

Bakalářská práce

2009

Jaroslava Danielová, DiS.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**Příspěvek na péči
a dávky sociální péče pro osoby
se zdravotním postižením**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Jaroslava Danielová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

2009

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

1. července 2009

.....

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky, za její čas, trpělivost a ochotu při řešení problémů vzniklých při zpracování daného tématu.

OBSAH

ÚVOD	6
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	8
1.1 Kalendářní (chronologické) stáří.....	9
1.2 Biologické stárnutí.....	9
1.3 Psychické stárnutí.....	10
1.4 Sociální stáří.....	10
2 POSTIŽENÍ	12
2.1 Mentální postižení.....	12
2.2 Zrakové postižení.....	13
2.3 Postižení sluchu.....	14
2.4 Postižení řeči a jazyka.....	16
2.5 Tělesné postižení.....	17
2.6 Základní formy péče o zdravotně postižené.....	20
2.7 Systém pomoci osobám se zdravotním postižením.....	21
3 ZÁKONY A VYHLÁŠKY ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	28
3.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	28
3.2 Vyhláška 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.....	31
4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	39
4.1 Cíl práce.....	39
4.2 Metodika šetření - metody a techniky sběru dat.....	39
4.2.1 Výzkumný soubor.....	40
4.2.2 Charakteristika zkoumaného souboru – příspěvek na péči.....	40

4.2.3	Charakteristika zkoumaného souboru – mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany.....	46
4.2.4	Charakteristika zkoumaného souboru – statistiky Městského úřadu v Táboře.....	48
5	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	56
6	ZÁVĚR.....	58
	Seznam literatury.....	59
	Seznam příloh.....	61
	Abstrakt.....	73
	Abstract.....	74

Úvod

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila téma Příspěvek na péči. Toto téma je mi velmi blízké, vzhledem k tomu, že pracuji jako odborný pracovník péče o zdravotně postižené a příspěvek na péči vyplácím. V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a zavedením příspěvku na péči byly zrušeny dávky poskytované za obdobným účelem před 1. 1. 2007. Od 1. 1. 2007 bylo zrušeno zvýšení důchodu pro bezmocnost poskytované podle zákona č. 100/1988 Sb. O sociálním zabezpečení, poživatelům důchodů z důchodového pojištění. Dále byl od 1. 1. 2007 zrušen příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu poskytovaný rovněž podle zákona o sociálním zabezpečení osobám pečujícím o bezmocnou osobu nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči. Výplata této dávky, která byla přiznána před 1. 1. 2007, byla zastavena v kalendářním měsíci, od kterého náležel osobě, které je poskytována péče, příspěvek na péči.

Ve své bakalářské práci bych se chtěla zabývat lidmi, kteří pobírají příspěvek na péči, chtěla bych zjistit, zda je více mužů či žen, kteří pobírají příspěvek na péči, jaký je jim přiznán stupeň závislosti, kdo o ně pečuje (zda rodina nebo je příspěvek na péči poskytován zařízením sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením atd.).

Jelikož jsem ke konci roku 2009 začala vyplácet dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, rozhodla jsem se, že mou bakalářskou práci rozšířím i o tyto dávky, které řeší vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

Práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a praktické. V teoretické části se snažím nastínit, kdo by mohl mít nárok na přiznání příspěvku na péči i na ostatní dávky pro občany těžce zdravotně postižené. Vymezuji pojmy stáří, druhy postižení a dále se snažím nastínit systém pomoci osobám se zdravotním postižením, zabývám se i ucelenou rehabilitací, kde nejvýznamnějším

prostředkem sociální rehabilitace jsou sociální služby. V praktické části zjišťuji, kolik občanů pobírá příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, do jakého stupně závislosti jsou zařazeni, jaký mají stupeň průkazu mimořádných výhod, dále zda je více mužů či žen, v jakém věku nejvíce občanů pobírá příspěvek na péči a mimořádné výhody, zda bydlí ve městě, na vsi, v ústavním zařízení nebo v domě s pečovatelskou službou, dále kdo poskytuje potřebnou péči.

Výzkumná část příspěvku na péči se skládá z pěti uzavřených otázek, kde odpovídali příjemci příspěvku na péči, respondentů zde bylo 347. Výzkumná část mimořádných výhod se skládá ze čtyř uzavřených otázek, kde byli dotazováni držitelé průkazu mimořádných výhod, zde bylo 2.466 respondentů. Dále jsem se zabývala statistikami Městského úřadu v Táboře, kde jsem zjišťovala, kolik bylo vyplaceno klientů pobírajících příspěvek na péči za rok 2009 a kolik bylo vyplaceno klientů u dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením za rok 2009. Budu si moci ověřit, zda lidé pobírající příspěvek na péči a občané, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, bydlí nejčastěji doma ve svém přirozeném prostředí a zda je více mužů či žen, kteří potřebují pomoc jiné osoby z důvodu nepříznivého zdravotního stavu.

V práci se nachází celá řada odkazů na literaturu. Stěžejní se pro mne stala literatura zabývající se tématem sociální práce a vývojová psychologie, zejména jsem využila práce Matouška O. a Vágnerové M.

1 Stárnutí a stáří

Stáří je obecným označením pozdní fázi ontogeneze přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami a je spojeno s řadou významných sociálních změn.¹

Je to věkové období začínající v současné západní kultuře v 60- 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80 let je zdravá a soběstačná. V roce 2005 žilo v ČR 1 445 219 osob ve věku nad 65 let. Z tohoto počtu bylo 219 814 osob nad 90 let 5 312 osob nad 95 let. V roce 2004 bylo v ČR 524 osob stoletých.²

Populace v ČR stárne. Na začátku roku 2008 přerostl počet seniorů pobírajících důchod dva miliony. A i přes tento fakt si česká společnost dostatečně neuvědomuje, že odchodem do důchodu život nekončí.³

Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek. Individuální kompetence jsou totiž vždy významnější než fyzický věk. Počet starých lidí v populaci vyspělých zemích (včetně ČR) stoupá, proto stoupají i nároky na ekonomické a lidské kapacity, jež by jim zabezpečily přiměřenou úroveň péče. Ve vyspělých zemích je téměř polovina prostředků vynakládaných na sociální péči adresována starým lidem, kteří jsou největší podskupinou klientů sociálních a zdravotnických služeb.⁴

Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné. Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stáří obyvatelstva je výsledkem procesu demografického stárnutí. Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň

¹ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, s. 18.

² KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 167.

³ SOCIÁLNÍ PÉČE. *Odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, s. 26.

