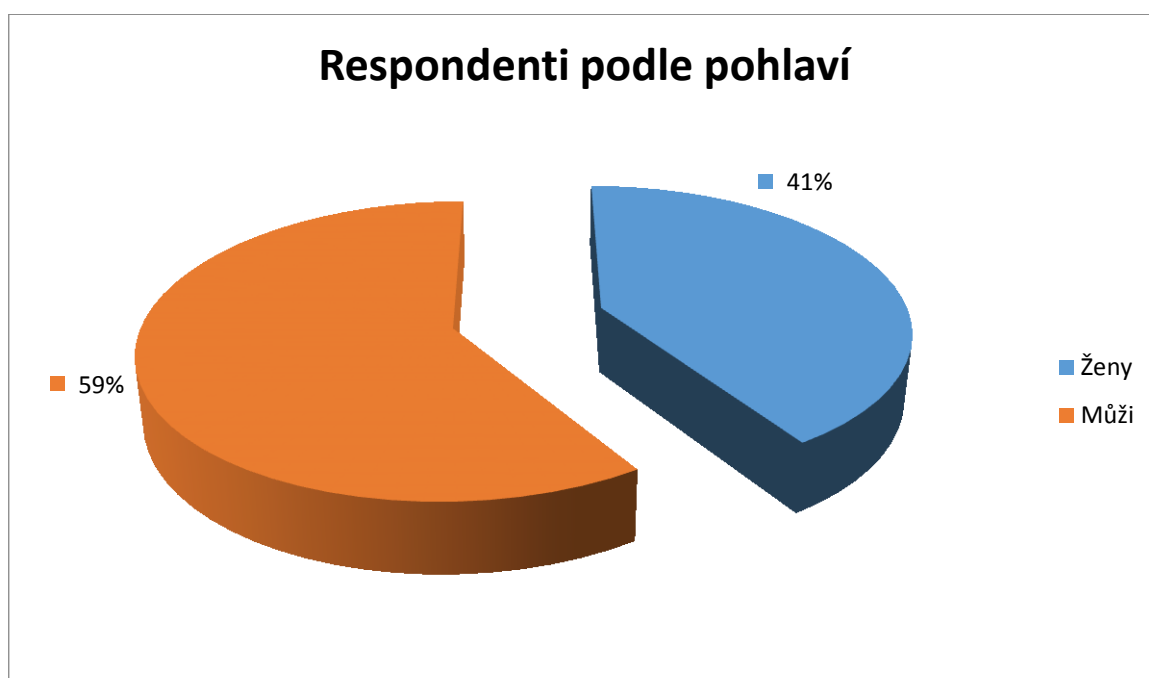
6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole jsme se zabývali analýzou získaných dat, které byly zjištěny kvantitativním výzkumem prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu byly prezentovány v souladu s otázkami v dotazníku.

6.1 Charakteristika respondentů

V první části dotazníku se věnujeme demografickým otázkám, které nám poskytují základní informace ohledně respondentů a zjišťujeme jejich pohlaví a věk.

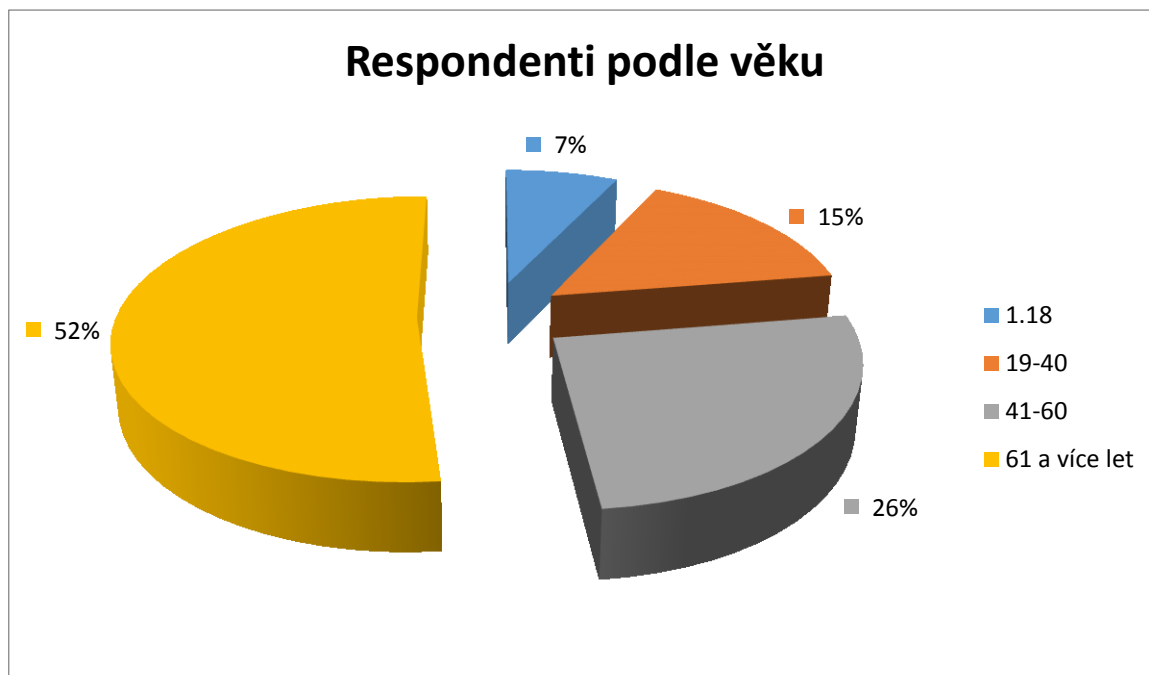
Otázka v dotazníku č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?



Graf č. 1 – Respondenti podle pohlaví (zdroj: vlastní)

Na grafickém znázornění můžete vidět rozdělení respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu 240 respondentů bylo 98 žen (59 %) a 142 mužů (41 %).

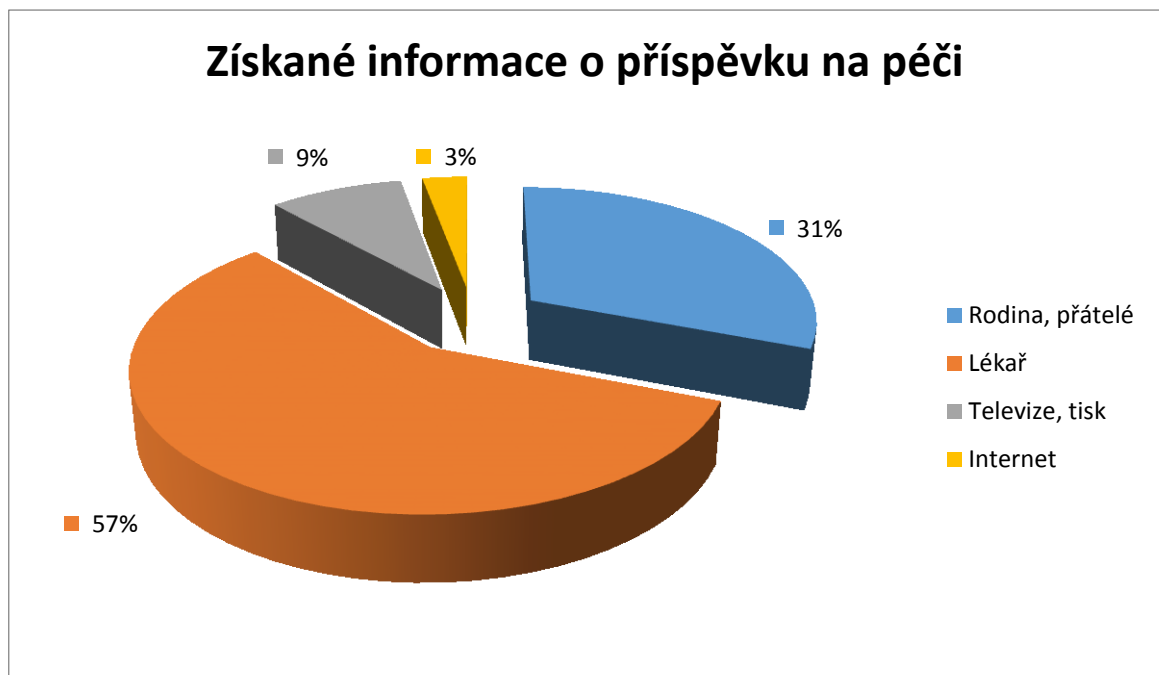
Otázka v dotazníku č. 2 – Do jaké věkové kategorie spadáte?



Graf č. 2 – Respondenti podle věku (zdroj: vlastní)

Prostřednictvím druhé otázky jsme rozdělili respondenty dle věkové kategorie. Z grafického znázornění vyplývá, že z celkového počtu 240 respondentů jich 17 (7 %) patří do věkové kategorie 1-18 let, 37 (15 %) spadá do věkové kategorie 19-40 let a 62 (26 %) do věkové kategorie 41-60 let. Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů je věková kategorie 61 a více let a to v počtu 124 (52 %) respondentů.