⁴ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 226.

individuální (stárne konkrétní jedinec). Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce jednotlivé orgány nestárnou synchronně. Proto se setkáváme s četnými individuálními rozdíly. Ani věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému. Můžeme rozeznávat stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální apod.⁵

1.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Je vymezeno dosažením určitého, stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se i demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti, tím vyšší hranice stáří.⁶

Dle světové zdravotnické organizace dělíme následující věkové rozmezí :

60 - 74 rané stáří, vyšší (starší) věk – rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.⁷

75 – 89 vlastní stáří, senium – období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. Dověšením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci (např. umístění do institucionální péče). Z lidí, kteří překročí 60. rok, se dožije 80 let jen 18,1 % žen a 11,2 % mužů – statistická ročenka 2005.

90 a více let dlouhověkost.⁸

1.2 Biologické stárnutí

Víme, že s nastupujícím věkem se snižuje výměna látková, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin atd. Pro organismus starého člověka je charakteristický úbytek některých tkání a struktur. Morfologické změny vedou k funkčním poruchám, především ke snížení výkonnosti a hlavně k poruše

⁵ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologi*, s. 11.

⁶ MÜHLPACHR, P.; STANIČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*, s. 10.

⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. dospělost a stáří*, s. 299.

⁸ *Tamtéž*, s. 398.

adaptace na zátěž.

Starý člověk se snáze unaví a jeho uklidnění po námaze trvá déle. Snížena je také odolnost vůči infekcím, i reakce na léky. Všechny tyto morfologické a funkční změny určují vzhled a chování stárnoucího člověka.⁹

1.3 Psychické stárnutí

Psychické stárnutí se projevuje zpomalením psychických funkcí, snižováním kvality percepce, zhoršováním pozornosti a paměti. V průběhu stárnutí dochází i k nerovnoměrnému úbytku rozumových schopností, největší pokles je zřejmý v oblasti fluidní inteligence, zatímco naučené funkce přetrvávají déle. Pro staršího člověka je důležitá míra jeho kognitivní reserve, která se projevuje odoláváním různým potížím a jejich zvládnutím. Změny kognitivních funkcí nejsou jenom biologicky podmíněné, ale mohou je ovlivnit i psychosociální faktory.¹⁰

Podle Dragarové se psychické stárnutí projevuje změnou osobnostních rysů, snížením poznávacích schopností, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením paměti, nižší koncentrací pozornosti, stálostí v názorech, moudrostí, rozvahou, a tolerancí.¹¹

1.4 Sociální stáří

„Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“¹²

Některé dokumenty rozdělují sociální věk ještě podle užitečnosti člověka pro společnost, na věk produktivní a postproduktivní, později přibývá i věk závislosti.

⁹ JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*, s. 7.

¹⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. dospělost a stáří* s. 333.

¹¹ Srov. DRAGAROVÁ, H. et al. *Sociální starostlivost*, s. 122.

¹² MÜHLPACHR, P.; STANIČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogii*, s. 9.

Existují pohledy, které zabíjejí – starý člověk je „hotová“, zbytečná bytost nebo osoba, která ztratila svou důstojnost, kterou by bylo třeba schovat. Existují také pohledy, které umožňují žít – i ten nejslabší člověk je plnoprávnou lidskou bytostí, kterou respektujeme, ať už je její stav jakýkoliv. Ve skutečnosti je život mnohem složitější a spletitější. Tak je tomu i se stářím. Není možné, abychom neviděli problémy těžko snesitelné, které s ním souvisejí. Zásadním vkladem však je uvědomovat si také pozitivní aspekty stáří. Nejdůležitější je snažit se na člověka dívat pozitivně, i když, a hlavně když je postižen různými trápeními.¹³

Pro různé kultury platí odlišné hodnoty spojované se staršími lidmi. V některých zemích jsou spojováni s věděním a moudrostí (např. v rozvojových zemích s nízkým počtem starých lidí, s omezenou vzdělaností a s omezeným šířením informací; v těchto oblastech existuje přísloví: „když zemře starý člověk, jakoby shořela knihovna“. V takovýchto společnostech se senioři těší spíše vyššímu společenskému statutu a sehrávají významné role např. při výchově dětí a poskytování rodinného poradenství. V mnohých západních společnostech tyto tradiční hodnoty erodovaly, což způsobilo ztrátu vážnosti seniorů a jejich rostoucí společenskou izolaci. Obecné vnímání seniorů a míra jejich společenského významu jsou smíšené. Na jedné straně jsou starší lidé považováni za zdroj hodnotového poznání, žité zkušenosti a podpory. Na druhé straně jsou ve společnosti přehlíženi. Zdá se, že jde o výsledek změny rodinných a sociálních norem, životního způsobu a působení moderních médií.¹⁴

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím nejdůležitějším se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po onemocnění či po operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se

¹³ **PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I.** *Soužití se staršími lidmi*. s. 20.

¹⁴ **KALVACH, Z.** *Respektování lidské důstojnosti*, s. 24-25.

velmi různí. Někteří senioři nepotřebují žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.¹⁵

2 Postižení

Zdravotní postižení, je dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Hlavními běžně užívanými kategoriemi zdravotního postižení jsou: postižení mentální, postižení zraku, postižení sluchu, poruchy řeči/komunikace, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou. U jednotlivého člověka se mohou vyskytovat v různých stupních a v různých kombinacích.¹⁶

2.1 Mentální postižení

Neboli mentální retardace je definována jako významně podprůměrné obecně intelektuální fungování ($IQ < 75$) souběžně se souvisejícím omezením dvou nebo více z následujících využitelných oblastí adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha, život doma, sociální dovednosti, užitečnost v komunitě, rozhodování o sobě, zdraví a bezpečí, funkční vzdělavatelnost, volný čas a práce. Lidé s mentálním postižením vykazují určitou škálu neobvyklého chování např. agrese, destruktivita, sebezraňování, stereotypie a řada dalších druhů chování, které může být škodlivé pro člověka s postižením (např. polykání nestravitelných předmětů), problémové pro pečovatele a ošetřující personál (např. neochota, vytrvalý křik, poruchy spánku, hyperaktivita) nebo nepříjemné pro okolí (např. zvracení jídla, pomazávání těla výkaly).¹⁷

¹⁵ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematiké situace v péči o seniory*, s. 91.

¹⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 271.

¹⁷ Srov. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 12-13.

Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou nastat případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů.¹⁸

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální retardace se dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.¹⁹

2.2 Zrakové postižení

Závažné zrakové postižení vytváří situaci senzorické, resp. informační deprivace. Jedinec se zrakovým postižením nemůže snadno a přesně vnímat všechny vizuální informace, resp. pro něho tato dimenze vnějšího světa vůbec neexistuje.²⁰

Zrakově postižení lidé tvoří heterogenní skupinu, porucha jejich zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, může vzniknout v různém období a je spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení. Celkově je v české populaci kolem 0,3 % nevidomých a 0,8 – 1 % závažně zrakově postižených (Kocur, 2002). Děti trpících tímto postižením je v populaci přibližně 0,04 % (Graham a kol., 1999). V pozdní dospělosti, resp. v období stáří jejich četnost významně stoupá, zrakové potíže má 4,4 % lidí nad 60 let (Zlámalová a kol., 2001).²¹

Veškeré terapeutické metody slouží k co nejefektivnější kompenzaci chybějících zrakových funkcí k podpoře přijatelného rozvoje, resp. Uplatnění takto postižených lidí, ale i k posílení jejich sebevědomí a sebeúcty.

Léčba základního onemocnění, resp. volba kompenzačních pomůcek. Nejběžnější kompenzační pomůckou jsou brýle, které musí odpovídat závažnosti

¹⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 29.

¹⁹ *Srov. Tamtéž*, s. 29 a 33.

²⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 195.

²¹ *Tamtéž*, s. 195.

i typu postižení. Mohou to být i různé speciální optické pomůcky např. turmon. Dále to jsou elektronické přístroje, které pomáhají přiměřeným způsobem zvětšit běžný text, např. televizní lupa, nebo různě upravené počítače (např. se zvukovým výstupem nebo s braillovým řádkem), digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem atd. Nevidomí potřebují také speciální Pichtův psací stroj, kterým lze psát v Braillově písmu.

Práce s rodinou je velmi důležitá, zejména v období zjištění, resp. vzniku postižení, protože pomoc potřebuje i rodina s těžce zrakově postiženým, dítětem i dospělým. Užitečné jsou svépomocné aktivity zrakově postižených, resp. rodičů těchto dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i v poskytnutí užitečných informací a zkušeností.

Speciálněpedagogická péče pomáhá rozvoji, resp. zachování všech funkcí, které jsou zrakovým postižením omezeny. V raném věku učí rodiče pracovat s jejich dítětem odborníci centra rané péče, ve školním věku poskytují potřebnou pomoc speciálněpedagogická centra a speciální školy pro zrakově postižené. Výuka v těchto školách využívá různých kompenzačních metod, vyučuje se zde i Braillovo písmo, které je určeno pro hmatové vnímání a jehož základem je kombinace šesti bodů. Pomoc poskytují i centra pro zrakově postižené studenty na vysokých školách, která jim připravují různé studijní materiály a umožňují jim tak dosáhnout vysokoškolského vzdělání.

Socioterapie pomáhá při začleňování zrakově postiženého člověka do společnosti – při hledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci, nácviku orientace s bílou holí, resp. s pomocí vodícího psa, domácích a sebeobslužných činností apod.²²

2.3 Postižení sluchu

Těžké sluchové postižení vede k podnětové deprivaci, k omezení nebo k úplnému chybění zvukových podnětů a s tím souvisejícímu zúžení variability

²² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 207 - 209.

zkušeností, resp. narušení rozvoje některých kompetencí. Těžce sluchově postižený jedinec není omezen jen v oblasti vnímání řeči, ale chybí mu i sluchová orientace v prostředí, v prostoru, který je mimo jeho zrakové zorné pole.

V České republice je zhruba půl milionu nedoslýchavých a neslyšících (tj. asi 5 % populace). Většinu tvoří starší lidé, jejich sluch se zhoršil až v tomto období. Lidé s postižením sluchu tvoří heterogenní skupinu, která se liší z hlediska stupně, etiologie postižení, doby, kdy vzniklo, event. rizika kombinace s dalšími potížemi. Vrozenou nebo v dětství získanou sluchovou vadou trpí přibližně 0,15 % populace. Sluchové postižení bývá v závislosti na etiologii, často kombinováno s další vadou (v 11 – 40 % případech) (Vymlátilová, 1997; Hrubý, 1999).²³

Veškeré terapeutické metody slouží k co nejefektivnější kompenzaci chybějících sluchových funkcí a k podpoře přijatelného rozvoje, resp. uplatnění lidí s tímto postižením:

Léčba a volba kompenzačních pomůcek. Nejběžnější kompenzační pomůckou jsou sluchadla různého typu, která musí odpovídat míře i typu postižení a musí být seřizena podle potřeby postiženého. Další možností je kochleární implantát, jenž umožňuje přijímat zvukové podněty pomocí mikroelektronického zařízení. Je vhodný pro později ohluchlé, kteří mají zachovanou řeč a dovedou se na tento náhradní způsob snadněji adaptovat. Prelingválně postiženým dětem mohou kochleární implantáty účinněji pomoci jen tehdy, když je získají před druhým rokem života. Pokud není sluchové centrum v mozku stimulováno, postupně dochází k jeho atrofii a už není schopné na tyto podněty reagovat. Dítě s kochleárním implantátem se musí naučit vnímat a diferencovat jednotlivé zvuky, což není snadné (Hrubý, 1999).

Práce s rodinou je velmi důležitá, protože pomoc potřebuje i rodina s těžce sluchově postiženým dítětem. Užitečné jsou svépomocné skupiny rodičů dětí s tímto handicapem, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře skupiny, pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy také v možnosti získat užitečné informace a zkušenosti.

²³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 211 - 212.

Speciálněpedagogická péče se uplatňuje na několika úrovních. V raném věku pomáhají rodičům pracovat s dítětem centra rané péče, ve školním věku jsou to speciálněpedagogická centra a speciální školy pro sluchově postižené. Výuka v těchto školách obvykle využívá znakový i český jazyk, především při výuce čtení a psaní. Její významnou složkou je logopedická terapie, která komplexním způsobem pomáhá v rozvoji řečových dovedností. Důležitá je i mimoškolní činnost, podporující např. sportovní aktivity sluchově postižených dětí.

Socioterapie pomáhá při začleňování sluchově postiženého člověka do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání či rekvalifikaci.²⁴

2.4 Postižení řeči a jazyka

Jazyk lze chápat jako kognitivní a komunikační kód, který využívá určité symboly k označování, vyjadřování a sdělování. Řeč, mluvená či psaná, je konkrétní jazykovou dovedností. Rozvoj řečových a jazykových kompetencí, i jejich užívání, je závislý na interakci vrozených dispozic a přiměřeně kvalitní stimulace. V dospělosti jej značně ovlivní styl života, v němž mají tyto schopnosti a dovednosti určitý význam.²⁵

Postižení různých řečových a jazykových funkcí negativně ovlivní schopnost přiměřené komunikace, ale může zatížit i rozvoj kognitivních schopností, resp. jejich uplatnění. Tyto poruchy mohou mít různou příčinu, mohou vzniknout v různém období života jedince a v závislosti na tom mohou poškodit rozdílné psychosociální funkce. Lze diferencovat postižení primární a sekundární, tj. symptomatické, které je pouze jedním z příznaků jiné choroby. Může jít o vývojové poruchy řeči, jež postihují rozvoj jazykových a řečových funkcí od jeho počátku, nebo získané v důsledku choroby či úrazu v jakémkoli pozdějším věku.²⁶

Veškeré terapeutické metody jsou zaměřeny na podporu přijatelného rozvoje řečových, resp. jazykových dovedností, především komunikace, ale někdy i na změnu postojem vlastním problémům.

²⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 229 - 230.

²⁵ *Tamtéž*, s. 230.

²⁶ *Tamtéž*, s. 233 - 241.

Farmakologická léčba. Medikace může být účelná, pokud je řečová porucha spojená s jiným postižením či onemocněním, event. pokud je třeba snížit úzkost apod.

Specifická neuropsychologická rehabilitace a stimulační programy, které pomáhají rozvíjet různé dílčí kompetence.

Psychoterapeutická péče. Je indikována u starších, tj. školních dětí, event. dospělých, u nichž narušení řeči vede k problémům ve školní práci či v kontaktu s vrstevníky, v navazování různých vztahů a v jejich začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, relaxační techniky, skupinová psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na eliminace strachu z řeči a na změnu postoje k vlastním potížím.

Terapeutická práce s rodinou je velmi důležitá, protože pomoc potřebuje i rodina s takto postiženým dítětem. Rodiče se musí naučit porozumět podstatě jeho postižení i vhodným způsobům výchovného vedení dítěte.

Logopedická péče. Práce logopeda není zaměřena jen na úpravu výslovnosti, resp. plynulosti řeči, ale na celkový rozvoj komunikace a na využití aktuálních verbálních i neverbálních kompetencí.

Socioterapie. Člověk s poruchou řeči může potřebovat pomoc při začleňování do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání. V dětském věku je důležitá i mimoškolní činnost, která by mohla kompenzovat školní stres vyplývající z potíží vyjadřování, event. i porozumění.²⁷

2.5 Tělesné postižení

Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky tělesného postižení lze diferencovat:

- **pohybový defekt**, tj. funkční handicap;
- **tělesná deformace**, tj. estetický handicap.

²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 248 – 249.

Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech, je zábranou pro získání mnoha zkušeností a s tím souvisejícím omezením socializace, resp. sociální adaptace. Významným faktorem, ovlivňujícím i psychický vývoj pohybově postiženého jedince, je rozsah a závažnost pohybového postižení. Důležitá je míra soběstačnosti a nezávislosti, která je vázána na zachování přijatelné pohybové funkce horních i dolních končetin. Pohybové postižení bývá spojeno s estetickým handicapem, s tělesnou deformací, která rovněž představuje určitou, především psychosociální zátěž.

- **Hybnost dolních končetin** je důležitá pro samostatnou lokomoci, která umožňuje odpoutání ze závislosti na jiných lidech. Je také prostředkem k získání mnoha poznatků a zkušeností, předpokladem účelné orientace v prostředí.
- **Hybnost horních končetin** je významná pro sebeobsahu a pro aktivní kontakt s prostředím, mimo jiné i pro vyjádření citového vztahu s blízkým člověkem. Manuální zručnost je potřebná pro jakoukoli pracovní aktivitu. Postižení motoriky rukou rovněž znemožňuje osamostatnění.
- **Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost** jsou důležité pro rozvoj komunikace – verbální i neverbální. Pohybové postižení tohoto typu významně ovlivňuje sociální uplatnění člověka, jeho pozici ve společnosti, akceptaci ostatními lidmi a v závislosti na tom i jeho sebehodnocení.²⁸

Pohybové postižení je velmi častým problémem, zejména starších lidí. Nárůst takto handicapovaných jedinců je s přibývajícím věkem značný. Ve věku nad 60 let trpí nemocemi pohybového ústrojí 41,8 % seniorů. V dětství je mnohem vzácnější a postihuje méně než 1 % dětí (Graham a kol., 1999; Zavázalová a kol., 2001).²⁹

Pohybové postižení může mít různé příčiny, na nichž závisí charakter omezení, event. i pravděpodobnosti kombinace s dalšími potížemi (Káš, 1997; Beers a Berkow, 1999; Komárek a kol., 2000; Mumenthaler a Mattle, 2001):

²⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 251 – 252.

²⁹ *Tamtéž*, s. 252.

- **Pohybové postižení je důsledkem poruch v oblasti mozku a míchy.** Může vzniknout v důsledku geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatálního či perinatálního poškození (např. DMO a rozštěp páteře) nebo jako následek různých chorob a úrazů (roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova choroba, degenerativní onemocnění míchy, nádorová onemocnění apod.). Pokud pohybová vada vznikne jako projev organického postižení CNS, často se projeví i narušením psychických funkcí, např. mentální retardací, demencí, poruchou aktivity pozornosti typu ADHD.
- **Pohybové postižení je důsledkem poruchy kostí a kloubů.** Může jít o vrozenou poruchu nebo později vzniklá onemocnění. Obvykle se jedná o poruchu růstu kostí nebo takové poškození struktury kostní tkáně, které brání standardní funkci opěrného aparátu, a tudíž i pohybu. Zánětlivá onemocnění (artritis), resp. mechanická poškození kloubů mají rovněž za následek omezení pohybu. Postižení pohybového aparátu může být pouze mechanické, může být důsledkem chybění končetiny nebo její části (např. amputace).
- **Pohybové postižení je důsledkem poruchy svalstva.** Tyto poruchy se projevují zhoršením funkcí svalové tkáně, nebo dokonce jejich úbytkem.³⁰

Veškeré terapeutické metody jsou zaměřeny na podporu přijatelného rozvoje pohybových kompetencí, ale někdy i na změnu postoje k vlastním problémům.

- **Medicínská léčba.** Může být důležitá pro zlepšení, resp. udržení přijatelného stavu, v závislosti na typu postižení.
- **Rehabilitační péče.** Různé formy fyzioterapie slouží k dosažení maximálně možného stupně hybnosti, resp. k uchování stávajícího stavu, pokud by existovalo riziko jeho zhoršení.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profesie*, s. 252.