Otázka v dotazníku č. 4 – Odkud jste se o příspěvku na péči dozvěděli?



Graf č. 3 – Získané informace o příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Prostřednictvím otázky č. 4 jsme zjišťovali, odkud se respondenti o příspěvku na péči dozvěděli. Z odpovědí je patrné, že největší zastoupení a to celkem 138 (57 %) dotazovaných odpovědělo, že se o příspěvku na péči dozvěděli od svého lékaře. Na druhém místě se respondenti o příspěvku na péči dozvěděli od své rodiny či přátel, takto odpovědělo 74 (31 %) dotazovaných. 21 (9 %) zdravotně postižených odpovědělo, že se o příspěvku na péči dozvěděli z televize nebo tisku. Zbylých 7 (3 %) jedinců získalo informace na internetu.

Otázka v dotazníku č. 5 – Co Vás přimělo si podat žádost o příspěvek na péči?



Graf č. 4 – Důvod podání žádosti o příspěvek na péči (zdroj: vlastní)

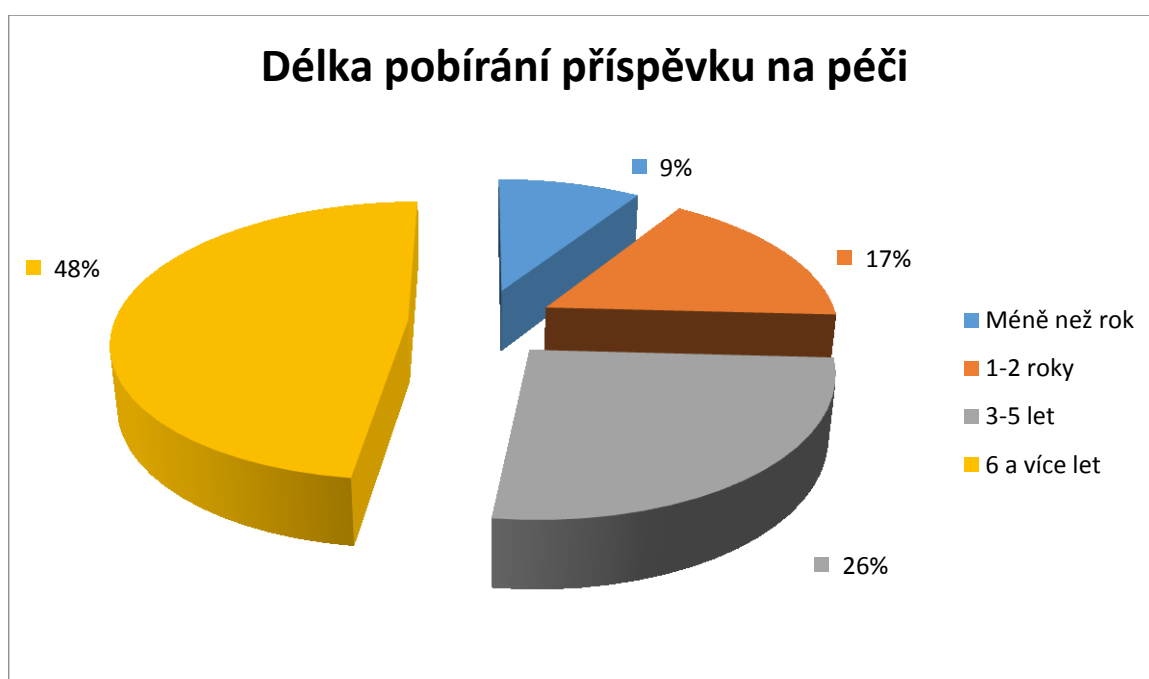
Graf číslo čtyři znázorňuje důvod podání žádosti o příspěvek na péči. Z odpovědí vyplývá, že 185 (77 %) respondentů přiměl k podání žádosti o příspěvek na péči špatný zdravotní stav. 26 (11 %) dotazovaných sdělilo, že podali žádost o příspěvek na péči, protože si žádají všichni kolem nich. Jako další následovala odpověď, že na zdravotně postižené vyvíjeli tlak rodinní příslušníci, aby si požádali o příspěvek na péči, takto odpovědělo 25 (10 %) dotazovaných. 4 (2 %) respondenty přimělo podat si žádost o příspěvek na péči kvůli nedostatku financí.

6.2 Analýza výzkumných otázek popisných

V této části naší práce jsme se zaměřili na dotazníkové položky č. 7-15, prostřednictvím kterých jsme zjišťovali informace o příspěvku na péči.

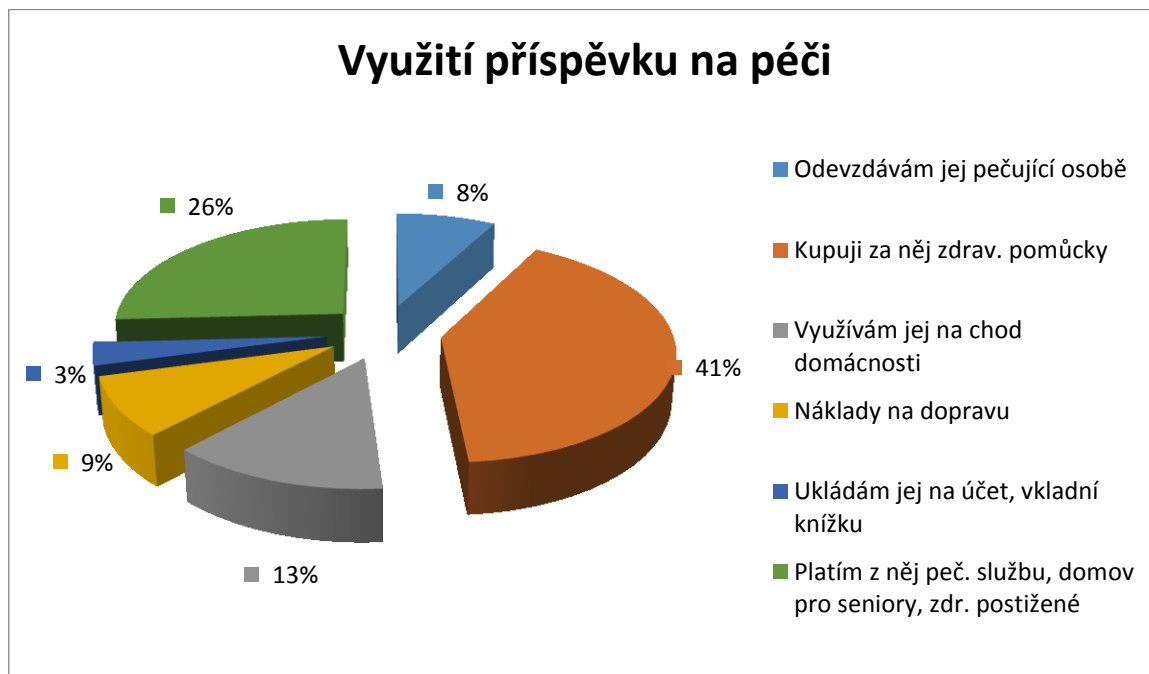
Výzkumná otázka č. 1 (VO1): Jak dlouho osoby zdravotně postižené pobírají příspěvek na péči?

Otázka v dotazníku č. 7 – Jak dlouho pobíráte příspěvek na péči?



Graf č. 5 – Délka pobírání příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

V otázce číslo sedm jsme se zaměřili na délku pobírání příspěvku na péči. 115 (48 %) zdravotně postižených pobírá příspěvek na péči 6 a více let. Po dobu 3-5 let pobírá příspěvek na péči 63 (26 %) respondentů. Příspěvek na péči v délce 1-2 roky pobírá 40 (17 %) zdravotně postižených. Nejmenší skupinou v počtu 22 (9 %) jsou respondenti, kteří pobírají příspěvek na péči méně než rok.