- **Kompenzační pomůcky** (např. berle, vozík, chodítka) umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti, dále schodolez, schodišťová plošina, schodišťová sedačka...
- **Psychoterapeutická péče.** Je indikována u starších dětí a dospělých, kteří mají v důsledku svého postižení problémy v kontaktu s ostatními lidmi, v navazování vztahů a ve svém začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na změnu postoje k vlastním potížím.
- **Terapeutická práce s rodinou** je velmi důležitá – pomoc potřebují i ostatní členové rodiny, protože zvládnutí této situace není snadné ani pro ně. Užitečné mohou být svépomocné skupiny rodičů nebo partnerů tělesně postižených, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, sdílení obdobných problémů, mnohdy i v získání užitečných informací a zkušeností.
- **Socioterapie.** Člověk s poruchou hybnosti může potřebovat pomoc při hledání bezbariérového bydlení, vhodné zaměstnání apod. V dětském věku je důležitá mimoškolní činnost – podpora různých dostupných aktivit těchto dětí, letních táborů apod.³¹

2.6 Základní formy péče o zdravotně postižené

Státní péče prostřednictvím resortu práce a sociálních věcí připravuje a zpracovává koncepci péče o invalidní občany, zabezpečuje otázky hmotného zabezpečení, zabezpečuje specifické sociální služby.

Instituce rodiny. Rodina jako koncentrát sociálních a psychických jistot vytváří základní hmotné, sociální a výchovné podmínky pro postiženého jedince. Péče o těžce zdravotně postižené jedince je limitována rozsahem odborných znalostí, bytovými podmínkami a časovou kapacitou ostatních členů rodiny.

³¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profesie*, s. 261.

System veřejné účasti uplatňován na principu dobrovolné účasti různých organizací: Svaz zdravotně postižených, CCK a další. Posláním těchto institucí je vytváření vhodného sociálního klimatu, pracovních příležitostí, pomoc materiálně technického charakteru.

2.7 System pomoci osobám se zdravotním postižením

Velmi důležité je, aby osoby se zdravotním postižením dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou nebo sociální úroveň funkcí a byly v nejvyšší možné míře nezávislé, k tomu jim pomůže rehabilitace. Rehabilitace začíná být v současnosti chápána nikoli jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou péči. Pfeiffer (1999) k tomu uvádí: „Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy vyzývá, aby rehabilitaci chápali jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných (pedagogických) a v neposlední řadě i pracovních.“³²

Jesenský (1995) člení ucelenou rehabilitaci podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky: rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Novosad (2000) uvádí navíc rehabilitaci psychologickou a volnočasovou a jednotlivé složky charakterizuje takto:

- **Zdravotní (léčebná) rehabilitace** zahrnuje např. operační nápravu, medikamentózní léčbu, fyzioterapii (nápravný tělocvik, elektroléčbu, lázeňskou léčbu apod.).
- **Psychologická rehabilitace** usiluje např. o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu sebehodnocení a životní

³²Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 92.

orientaci postiženého. Může mít formu individuální i skupinové psychoterapie, arteterapie, tréninku psychosociálních dovedností apod.

- **Pedagogická rehabilitace** se zaměřuje na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na život a povolání, na rozvoj soběstačnosti, schopností a nadání jedince. Mezi její prostředky patří reedukace, kompenzace, vytváření individuálních plánů a jejich realizace apod.
- Úzce související **pracovní rehabilitace** se týká pracovního uplatnění jedince. Jde o profesní přípravu, průzkum trhu pracovních příležitostí a kariérové poradenství, vytváření a ochrana pracovních příležitostí apod.
- **Volnočasová rehabilitace** se zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, sebevzdělávání; může využívat metody pedagogiky zážitku prostřednictvím zooterapie apod.
- Cílem **sociální rehabilitace** je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek.³³

Při ucelené rehabilitaci jde tedy zejména o provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání nebo znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti. V tomto smyslu jde o rehabilitaci dlouhodobou, kterou je nutné odlišit od rehabilitace krátkodobé či přechodné, jejímž cílem je návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice. Rehabilitace se ovšem týká nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních stereotypů, ale také těch jedinců, kteří se narodili se zdravotním znevýhodněním, případně s ním žijí od dětství. Rehabilitace se děje v různých institucích (např. zdravotnických zařízeních, v zařízeních a ústavech sociálních služeb, speciálních školách), při práci, v rodině a v posledních letech

³³ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s 93.

stále více v rámci nestátních neziskových organizací (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti apod).³⁴

Člověk je společenská bytost. Je v rámci lidské společnosti humanizován a socializován. Totéž platí o člověku se zdravotním znevýhodněním. Velmi tedy záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímán. Sociální rehabilitace se v podstatě zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, např. zabezpečením ekonomických a dalších hmotných podmínek pro samostatný život, poskytováním asistenčních služeb v domácnosti a pomocí s výchovou dětí, zajištěním úprav bytu nebo automobilu, výcvikem pro pohyb v přirozeném prostředí. Probíhá formou socioterapie (nápravy či usměrnění vztahů jedinec-komunita a naopak, posílení sociálního statutu jedince, rodiny a minoritní skupiny); případové sociální práce apod.³⁵

Kvalita života lidí se zdravotním znevýhodněním souvisí rovněž s jejich uspokojením v rodině. Stabilita rodiny, jejíž člen je zdravotně znevýhodněný, tedy fungování všech jejích systémů a subsystémů, je považována za závažný test zralosti osobností partnerů. Zvláštní problémy nastávají v rodinách, ve kterých se narodilo dítě se zdravotním postižením – očekávání rodičů, že se narodí zdravé dítě, není naplněno, dostavuje se šok a posupně i další fáze vyrovnávání se s postižením dítěte.³⁶

Rovněž práce patří mezi základní potřeby člověka, a pokud není saturována, dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu. Se sociální rehabilitací proto úzce souvisí pracovní rehabilitace. V užším smyslu bývá ztotožňována s pracovní přípravou (tedy se získáváním vědomostí, dovedností a návyků čili s klasifikací). Širší pojetí zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním znevýhodněním, která jim umožní uplatnění na trhu práce. Jde přitom o obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního znevýhodnění sníženou nebo změněnou pracovní schopnost, nebo jsou dokonce práce

³⁴ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 93.

³⁵ *Tamtéž*, s. 93.

³⁶ *Tamtéž*, s. 94.

neschopni. Pracovní rehabilitace může mít mnoho podob – od ergoterapeutického zaměření aktivit v denních centrech (ačkoliv ergoterapie spadá spíše do oblasti zdravotní rehabilitace a nepředstavuje v pravém slova smyslu integraci do světa práce) přes rekvalifikaci až k plnohodnotnému zaměstnání člověka se zdravotním znevýhodněním v rámci chráněných dílen nebo na otevřeném trhu práce.³⁷

Sociální důsledky zdravotního postižení jsou kompenzovány formou peněžitých příspěvků a sociálních služeb. Ekonomické a další materiální podmínky pro samostatný život jsou zabezpečovány formou přiznání invalidního důchodu (pro invaliditu třetího, druhého nebo prvního stupně) a dalších finančních příspěvků podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, též příspěvků poskytovaných podle vyhlášky 182/1991 Sb. (např. jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek). Nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace jsou sociální služby. Zdravotně postiženým občanům jsou poskytovány zejména v následujících formách:³⁸

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

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

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

³⁷ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 94.

³⁸ *Tamtéž*, s. 95.

Pečovateľská služba je terénny alebo ambulatní služba poskytovaná osobám, ktoré majú snizenou sobetanost z důvodu věku, chronického onemocnení alebo zdravotního postizen, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzick osoby. Služba poskytuje ve vymezenm čase v domácnostech osob a v zaizench sociálních slub vyjmenované úkony. Tato služba mlovku umožnit setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl.

Tsnov pee je terenn služba, kterou se poskytuje nepřetrit distann hlasov a elektronick komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohroen zdrav nebo života v případě náhlého zhoren jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Prvodcovsk a předčitatelské služby jsou terenn nebo ambulatní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou snizeny z důvodu věku nebo zdravotního postizen v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobn si vyridit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány t jako souast jiných slub.

Podpora samostatného bydlení je terenn služba poskytovaná osobám, které mají snizenou sobetanost z důvodu zdravotního postizen nebo chronického onemocnení, včetně duševního onemocnení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzick osoby.

Odlehovc služby jsou terenn, ambulatní nebo pobytov služby poskytované osobám, které mají snizenou sobetanost z důvodu věku, chronického onemocnení nebo zdravotního postizen, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílům služby je umožnit pečující fyzick osobě nezbytn odpočinek.

Centra denních slub. V centrech denních slub se poskytují ambulatní služby osobám, které mají snizenou sobetanost z důvodu věku, chronického onemocnení nebo zdravotního postizen, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzick osoby. Jde o kombinaci slub poskytovaných v denním režimu v zařizení nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uivatel, stabilizace nebo posílení jejich schopností a dovedností.

Denní stacionáře. V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře. V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením. V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory. V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem. V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby,

než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulancních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.³⁹

Dále azylové domy, domy na půl cesty, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, raná péče, intervenční centra, služby následné péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, kontaktní centra, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti, terénní programy ...⁴⁰

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.⁴¹

Ve vztahu k občanům se zdravotním znevýhodněním jsou působištěm sociálních pracovníků úřady (orgány místní státní správy a místní samosprávy na úseku sociálních věcí), dále zařízení sociálních služeb, zdravotní péče či různá nestátní zařízení. Sociální služby zpravidla nepatří k výnosným obchodům, přinášejícím velký zisk. Motivem k jejich provozování bývá hlavně filantropie.⁴²

³⁹ Zákon č. 108/2006 *O sociálních službách*.

⁴⁰ *Tamtéž*.

⁴¹ *Tamtéž*.

⁴² Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s. 179.

3 Zákony a vyhlášky zabývající se problematikou zdravotního postižení

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

Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby stanovené zákonem, anebo kombinací těchto forem.⁴³

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu 7a).

Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem; pokud není osoba schopna jednat samostatně a nemá zástupce, zahajuje se řízení o příspěvku z úřední moci. Obecní úřad obce s rozšířenou působností zahájí správní řízení, sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností provede sociální šetření, a to tak, že zhodnotí celkovou sociální situaci žadatele a posoudí 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti ve smyslu toho, zdali je žadatel zvládá, zvládá s dohledem, zvládá s pomocí či nezvládá. Při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní

⁴³ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*, s. 14.

osobu a soběstačnost. Sociální pracovník tuto schopnost zjišťuje prostřednictvím hodnocení schopnosti provedení jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti, jak jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách. Při svém zjištění používá metod sociální práce, vychází především z rozhovoru s posuzovanou osobou, ale i s dalšími osobami, které například o posuzovaného pečují, vychází z pozorování prostředí, ve kterém se posuzovaný zdržuje, přihlíží i k tomu, zda osoba není schopna úkon zvládnout z důvodu evidentní nemoci nebo je schopnost zvládnutí úkonu ovlivněna spíše jinými okolnostmi než zdravotním stavem.⁴⁴

Tyto písemné podklady zašle na příslušný úřad (okresní správě sociálního zabezpečení), který vyhotoví posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.⁴⁵

Po dobu šetření okresní správy sociálního zabezpečení je správní řízení zastaveno. Poté obecní úřad obce s rozšířenou působností vydává rozhodnutí a vyplácí příspěvek. Obecní úřad obce s rozšířenou působností kontroluje, zda se příspěvek skutečně využívá k účelu, na který byl poskytnut. Nejedná se však o kontrolu příjemce příspěvku sociálních služeb, ale poskytovatele sociálních služeb, jemuž příjemce z příspěvku služby hradí.⁴⁶

Jsou čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby:

- stupeň I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

⁴⁴ Srov. **WERNEROVÁ, J.** *Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posuzování stupně závislosti*, s. 40.

⁴⁵ Srov. **CHALOUPKOVÁ, S.** *Hodnota sociálního pracovníka v procesu rozhodování o příspěvku na péči*, s. 30.

⁴⁶ **MATOUŠEK, O.** *Sociální služby*, s. 41.

- stupeň II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- stupeň III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- stupeň IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

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

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

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

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

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

příprava stravy; podávání, porcování stravy; přijímání stravy, dodržování pitného režimu; mytí těla; koupání nebo sprchování; péče o ústa, vlasy, nehty, holení; výkon fyziologické potřeby včetně hygieny; vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh; sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě; stání, schopnost vydržet stát; přemísťování předmětů denní potřeby; chůze po rovině; chůze po schodech nahoru a dolů; výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení; oblékání,

svlékání, obouvání, zouvání; orientace v přirozeném prostředí; provedení si jednoduchého ošetření; dodržování léčebného režimu.

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

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony podle odstavců 1 a 2.

3.2 Vyhláška 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P).

Zdravotní stav občana posuzuje od 1.7.2009 lékař LPS OSSZ. O posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan.

Některé výhody, které vyplývají z přiznání průkazů TP, ZTP a ZTP/P jsou uvedeny v příloze č. 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. Další úlevy a slevy jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů (např. vyšší sazba, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P – ministerstvo financí; bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování – ministerstvo dopravy apod.).

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)

Jednorázová, nenároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obcí s rozšířenou působností občanu těžce zdravotně postiženému, může být poskytnut peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Příspěvek lze poskytnout na opatření zvláštních pomůcek uvedených v příloze č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. Potřebuje-li tělesně, sluchově nebo zrakově postižený občan k překonání následků těžkého zdravotního postižení rehabilitační nebo kompenzační pomůcku, která v příloze uvedena není, může mu být poskytnut příspěvek na opatření takové pomůcky, která je s pomůckou uvedenou v příloze č. 4 srovnatelná. Srovnání provádí úřad, který o dávce rozhoduje. Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení (takové provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti). Maximální výši příspěvku určuje i příloha č. 4. Na úhradu nákladů spojených se zácvkem pro používání pomůcek uvedených v příloze č. 4 lze poskytnout příspěvek v plné výši prokázaných nákladů.