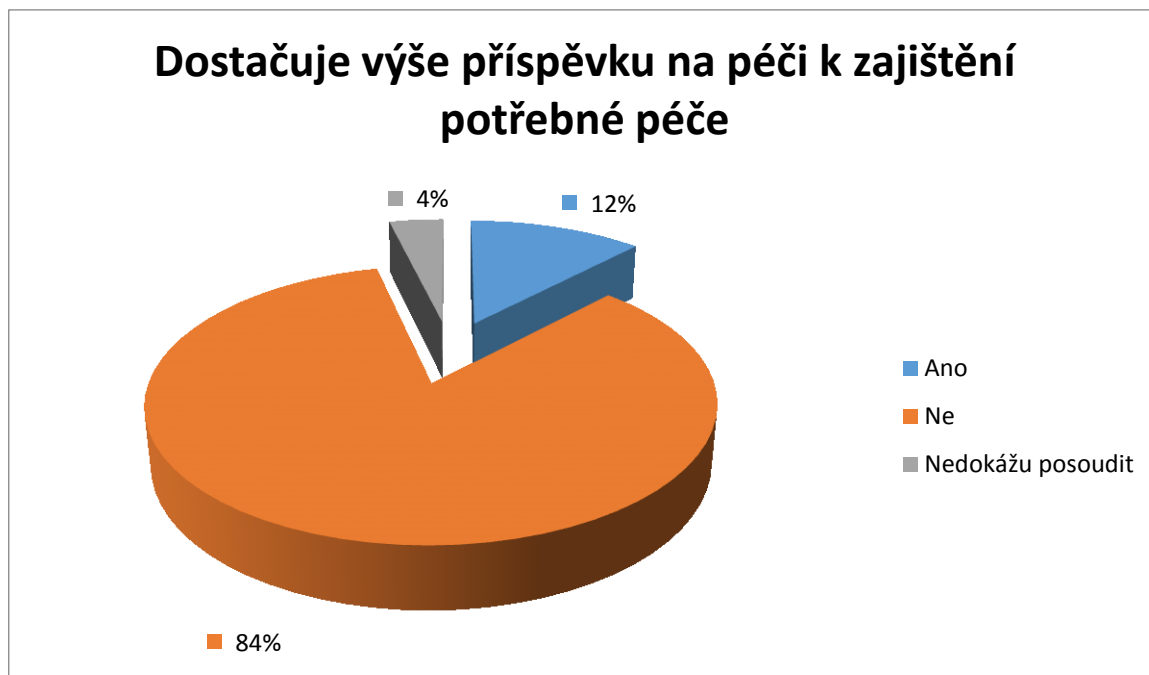
*Výzkumná otázka č. 2 (VO2): Jak osoby zdravotně postižené využívají příspěvek na péči?***Otázka v dotazníku č. 8 – Jak využíváte příspěvek na péči?**

Graf č. 6 – Využití příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Na základě osmé otázky jsme zjišťovali, jak zdravotně postižení využívají příspěvek na péči. Nejvíce respondentů v počtu 98 (41 %) uvedlo, že příspěvek na péči využívají k zakoupení zdravotnických pomůcek např. léků a plen. Dále pak 62 (26 %) respondentů se vyjádřilo, že si hradí z příspěvku na péči pečovatelskou službu či domov pro seniory, zdravotně postižené. 32 (13 %) zdravotně postižených využívá příspěvek na péči na chod domácnosti. Oproti tomu 21 (9 %) zdravotně postižených uvádí, že si z příspěvku na péči hradí náklady na dopravu např. k lékaři atd. 19 (8 %) respondentů odevzdává příspěvek na péči pečující osobě. V neposlední řadě si 8 (3 %) dotazovaných ukládá příspěvek na péči na bankovní účet nebo vkladní knížku.

Výzkumná otázka č. 3 (VO3): Je výše příspěvku na péči dostačující k zajištění potřebné pomoci?

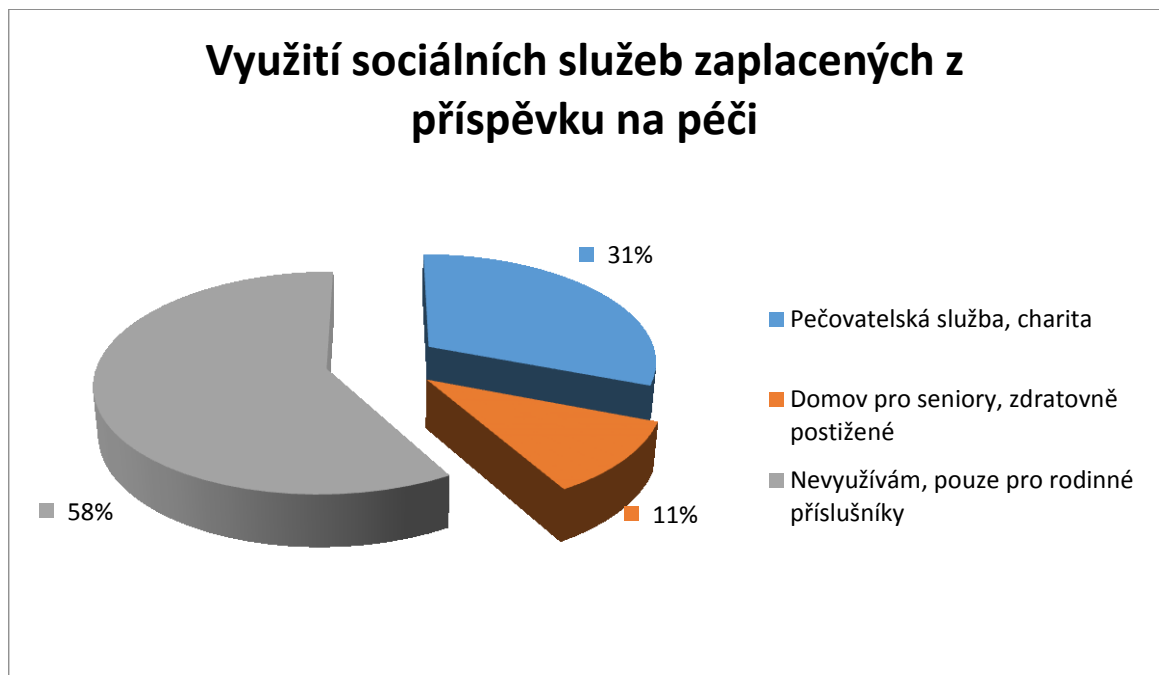
Otázka v dotazníku č. 9 – Považujete výši příspěvku na péči za dostačující k zajištění potřebné péče/pomoci?



Graf č. 7 – Dostačuje výše příspěvku na péči k zajištění potřebné péče (zdroj: vlastní)

Otázkou č. 9 jsme zkoumali, zda zdravotně postižení považují výši příspěvku na péči za dostačující k zajištění potřebné péče či pomoci. 202 (84 %) dotazovaných odpovědělo „ne“ což znamená, že výši příspěvku na péči považují za nedostačující k zajištění potřebné péče. Naopak 29 (12 %) dotazovaných považuje výši příspěvku za dostačující k zajištění potřebné péče. Variantu „nedokážu posoudit“ označilo 9 (4 %) respondentů.

Otázka v dotazníku č. 10 – Využíváte příspěvek na péči k zaplacení sociálních služeb nebo jiných služeb?



Graf č. 8 – Využití sociálních služeb zaplacených z příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti využívají příspěvek na péči k zaplacení sociálních nebo jiných služeb. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 140 (58 %) dotazovaných nevyužívá příspěvek na péči k zaplacení sociálních služeb, ale hradí si z něj péči, kterou poskytují rodinní příslušníci. 74 (31 %) respondentů si z příspěvku na péči hradí pečovatelskou službu či charitu. Poslední skupina respondentů 26 (11 %) využívá příspěvek na péči k zaplacení domova pro seniory či zdravotně postižené.

Otázka v dotazníku č. 11 – V případě, že Vám péči zajišťuje pečovatelská služba či charita, stačí Vám příspěvek na péči k uhrazení výdajů?



Graf č. 9 – Dostačuje výše příspěvku na péči k zajištění pečovatelské služby či charity
(zdroj: vlastní)

Prostřednictvím otázky číslo jedenáct jsme chtěli zjistit, zda v případě, že péči zajišťuje pečovatelská služba či charita, stačí příspěvek na péči k uhrazení výdajů. Z výsledků vyplývá, že celkem 166 (69 %) dotazovaných tyto služby nevyužívá. 67 (28 %) zdravotně postižených odpovědělo, že příspěvek na péči nedostačuje k zaplacení pečovatelské služby či charity a musí si ještě doplácet. Pouze 7 (3 %) dotazovaným stačí příspěvek na péči k uhrazení sociálních služeb.

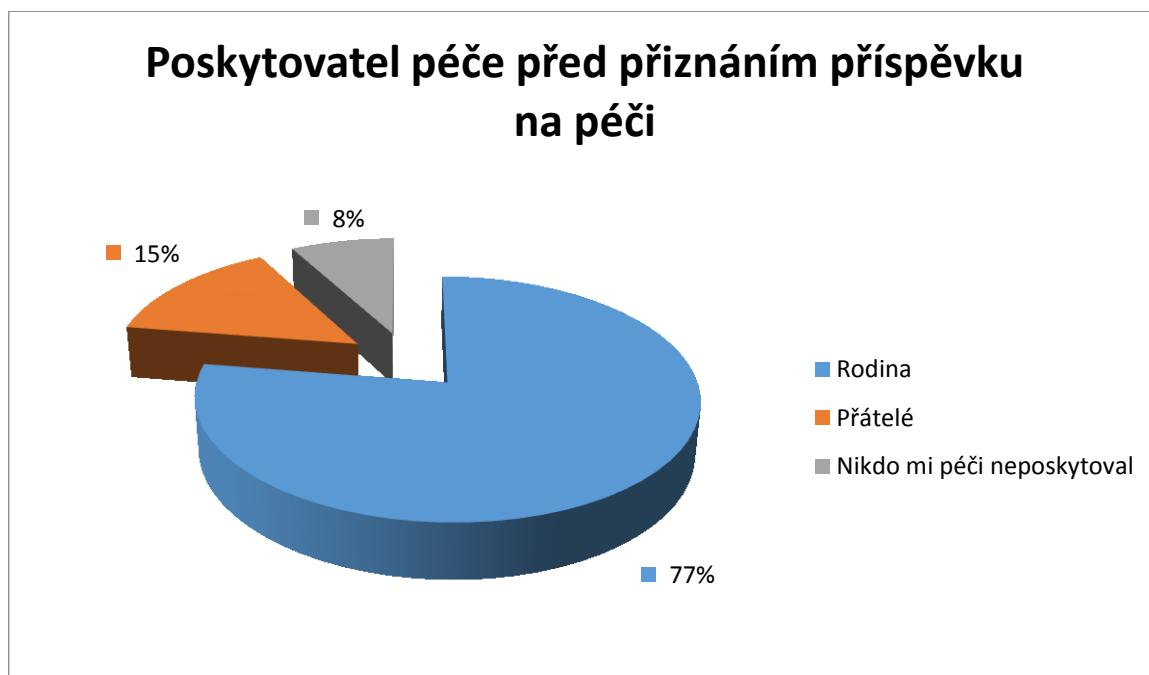
Otázka v dotazníku č. 12 – Domníváte se, že po přiznání příspěvku na péči máte větší možnost, jak si potřebnou pomoc zajistit?



Graf č. 10 – Větší možnost zajištění péče po přiznání příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Graf číslo deset nám znázorňuje četnost odpovědí na otázku, zda se respondenti domnívají, že po přiznání příspěvku na péči mají větší možnost jak si potřebnou pomoc zajistit. Z odpovědí vyplývá, že variantu „ano“ zvolilo 212 (88 %) respondentů. 24 (10 %) respondentů, se domnívá, že příspěvek na péči jim neposkytl větší možnost jak si potřebnou pomoc zajistit. 4 (2 %) respondenti nedokážou posoudit, zda díky příspěvku na péči mají větší možnost, jak si potřebnou pomoc zajistit.

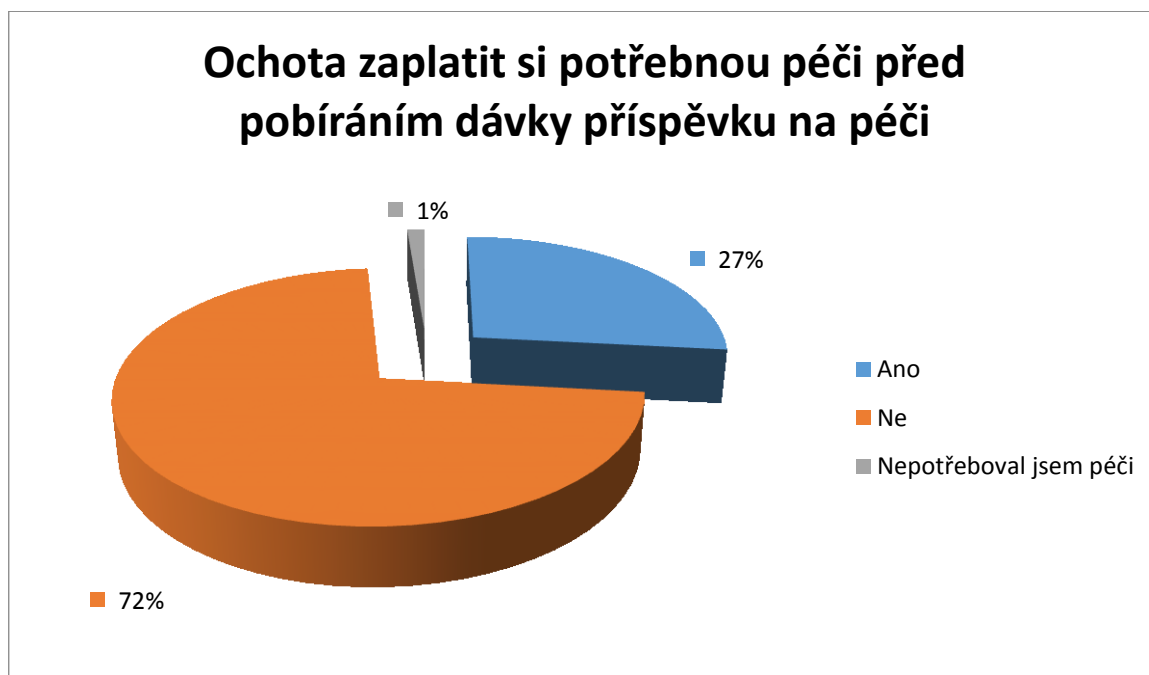
Otázka v dotazníku č. 13 – Poskytoval Vám někdo péči i před přiznáním příspěvku na péči?



Graf č. 11 – Poskytovatel péče před přiznáním příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Pomocí otázky číslo 13 jsme ověřovali, zda zdravotně postiženým poskytoval někdo péči i před přiznáním příspěvku na péči. Z údajů poskytnutých respondenty vyplývá, že u 186 (77 %) respondentů, byla poskytována péče i před přiznáním dávky, péči poskytovala rodina. 35 (15 %) respondentů přiznalo, že jim péči poskytovali přátelé. Nejméně respondentů v počtu 19 (8 %) tvrdilo, že jim nikdo péči neposkytoval.

Otázka v dotazníku č. 14 – Pokud jste potřebovali péči před pobíráním dávky příspěvku na péči, byli jste schopni si službu zaplatit?

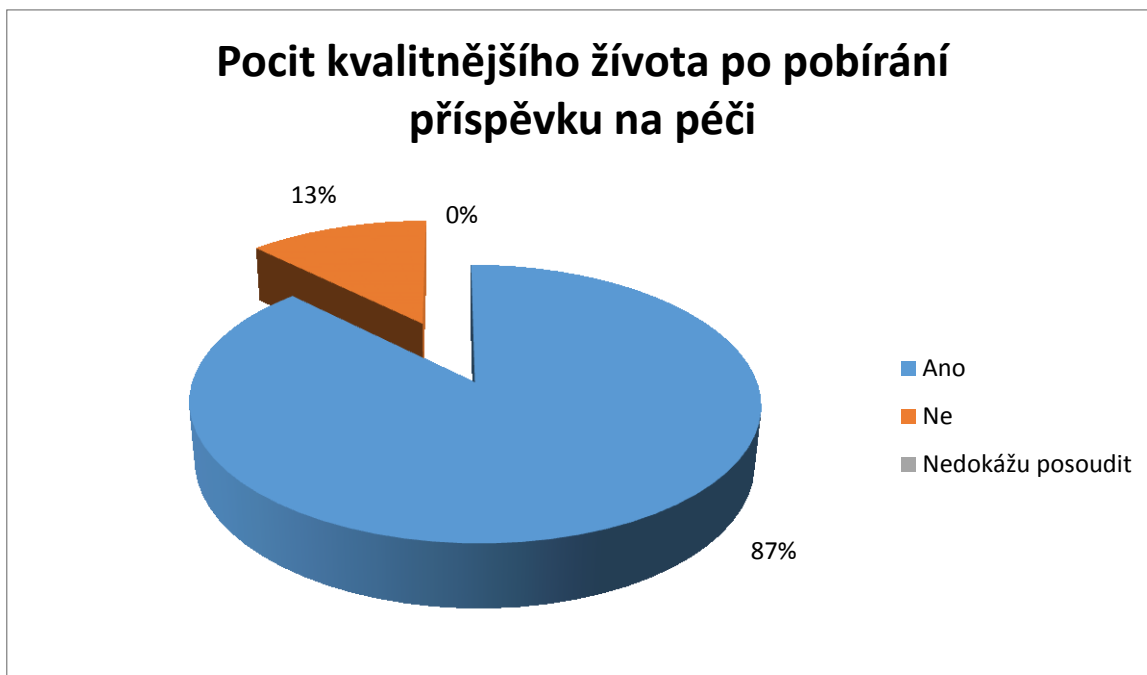


Graf č. 12 – Ochota zaplatit si potřebnou péči před pobíráním dávky příspěvku na péči
(zdroj: vlastní)

V otázce číslo 14 jsme zjišťovali, zda si byli respondenti ochotni zaplatit potřebnou péči před pobíráním dávky příspěvku na péči. 173 (72 %) respondentů odpovědělo, že si nebyli ochotni službu zaplatit. Oproti tomu 64 (27 %) dotazovaných uvádí, že si služby platili i před pobíráním dávky příspěvku na péči. Dále 3 (1 %) respondenti péči nepotřebovali před pobíráním dávky.