Úplně nebo prakticky nevidomým občanům lze hradit výdaje spojené s výcvikem a odevzdáním vodícího psa, a to až do výše obvyklých nákladů.

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout pouze, pokud se žadatel písemně předem zaváže, že vrátí příspěvek (jeho poměrnou část) v případě, že

- a. zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím

- b. do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře.

Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost (příloha č. 5 písm. a) až g) k vyhlášce č.182/1991 Sb.); občanům úplně nebo prakticky nevidomým; rodičům nezaopatřeného dítěte (dítě je starší 3 let a má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo je úplně nebo prakticky nevidomé); neslyšícím občanům nebo rodičům neslyšícího nezaopatřeného dítěte (pouze pro úpravu – instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace) a to na byt, který užívají k trvalému bydlení. Příspěvek na úpravu bytu se poskytne jen, pokud se žadatel zaváže písemně předem, že příspěvek (zálohu) vyúčtuje do tří let od zahájení řízení; příspěvek (jeho poměrnou část) vrátí v případě, že byt vymění, byt prodá nebo dojde-li k jiné změně užívacího nebo vlastnického práva k bytu před uplynutím deseti let od jeho poskytnutí; vrátí poměrnou část příspěvku v případě, že plánované úpravy se neuskuteční v rozsahu podle schválené dokumentace a vyplacený příspěvek přesáhl 70 % skutečně vynaložených nákladů.

Vrácení příspěvku nebo jeho poměrné části se nepožaduje, jestliže jeho výše nepřesáhla 5000 Kč nebo jestliže zemře občan nebo dítě, jehož rodiči byl poskytnut. Od vymáhání příspěvku může obecní úřad obce s rozšířenou působností ve zřetelných případech upustit.

Za úpravy bytu se považuje zejména úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknům a na balkón; úprava povrchu podlahy, ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, kuchyňské linky, popřípadě dalšího nábytku; rozšíření a úprava dveří; odstranění prahů; přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným sanitárním zařízením a lehce

ovladatelnými bateriemi; instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace; zavedení vhodného vytápění; vybudování telefonního vedení; stavební úpravy spojené s instalací výtahu.

Rozsah úprav se posoudí se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana. Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací, nejvýše 50 000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu. Příspěvek na úpravu bytu je možno poskytnout i formou zálohy (maximálně ve výši 50 % předpokládané výše příspěvku).

Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)

Jednorázová, obligatorní dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5, písmenech a) až g), který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a který není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení a je odkázán na individuální dopravu; rodiči nezaopatřeného dítěte, jde-li o dítě starší tří let a s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5 písm. a) až g) vyhlášky č.182/1991 Sb.) nebo je úplně nebo prakticky nevidomé nebo mentálně postižené a jeho mentální postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně. Podmínkou je, že rodič bude motorové vozidlo používat pro dopravu tohoto dítěte. Pokud je dítě umístěno k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení, je podmínkou pro poskytnutí příspěvku, že rodič dítě pravidelně navštěvuje. Příspěvek může být poskytnut jen jednomu z rodičů, poskytuje se na období pěti let. Tato podmínka neplatí, pokud žadatel vrátil příspěvek nebo jeho poměrnou část. Jednou v období deseti let

po sobě jdoucích lze výjimečně poskytnout příspěvek na zakoupení motorového vozidla před uplynutím pěti let ode dne vyplacení předchozího příspěvku, dojde-li k poškození, zničení nebo odcizení vozidla, na které byl příspěvek poskytnut, a je-li prokázáno, že žadatel toto poškození, zničení nebo odcizení vozidla nezavinil. V případě žádosti o příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla musí být dále prokázáno, že je taková oprava nevyhnutelná. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zakoupení motorového vozidla v případě odcizení dále je, že odcizené motorové vozidlo bylo pro případ odcizení pojištěno.

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se poskytne pouze, zaváže-li se žadatel písemně předem, že vrátí vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že motorové vozidlo, na jehož zakoupení nebo opravu příspěvek použije, přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím; motorové vozidlo přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku používáno pro jeho dopravu nebo pro dopravu dítěte; do dvou měsíců ode dne zakoupení motorového vozidla nepřestane být vlastníkem původního motorového vozidla, s výjimkou jednostopého motorového vozidla; za původní motorové vozidlo se nepovažuje motorové vozidlo, na jehož zakoupení nebo celkovou opravu je podána žádost o příspěvek; do šesti měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na zakoupení nebo opravu motorového vozidla.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevymáhá v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře do pěti let ode dne jeho vyplacení, nebo, jde-li o příspěvek vyplacený rodiči, když dítě přestalo splňovat podmínku nezaopatřenosti, ale motorové vozidlo je nadále používáno pro jeho dopravu nebo když dítě zemřelo.

Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč. Výše příspěvků se určí zejména s ohledem na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby jemu blízké, které s ním žijí v domácnosti.

Součet příspěvků na zakoupení motorového vozidla, příspěvků na celkovou opravu motorového vozidla a příspěvků na zvláštní úpravu motorového vozidla

nesmí v období deseti let po sobě jdoucích přesáhnout částku 200 000 Kč. Od vyplacených částek se při určování součtu odečítají částky, které žadatel vrátil v uvedeném období.

Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, a který bude používat toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu; který toto motorové vozidlo bude používat pro pravidelnou dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, nebo III. stupně, nebo který je rodičem nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou (v době nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení) pokud se písemně předem zaváže, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro jeho přiznání. Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen.

Příspěvek lze z důvodu dopravy téže zdravotně postižené osoby poskytnout pouze jednomu vlastníku nebo provozovateli motorového vozidla, a to tomu, koho určí osoba, jež má být dopravována. Dávka se poskytuje na období kalendářního roku. Výše příspěvku na rok 2010 činí,

- **7 920 Kč** pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod **III. stupně** (3 360 Kč u jednostopých vozidel)
- **3 000 Kč** pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod **II. stupně** (1 150 Kč u jednostopých vozidel)
- **9 900 Kč** pro rodiče dětí s uvedeným **onkologickým onemocněním**

(4 200 Kč u jednostranných vozidel)

Pokud občan splňuje podmínky pro poskytování více příspěvků, snižuje se výše druhého a každého dalšího příspěvku o 420 Kč u jednostranného vozidla a o 2 124 Kč u ostatních vozidel. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku na provoz motorového vozidla až v průběhu kalendářního roku, výše tohoto příspěvku činí poměrnou část z uvedených částek.