Výzkumná otázka č. 4 (VO4): Vedou osoby zdravotně postižené díky příspěvku na péči kvalitnější život?

Otázka v dotazníku č. 15 – Myslíte si, že vedete díky příspěvku na péči kvalitnější život?



Graf č. 13 – Pocit kvalitnějšího života po pobírání příspěvku na péči (zdroj: vlastní)

Z grafického znázornění vyplývá, že 210 (87 %) zdravotně postižených pociťuje zlepšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči. 30 (13 %) respondentů, žádnou změnu díky pobírání dávky nepocítilo. Odpověď „nedokážu posoudit“ nezvolil nikdo z dotazovaných.

6.3 Analýza výzkumných otázek vztahových

V této části naší práce budeme testovat výzkumné otázky vztahové pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát. Pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát určíme, zdali je nebo není mezi dvěma danými jevy souvislost. Je nutné si určit nulové a alternativní hypotézy.

Výzkumná otázka č. 5 (VO5): Jaká je souvislost mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči?

Hypotézy budeme ověřovat pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, budeme zjišťovat, zda existuje souvislost mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči. Hypotéza H_1 se vztahuje k otázkám v dotazníku č. 2 a 3.

H_1 : Zdravotně postižené osoby ve věku 61 a více let pobírají vyšší příspěvek na péči než zdravotně postižené osoby mladších věkových kategorií.

H_{01} : Mezi věkem zdravotně postižených osob a výší příspěvku na péči není souvislost.

H_{A1} : Mezi věkem zdravotně postižených osob a výší příspěvku na péči je souvislost.

Výsledky získané prostřednictvím dotazníkového šetření jsme zapsali do kontingenční tabulky. Veškerá data se nachází v tabulce číslo 1, kde je uvedená pozorovaná i očekávaná četnost. Očekávané četnosti (O) jsou uvedeny vždy v závorce. K výpočtu je zapotřebí marginální četnost, kterou se rozumí součty četností v řádcích a sloupcích tabulky. Dle Chráska (2007, s. 78) test nezávislosti chí-kvadrát nemůžeme použít v případech, kdy ve více než 20 % polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5 a také v případech, kdy v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. Aby byly splněné podmínky nutné pro výpočet testu nezávislosti chí-kvadrát, sloučili jsme dvě kategorie a to příspěvek na péči v I. a II. stupni a příspěvek na péči ve III. a IV. stupni.

Věk respondentů	Příspěvek na péči I. + II. stupeň P (O)	Příspěvek na péči III. + IV. stupeň P (O)	Σ
1-18 let	14 (8,93)	3 (8,07)	17
19-40 let	29 (19,43)	8 (17,58)	37
41-60 let	37 (32,55)	25 (29,45)	62
61 a více let	46 (65,1)	78 (58,9)	124
Σ	126	114	240

Tabulka č. 1 – Kontingenční tabulka četností (zdroj: vlastní)

Pro každé pole kontingenční tabulky je nutno vypočítat testovací kritérium χ^2 .

Věk respondentů	Příspěvek na péči I. + II. stupeň $\frac{(P-O)^2}{O}$	Příspěvek na péči III. + IV. stupeň $\frac{(P-O)^2}{O}$	Σ
1-18 let	2,87	3,19	6,06
19-40 let	4,72	5,23	9,95
41-60 let	0,61	0,68	1,29
61 a více let	5,61	6,20	11,81
Σ	13,81	15,30	29,11

Tabulka č. 2 – Tabulka hodnot pro výpočet testového kritéria χ^2 (zdroj: vlastní)

Pro posouzení vypočítané hodnoty χ^2 je potřeba určit počet stupňů volnosti tabulky. Vzorec pro výpočet je: $f=(r-1).(s-1)$, kde r označuje počet řádků kontingenční tabulky a s počet sloupců kontingenční tabulky. Vzoreček pro dosazení našich hodnot $f = (4-1).(2-1) = 3$, stupeň volnosti je 3.

Testování jsme provedli na hladině významnosti 0,05. Prostřednictvím vypočítaného počtu stupňů volnosti a na základě zvolené hladině významnosti jsme ve statistických tabulkách

nalezli kritickou hodnotu testového kritéria $\chi^2_{0,05(3)}=7,815$. Vypočítanou hodnotu testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 29,11$ jsme porovnali s hodnotou kritickou. Zjistili jsme, že vypočítaná hodnota testového kritéria je vyšší, než kritická hodnota, jež je uvedena ve statistické tabulce. Z toho důvodu na hladině významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu (H_0) a přijímáme alternativní hypotézu (H_A). To znamená, že mezi věkem zdravotně postižených osob a výši příspěvku na péči je souvislost.

Výzkumná otázka č. 6 (VO6): Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby?

Na základě testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku jsme chtěli zjistit, zdali existuje souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby. Hypotéza H_2 se vztahuje k otázkám v dotazníku č. 1, 6.

H_2 Ženy využívají méně charitativní pečovatelské služby, než muži.

H_{02} : Mezi pohlavím a využíváním charitativní pečovatelské služby není souvislost.

H_{A2} : Mezi pohlavím a využíváním charitativní pečovatelské služby je souvislost.

Pohlaví respondentů	Charitativní, pečovatelská služba ANO	Charitativní, pečovatelská služba NE	Σ
Ženy	26	72	98
Muži	48	94	142
Σ	74	166	240

Tabulka č. 3 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí- kvadrát č. 1 (zdroj: vlastní)

Pro výpočet čtyřpolní tabulky jsme použili následující vztah:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

$$\chi^2 = 240 \cdot \frac{(26 \cdot 94 - 72 \cdot 48)^2}{98 \cdot 74 \cdot 166 \cdot 142}$$

$$\chi^2 = 1,44$$

Testování bylo zvoleno na hladině významnosti 0,05. Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti a na základě zvolené hladině významnosti jsme ve statistické tabulce našli kritickou hodnotu testového kritéria $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$. Vypočítanou hodnotu testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 1,44$ jsme následně srovnali s hodnotou kritickou. Zjistili jsme, že vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota, jež je uvedena ve statistické tabulce. Z toho důvodu na hladině významnosti 5 % přijímáme nulovou hypotézu (H_0). To znamená, že mezi pohlavím a využíváním charitativní nebo pečovatelské služby nebyla prokázána statisticky významná souvislost.

Výzkumná otázka č. 7 (VO7): Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči?

Prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku budeme ověřovat, zdali existuje souvislost mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči. Hypotéza H_3 se vztahuje k otázkám v dotazníku č. 1 a 15.

H_3 Muži pociťují častěji zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči než ženy.

H_{03} : Mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči není souvislost.

H_{A3} : Mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči je souvislost.

Pohlaví respondentů	Zvýšení kvality života ANO	Zvýšení kvality života NE	Σ
Ženy	75	23	98
Muži	135	7	142
Σ	210	30	240

Tabulka č. 4 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí- kvadrát č. 2 (zdroj: vlastní)

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

$$\chi^2 = 240 \cdot \frac{(75 \cdot 7 - 23 \cdot 135)^2}{98 \cdot 210 \cdot 30 \cdot 142}$$

$$\chi^2 = 18,24$$

Testování bylo zvoleno na hladině významnosti 0,05. Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti a na základě zvolené hladině významnosti jsme následně ve statistické tabulce našli kritickou hodnotu testového kritéria $\chi^2_{0,05(1)}=3,841$. Vypočítanou hodnotu testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 18,24$ jsme porovnávali s hodnotou kritickou. Zjistili jsme, že vypočítaná hodnota testového kritéria je vyšší, než kritická hodnota, jež je uvedena ve statistické tabulce. Z toho důvodu na hladině významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu (H_0) a přijímáme alternativní hypotézu (H_A). To znamená, že mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči byla prokázána statisticky významná souvislost.

7 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. Tohoto cíle jsme chtěli dosáhnout pomocí následujících dílčích cílů:

Dílčí cíl 1 - Zjistit, jak dlouho zdravotně postižení pobírají příspěvek na péči.

K tomuto cíli jsme vymezili dílčí výzkumnou otázku **VO1- Jak dlouho osoby zdravotně postižené pobírají příspěvek na péči?**

Analýza získaných dat poukázala na skutečnost, že nejvíce dotázaných 48 % pobírá příspěvek na péči déle než 6 let. Důvodem pro to může být bezesporu neustále se prodlužující délka života naší populace, ať již v důsledku dostupné moderní lékařské péče nebo snahy jedince o zdravější a kvalitnější životní styl. Prodloužení střední délky života však vede nejen k prodlužování zdravého života, ale také k prodlužování délky života prožitého s chronickou nemocí nebo zdravotními omezeními, tedy se sníženou soběstačností a potřebou podpory a péče prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb i ze strany blízkého okolí. Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že osoby pobírající příspěvek na péči se většinou léčí dlouhodobě a po celou dobu léčení příspěvek na péči pobírají. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti pobírající příspěvek na péči 3-5 let 26 %, 1-2 roky pobírá příspěvek 17 % dotázaných a nejméně zastoupenou skupinou jsou zdravotně postižení pobírající příspěvek na péči méně než jeden rok 9 %.

Dílčí cíl 2 - Zjistit, jak osoby zdravotně postižené využívají příspěvek na péči.

K tomuto cíli jsme vymezili dílčí výzkumnou otázku **VO2 - Jak osoby zdravotně postižené využívají příspěvek na péči?**

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina dotázaných využívá příspěvek na péči špatným a neefektivním způsobem. Účelem této dávky je snaha o pomoc zdravotně postiženým osobám vést co nejhodnotnější a důstojný život. Přiznáním této dávky je jim dána možnost si dle vlastního uvážení zajistit potřebnou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, a to buď v rámci své rodiny, nebo prostřednictvím jiné fyzické či právnické osoby definované zákonem, anebo kombinací uvedených forem. Příspěvek na

péči musí být zcela využíván na zajištění potřebné pomoci, to znamená, že celou částku by měli dostávat poskytovatelé pomoci uvedení v žádosti o příspěvek na péči. Jelikož jsou uživatelé příspěvku na péči při podání žádosti náležitě poučeni o účelu, pro který jim je výše uvedený příspěvek vyplácen, nemělo by ke špatnému využívání této dávky z neznalosti zákona vůbec docházet. Proto se v těchto případech z velké části jedná spíše o plánovitý postup klienta. Toto zjištění ovšem není pro poskytovatele příspěvku na péči příliš pozitivní a proto je zajisté zapotřebí, aby stát efektivněji kontroloval, jaké služby jsou za tento příspěvek nakupovány.

Z provedeného dotazníkového šetření tedy vyplývá, že pro účely ke kterým je příspěvek určen jej využívá pouze 34 % respondentů. Z tohoto počtu 26 % respondentů uvedlo, že si z příspěvku na péči hradí pečovatelskou službu, charitu či domov pro seniory a 8 % jej odevzdává pečující osobě. Nejčastěji je příspěvek na péči využíván k nákupu zdravotnických pomůcek, jako např. léků či plen, což je u zdravotně postižených lidí jistě nezanedbatelná položka v rodinném rozpočtu. Takovýmto způsobem jej využívá celých 41 % dotázaných. Dále je příspěvek na péči v nemalé míře využíván na chod domácnosti, kdy tuto možnost uvedlo 13 % dotázaných. 9 % respondentů si z příspěvku na péči hradí náklady na dopravu, zde je však nutno podotknout, že pro tyto účely je určena jiná dávka – příspěvek na mobilitu – který velká část zdravotně postižených také pobírá. Na vkladní knížku nebo bankovní účet si příspěvek ukládají 3 % dotázaných.

Dílčí cíl 3 - Zjistit, zdali je výše příspěvku na péči dostačující k zajištění potřebné pomoci.

K tomuto cíli jsme vymezili dílčí výzkumnou otázku **VO3 - Je výše příspěvku na péči dostačující k zajištění potřebné pomoci?**

Z analýzy získaných dat vyplynulo, že 84 % respondentů považuje výši příspěvku na péči za nedostačující. Zejména respondenti, kteří si z tohoto příspěvku hradí pečovatelskou nebo charitní službu poukazují na vysokou cenu těchto služeb, na které za ně ve velké míře musí doplácet i rodinní příslušníci. Příspěvek na péči je však již ze své filozofie pouhým příspěvkem a nemá nahradit účast vlastních zdrojů uživatele na úhradě sociální služby. Na platbu za sociální službu by tak měly být použity i další finanční prostředky klienta, případně jejich rodiny. S výše uvedeným souvisí i odpověď na otázku č. 11, zda

respondentům, kteří využívají pečovatelskou službu poskytnutý příspěvek postačuje na úhradu výdajů za tuto službu, kdy 91 % dotázaných, kteří pečovatelskou službu využívají, uvedlo, že musí na tuto službu doplácet. S výši poskytnutého příspěvku na péči je dle dotazníkového šetření spokojeno pouhých 12 % oslovených.

Dílčí cíl 4 - Zjistit, zdali osoby zdravotně postižené vedou díky příspěvku na péči kvalitnější život.

K tomuto cíli jsme vymezili dílčí výzkumnou otázku **VO4 - Vedou osoby zdravotně postižené díky příspěvku na péči kvalitnější život?**

Očekávaným efektem v případě příspěvku na péči je dle legislativy zlepšení kvality života příjemců příspěvku (nebo i udržení stávající kvality jejich života). Zvýšení příjmu může být tedy jedním z vlivů, který může kvalitu života ovlivnit a to zejména u starších osob které již nejsou ekonomicky aktivní. Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 87 % respondentů je přesvědčeno, že jim poskytnutý příspěvek pomáhá k tomu, aby mohli vést kvalitnější život. Odpověď ne zvolilo 13 % dotázaných.

Dílčí cíl 5 – Zjistit, zda existuje souvislost mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči.

K tomuto cíli jsme vymezili výzkumnou otázku **VO5 - Jaká je souvislost mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči?**

V případě ověřování souvislosti mezi věkem zdravotně postižených osob a pobíranou výší příspěvku na péči jsme analýzou získaných dat zjistili, že byl prokázán statisticky významný vztah. Na základě výzkumu bylo potvrzeno, že osoby ve věku 61 a více let pobírají vyšší příspěvek na péči než zdravotně postižené osoby mladších věkových kategorií. S přibývajícím věkem zdravotně postižené osoby pobírají vyšší stupeň příspěvku na péči, z velké části se jedná o IV. stupeň a souvisí to zřejmě s tím, že s rostoucím věkem, přibývá zdravotních potíží.

Dílčí cíl 6 – Zjistit, zda existuje souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby.

K tomuto cíli jsme vymezili výzkumnou otázku **VO6 - Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby?**

Při ověřování souvislosti mezi pohlavím zdravotně postižených osob a četností využívání charitativní nebo pečovatelské služby bylo analýzou získaných dat zjištěno, že nebyl prokázán statisticky významný vztah. Naším výzkumem nebylo potvrzeno, že by ženy využívaly méně charitativní pečovatelské služby než muži. Skutečnost je ta, že mezi pohlavím a využíváním charitativní pečovatelské služby není souvislost.

Dílčí cíl 7 – Zjistit, zda existuje souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči.

K tomuto cíli jsme vymezili výzkumnou otázku **VO7 - Jaká je souvislost mezi pohlavím zdravotně postižených osob a pocitem zvýšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči?**

Na základě analýzy dat a za pomoci statistických výpočtů jsme zjistili, že mezi pohlavím a pocitem zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči existuje statisticky významný vztah. Výzkumem se potvrdilo, že muži pocítují častěji zvýšení kvality života, díky pobírání příspěvku na péči než ženy. Důvodem pro to může být i skutečnost, že ženy jsou při péči o svou osobu více soběstačné, což je možná i důsledek role ženy ve společnosti, kdy je především ona osobou, která o ostatní členy rodiny pečuje. Tato skutečnost vyplynula i z osobního zjištění sociálních pracovníků při kontaktu se zdravotně postiženými osobami při prováděných sociálních šetřeních.

Závěrem můžeme shrnout, že jsme jednotlivé dílčí cíle splnili a na základě dílčích cílů jsme si zodpověděli stanovené výzkumné otázky. Ze tří stanovených hypotéz se nám dvě potvrdily a jedna byla vyvrácena.

8 SHRNUŤÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V poslední kapitole chceme poukázat na možná doporučení pro praxi týkající se problematiky využívání příspěvku na péči a také budeme reagovat na zjištěné poznatky na základě dotazníkového šetření.

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zdali je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že pro účely ke kterým je příspěvek na péči určen jej využívá pouze 34 % respondentů. Tito respondenti uvedli, že si z příspěvku na péči hradí pečovatelskou službu, charitu či domov pro seniory anebo jej odevzdávají pečující osobě, což ukazuje na správné využití dávky. Zbytek respondentů využívá příspěvek na péči špatným způsobem a nejčastěji z něj hradí nákup zdravotnických pomůcek, jako jsou např. léky či pleny, dále v nemalé míře jej využívají na chod domácnosti, nebo si z příspěvku na péči hradí náklady na dopravu. Malá část respondentů si příspěvek na péči ukládá na vkladní knížku nebo bankovní účet. Z praxe víme, že každý žadatel o dávku příspěvku na péči je již v první fázi při podání žádosti poučen pracovníkem ÚP ČR o využívání příspěvku na péči a dále je upozorněn, aby si pečlivě v žádosti přečetl poučení, kde je opět napsáno, jak by se měla dávka využívat. Bohužel z praxe víme, že ve většině případů podává žádost rodinný příslušník anebo jiná osoba, která zřejmě nedostatečně informuje žadatele o správném využití příspěvku na péči.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření jsme se rozhodli navrhnout, že by bylo vhodné už v první fázi při podání žádosti důrazněji poučit osoby podávající žádost o příspěvek na péči, ať se jedná již o samotného žadatele, nebo jiné osoby podávající žádost za oprávněnou osobu, že příspěvek na péči musí být zcela využíván na zajištění potřebné pomoci, to znamená, že celou částku by měli dostávat poskytovatelé pomoci uvedení v žádosti. Další doporučení je pro sociální pracovníky, aby při sociálním šetření znovu zdravotně postiženým osobám a rodinným příslušníkům zopakovali správnost využívání příspěvku na péči a poučili je, co je možné z příspěvku na péči hradit a co nikoliv. Navíc doporučujeme upozornit osoby pobírající dávku, že Úřad práce České republiky má možnost kontrolovat, zda byl příspěvek na péči využíván k zajištění potřebné pomoci a zda pomoc je poskytována osobou blízkou nebo asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb. A jestliže Úřad práce České republiky zjistí při kontrolním šetření závažné nedostatky, že můžou nastat nemalé problémy. Doporučila bych, aby sociální

pracovníci vyrobili informační leták, kde by bylo přehledně napsané k čemu je příspěvek na péči určen a ten by předávali při každém kontrolním nebo sociálním šetření.

Výzkumné šetření dále prokázalo, že výše příspěvku na péči je nedostačující k zajištění potřebné pomoci. Zejména respondenti, kteří si z tohoto příspěvku hradí pečovatelskou nebo charitní službu poukazují na vysokou cenu těchto služeb, na které za ně ve velké míře musí doplácet i rodinní příslušníci. V tomhle případě se setkáváme s případy, kdy člověk žije sám a nemá žádnou rodinu a najednou se ocitne v situaci, kdy výše příspěvku je nedostačující k uhrazení nákladů spojených s péčí a ocitá se ve špatné finanční situaci. Doporučení je v tomto případě velmi těžké, bylo by nejlepší, aby každý člověk měl ušetřenou nemalou finanční rezervu, aby se do téhle situace nedostal, nebo můžeme doporučit, aby si zdravotně postižená osoba zažádala o další sociální dávky jako je např. příspěvek na bydlení nebo hmotná nouze.

Provedený výzkum nás velmi obohatil o nové poznatky a zkušenosti v dané problematice. Měli jsme možnost nahlédnout na příspěvek na péči z pohledu osoby se zdravotním postižením a ne z pohledu sociálního pracovníka. Získané informace nám podávají detailnější přehled o tom, jak je z pohledu zdravotně postižené osoby pohlíženo na dávku příspěvek na péči. Diplomová práce může svými závěry obohatit všechny, kteří působí v sociální oblasti, ale i lékaře, osoby pečující a samotné uživatele příspěvku na péči.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zdali je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. Motivem pro vznik diplomové práce, byla osobní zkušenost s negativními názory ohledně využívání příspěvku na péči. Chtěli jsme ověřit, zda jsou názory zdravotně postižených osob na špatné využívání příspěvku na péči pouze ojedinělými případy, nebo zda je využívání příspěvku skutečně neefektivní a neúčelné.

V teoretické části diplomové práce jsme se zabývali sociálními službami, kde jsme věnovali pozornost účelu a podmínkám poskytnutí sociální služby, rozebrali jsme druhy a formy poskytování sociálních služeb a zaměřili jsme se na základní lidská práva v oblasti sociálních služeb. Druhá kapitola pojednávala o příjemcích sociálních služeb, kde jsme se zaměřili na seniory a osoby se zdravotním postižením. Probrali jsme obecně stáří a stárnutí, jeho dělení a popsali jsme změny probíhající ve stáří. Následně jsme nahlédli do historie stáří a stárnutí. V neposlední řadě jsme se zaměřili na sociální služby pro seniory. Dále jsme nahlédli na osoby se zdravotním postižením, kde jsme uvedli jejich rozdělení dle druhu postižení a představili jsme sociální služby pro osoby zdravotně postižené. Ve třetí kapitole jsme se zaměřili na dávky pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na péči. Definovali jsme příspěvek na mobilitu, průkaz osoby se zdravotním postižením a příspěvek na zvláštní pomůcku. Velkou část naší diplomové práci jsme věnovali příspěvku na péči. Vymezili jsme legislativu příspěvku na péči, popsali řízení o přiznání příspěvku na péči a proces vydání rozhodnutí. Zaměřili jsme se také na práci sociálního pracovníka a průběh sociálního šetření. Závěrem jsme se věnovali efektivitě využívání příspěvku na péči a kontrole využívání příspěvku na péči.

V praktické části diplomové práce jsme si stanovili za cíl zjistit, zda je příspěvek na péči využíván efektivně a účelně. Dalším cílem bylo ověření stanovených hypotéz na základě statistického testu nezávislosti chí-kvadrát. Jako výzkumný vzorek jsme zvolili příjemce příspěvku na péči v regionu Kroměříž, Zlínský kraj. Jednalo se zejména o zdravotně postižené osoby a seniory, kterým je vyplácen příspěvek na péči.

Výsledky výzkumu nám poukázaly na to, že pro účely ke kterým je příspěvek na péči určen jej využívá pouze 34 % respondentů. Tito respondenti uvedli, že si z příspěvku na péči hradí pečovatelskou službu, charitu či domov pro seniory anebo jej odevzdávají pečující osobě, což ukazuje na správné využití dávky. Zbytek respondentů 66 % využívá

příspěvek na péči špatným způsobem a nejčastěji z něj hradí nákup zdravotnických pomůcek, jako jsou např. léky či pleny, dále v nemalé míře jej využívají na chod domácnosti, nebo si z příspěvku na péči hradí náklady na dopravu, jedná se tedy o neefektivní využívání příspěvku na péči. Jak vyplynulo z výzkumu, je zapotřebí stále co zlepšovat, a proto může naše diplomová práce přivést pracovníky v sociální oblasti k zamyšlení, jak zkvalitnit a zefektivnit oblast využívání příspěvku na péči.

Téma efektivního využívání příspěvku na péči není zcela určitě ještě vyčerpané a nabízí mnoho dalších možností pro další zkoumání a na výsledky uvedené v naší diplomové práci je možné navázat dalším výzkumem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [2] DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.
- [3] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [4] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
- [5] GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
- [6] CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.
- [7] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [9] HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001, ISBN 80-88908-80-9.
- [10] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [11] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2008. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-462-0.
- [12] KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- [13] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2008. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-462-0.

- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- [15] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [16] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [17] MICHALÍK, Jan. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: Institut Eda Robertse, 2007. ISBN 978-80-903657-2-8.
- [18] MICHALÍK, Jan. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7.
- [19] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [20] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [21] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [22] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.
- [23] VYBÍHAL, Václav. *Mzdové účetnictví 2016: praktický průvodce*. vyd. Praha: Grada, 2016. Účetnictví a daně (Grada). ISBN 978-80-271-9035-5.
- [24] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [25] VYSOKAJOVÁ, Margerita. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.

Legislativa a vnitřní předpisy

[26] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

[27] ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.

[28] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf

[29] *Sociální zabezpečení ...: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost jednotlivých orgánů : redakční uzávěrka*. Ostrava: Sagit, 2015. ÚZ. ISBN 978-80-7488-095-7

[30] *Standardy kvality sociálních služeb. 2., upr. vyd.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-86552-67-5.

[31] *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016*. Praha: MPSV, 2016. ISBN 978-80-7424-132-4.

[32] *Na problémy nejste sami*. Kroměříž: Město Kroměříž, 2014.

[33] *Informační leták ÚP ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015.

Internetové zdroje

[34] PORTAL MPSV. *Příspěvek na péči*. www.portal.mpsv.cz [online]. © 2016 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

[35] PORTAL MPSV. *Příspěvek na zvláštní pomůcku*. www.portal.mpsv.cz [online]. © 2016 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

[36] PORTAL MPSV. *Příspěvek na mobilitu*. www.portal.mpsv.cz [online]. © 2016 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

[37] PORTAL MPSV. Průkaz osoby se zdravotním postižením. www.portal.mpsv.cz [online]. © 2016 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika.

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí.

OSN Organizace spojených národů.

OSSZ Okresní správa sociálního zabezpečení.

ÚP Úřad práce.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Změny probíhající ve stáří	27
Obrázek č. 2 – Průkaz osoby se zdravotním postižením v nové podobě.....	40
Obrázek č. 3 - Součet doby přímé péče a dohledu dle stupně závislosti	55

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Kontingenční tabulka četností.....	82
Tabulka č. 2 – Tabulka hodnot pro výpočet testového kritéria χ^2	82
Tabulka č. 3 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát č. 1.....	83
Tabulka č. 4 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát č. 2.....	85

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Respondenti podle pohlaví.....	68
Graf č. 2 – Respondenti podle věku.....	69
Graf č. 3 – Získané informace o příspěvku na péči	70
Graf č. 4 – Důvod podání žádosti o příspěvek na péči	71
Graf č. 5 – Délka pobírání příspěvku na péči	72
Graf č. 6 – Využití příspěvku na péči	73
Graf č. 7 – Dostačuje výše příspěvku na péči k zajištění potřebné péče	74
Graf č. 8 – Využití sociálních služeb zaplacených z příspěvku na péči	75
Graf č. 9 – Dostačuje výše příspěvku na péči k zajištění pečovatelské služby či charity	76
Graf č. 10 – Větší možnost zajištění péče po přiznání příspěvku na péči	77
Graf č. 11 – Poskytovatel péče před přiznáním příspěvku na péči	78
Graf č. 12 – Ochota zaplatit si potřebnou péči před pobíráním dávky příspěvku na péči	79
Graf č. 13 - Pocit kvalitnějšího života po pobírání příspěvku na péči.....	80

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Ceník úhrad charitní pečovatelské služby

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Žaneta Pospíšilová a jsem studentkou 2. ročníku Sociální pedagogiky magisterského studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám diplomovou práci na téma **Efektivita využívání příspěvku na péči ve Zlínském kraji** a ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Údaje získané z dotazníku budou použity pouze pro potřeby mé diplomové práce.

Pokyny pro vyplnění - pokud není uvedeno jinak, vyberte pouze jednu odpověď.

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Žaneta Pospíšilová

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2) Do jaké věkové kategorie spadáte?

- a) 1-18 let
- b) 19-40 let
- c) 41-60 let
- d) 61 a více let

3) V jakém stupni pobíráte příspěvek na péči?

- a) I. stupeň 880,- Kč dítě 3.300,- Kč
- b) II. stupeň 4.400,- Kč dítě 6.600,- Kč
- c) III. stupeň 8.800,- Kč dítě 9.900,- Kč
- d) IV. stupeň 13.200,- Kč dítě 13.200,- Kč

4) Odkud jste se o příspěvku na péči dozvěděli?

- a) od rodiny či přátel
- b) od lékaře
- c) z televize, tisku
- d) z internetu

5) Co Vás přimělo podat si žádost o příspěvek na péči?

- a) špatný zdravotní stav
- b) nedostatek financí
- c) žádají si všichni okolo mě
- d) nátlak rodinných příslušníků

6) Kdo Vám poskytuje potřebnou pomoc?

- a) rodinní příslušníci
- b) asistent sociální péče (jiná fyzická osoba)
- c) pečovatelská služba
- d) domov pro seniory, domov pro osoby zdravotně postižené

7) Jak dlouho pobíráte příspěvek na péči?

- a) méně než rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-5 let
- d) 6 a více let

8) Jak využíváte příspěvek na péči?

- a) odevzdávám jej pečující osobě
- b) kupuji za něj zdravotnické pomůcky (léky, pleny)
- c) využívám jej na chod domácnosti
- d) náklady na dopravu (jízdné, pohonné hmoty)
- e) ukládám jej na účet, vkladní knížku
- f) platím z něj pečovatelskou službu, domov pro seniory, domov pro zdr. postižené

9) Považujete výši příspěvku na péči za dostačující k zajištění potřebné péče/pomoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

10) Využíváte příspěvek na péči k zaplacení sociálních služeb nebo jiných služeb?

- a) pečovatelská služba, charita
- b) domov pro seniory, domov pro osoby zdravotně postižené
- c) ne, nevyžívám pouze pro rodinné příslušníky

11) V případě, že Vám péči zajišťuje pečovatelská služba či charita, stačí Vám příspěvek na péči k uhrazení výdajů?

- a) ano, stačí mi příspěvek
- b) ne nestačí mi příspěvek, musím doplácet
- c) tyto služby nevyžívám

12) Domníváte se, že po přiznání příspěvku na péči máte větší možnost, jak si potřebnou pomoc zajistit?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

13) Poskytoval Vám někdo péči i před přiznáním příspěvku na péči?

- a) ano, rodina
- b) ano, přátelé
- c) nikdo mi péči neposkytoval

14) Pokud jste potřebovali potřebnou péči před pobíráním dávky příspěvku na péči, byli jste ochotni si službu zaplatit?

- a) ano
- b) ne
- c) nepotřeboval jsem péči

15) Myslíte si, že vedete díky příspěvku na péči kvalitnější život?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

PŘÍLOHA P II: CENÍK ÚHRAD CHARITNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY



CHARITNÍ PEČOVATELSKÁ SLUŽBA
 Malý Val 1552, 767 01 Kroměříž
 Tel: 573 333 405
 Mob: 731 462 662
 E-mail: pecovatelska.sluzba@kromeriz.charita.cz
 www.charitni-pecovatelska-sluzba8.webnode.cz



Oblastní charita Kroměříž
 Ztracená 63, 767 01 Kroměříž
 Č.ú. 726043691/0100 KB Kroměříž
 IČ 18189750
 Tel: 573 343 648
 www.kromeriz.charita.cz

CENÍK ÚHRAD CHARITNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY s účinností od 1. 5. 2014

ZÁKLADNÍ ČINNOSTI	ÚHRADA	
1. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:		
Pomoc a podpora při podávání jídla a pití	120,- Kč	za hodinu
Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	120,- Kč	
Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	120,- Kč	
Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	120,- Kč	
2. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:		
Pomoc při úkonech osobní hygieny	120,- Kč	za hodinu
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	120,- Kč	
Pomoc při použití WC	120,- Kč	
3. Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:		
Dovoz nebo donáška jídla	25,- Kč	za úkon
Pomoc při přípravě jídla a pití	120,- Kč	za hodinu
Příprava a podání jídla a pití	120,- Kč	
4. Pomoc při zajištění chodu domácnosti:		
Běžný úklid a údržba domácnosti	120,- Kč	za hodinu
Pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti	130,- Kč	
Donáška vody	120,- Kč	
Topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení	130,- Kč	
Běžné nákupy a pochůzky	120,- Kč	
Velký nákup, např. týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti	115,- Kč	za úkon
Praní a žehlení ložního prádla, popř. jeho drobné opravy	70,- Kč	za kg
Praní a žehlení osobního prádla, popř. jeho drobné opravy	70,- Kč	
5. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:		
Doprovázení do školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na úřady, instituce a zpět	130,- Kč	za hodinu

➤ Úhrada za úkony je stanovena včetně času nezbytného k jejich zajištění dle vyhlášky 389/2013 Sb., kterou se mění prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. k Zákonu o sociálních službách.

➤ Výše úhrady se vypočítává podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů zaokrouhleného na 5 minut.

FAKULTATIVNÍ SLUŽBY	ÚHRADA	
Nácvik pohybových dovedností	170,- Kč	za hodinu
Dohled nad dospělým občanem	150,- Kč	za hodinu
Pronájem termo jídelnosiče	40,- Kč	za měsíc
Použití pomůcky ve vybavení poskytovatele (zvedák do vany, sedačka na vanu, bazének na mytí vlasů atd.)	30,- Kč	za 1 použití
Vytisknutí jídelníčku	2,- Kč	za 1 výtisk
Jednorázové zapůjčení jídelnosiče	10,- Kč	za úkon
Umytí znečištěného jídelnosiče	10,- Kč	
Převoz kompenzačních pomůcek	50,- Kč	za převoz
Telefonní hovor	5,- Kč	za minutu
Mimořádný výjezd k uživateli	10,- Kč	za km

➤ Fakultativní úkony nelze poskytovat samostatně bez pravidelného čerpání základních činností.

SANKCE	ÚHRADA
Neodhlášená návštěva – zjištěná nepřítomnost uživatele až při návštěvě nebo odmítnutí na místě	polovina plánovaného času

Ve večerních hodinách, v sobotu, neděli a o svátcích zajišťujeme pomoc při úkonech osobní hygieny a pomoc a podporu při podávání jídla a pití dle provozních možností i mimo provozní dobu služby.

Tato změny nabývá účinnosti dnem: 1. 5. 2014

Vedoucí Charitní pečovatelské služby: Mgr. Romana Hejdová

Tel.: 573 333 405, mob.: 731 462 662

E-mail: pecovatelska.sluzba@kromeriz.charita.cz

Schválil statutární zástupce Oblastní charity Kroměříž: Mgr. Anna Valachová, DiS., ředitelka.