Občanu, který ze závažných důvodů ujede více než 7 000 km za kalendářní rok, se výše příspěvku vyplaceného v tomto kalendářním roce zvyšuje.

Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5 písm. a) až g) vyhlášky č. 182/1991 Sb.); občanu úplně nebo prakticky nevidomému nebo; rodiči nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou (v době nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení).

Za podmínky, že se pravidelně individuálně dopravuje, není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla; není občanem, který je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek; se zaváže písemně předem, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro přiznání příspěvku na individuální dopravu (příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen).

Dávka se poskytuje na období kalendářního roku a činí 6 500 Kč. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku až v průběhu kalendářního roku, výše příspěvku činí poměrnou část z výše uvedené částky.

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže (§ 45)

Opakující se, obligatorní dávka sociální péče, kterou poskytuje pověřený obecní úřad občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí

(příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.); občanům úplně nebo prakticky nevidomým, pokud tito občané užívají bezbariérový byt.

Výše dávky činí u bezbariérového bytu 400 Kč měsíčně, u garáže činí až 200 Kč měsíčně.

Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům (§ 46)

Opakující se, nenároková dávka sociální péče, kterou poskytuje pověřený obecní úřad úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa. Dávka je určena na krmivo pro tohoto psa.

Výše dávky činí 800 Kč měsíčně.

Bezúročné půjčky (§ 57)

Těžce zdravotně postiženému občanu, jemuž byl přiznán podle §35 příspěvek na zakoupení motorového vozidla, lze poskytnout bezúročnou půjčku na zakoupení motorového vozidla až do výše 40 000 Kč za podmínky, že se zaváže splatit půjčku nejpozději do 5 let od jejího poskytnutí.

Po právní moci rozhodnutí o půjčce příslušný úřad uzavře s občanem písemnou smlouvu obsahující ujednání o lhůtách splatnosti a výši splátek. Bez uzavření této smlouvy nelze půjčku poskytnout.⁴⁷

⁴⁷ Vyhláška 182/1991 Sb.

4 Vlastní výzkumné šetření

4.1 Cíl práce a hypotézy

Cílem mé práce bylo zjistit, kolik občanů pobírá příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, v jakém jsou stupni závislosti, jaký mají stupeň průkazu mimořádných výhod, dále zda je více mužů či žen; v jakém věku nejvíce občanů pobírá příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, zda bydlí ve městě, na vsi, v ústavním zařízení nebo v domě s pečovatelskou službou, dále kdo poskytuje péči.

Hypotézy

H1 Domnívám se, že občané pobírající příspěvek na péči a občané, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, bydlí nejčastěji doma ve svém přirozeném prostředí.

H2 Domnívám se, že bude více žen než mužů, kteří pobírají příspěvek na péči a jsou držiteli mimořádných výhod.

4.2 Metodika šetření – metody a techniky sběru dat

Metody sociálního šetření

Pro sběr dat jsem využila metodu terénního výzkumu. Metoda se jevila pro potřeby výzkumu jako nejvhodnější. Dále jsem použila statistiky úřadu.

Při vyhodnocování získaných dat byla využita metoda matematicko - statistická. Princip metody spočívá v pečlivé numerické analýze a následném zaznamenání výsledků většinou do tabulek popřípadě do grafické podoby.

Techniky sociálního šetření

Jako nejvhodnější techniku pro své šetření jsem zvolila dotazník. Dotazníky byly šířeny do cílové skupiny v elektronické i tištěné podobě za pomoci nenáhodného čili nepravděpodobnostního výběru z nich nejčastěji bývá v sociologickém výzkumu používán kvótní výběr. Ve výběru jsou určeny kvóty, tj. počty zastoupených jedinců s určitou charakteristikou demografickou nebo sociální skupiny. Tazateli je určeno, kolika (tj. kvóta) má vyhledat a tázat se osob s danou charakteristikou: muž, žena, s pouze základním vzděláním, maturitou, vysokou školou, v jaké věkové dekádě atd. Využila jsem otázek identifikačních a uzavřených.

Další techniku, kterou jsem využila, byla statistika úřadu.

4.2.1 Výzkumný soubor

Základní soubor mého výzkumu tvořili klienti, kteří pobírají příspěvek na péči, dále klienti, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod.

4.2.2 Charakteristika zkoumaného souboru – příspěvek na péči

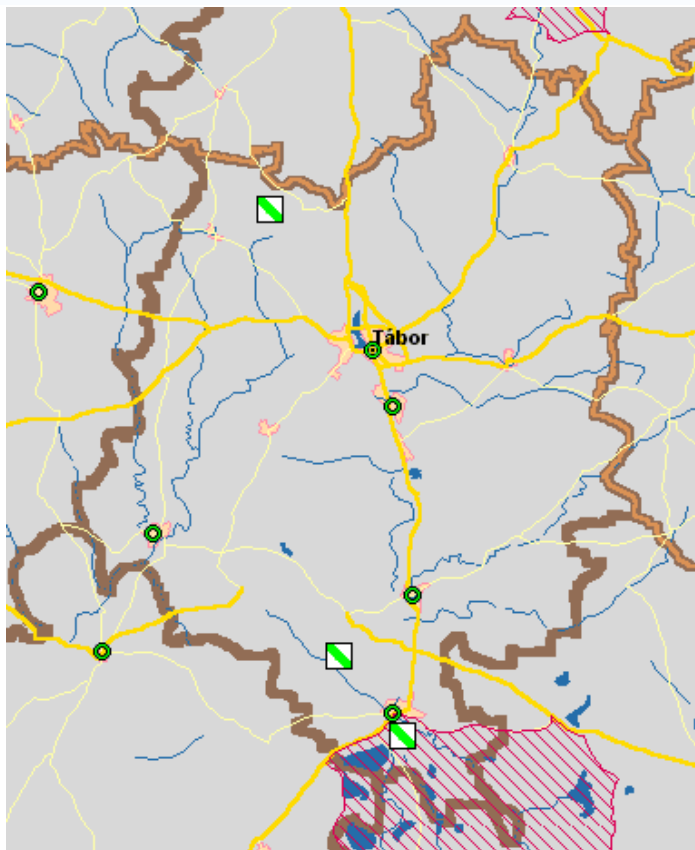
Při výzkumu jsem oslovila obyvatele správního obvodu Tábora, který je



vymezen územím obcí: Balkova Lhota, Bečice, Bechyně (Bechyně, Hvožd'any, Senožaty), Běleč (Běleč, Bzová, Elbančice), Borotín (Borotín, Hatov, Chomoutova Lhota, Kamenná Lhota, Libenice, Nový Kostelec, Pejšova Lhota, Píkov, Předbojov, Sychrov), Bradáčov (Bradáčov, Horní Světlá),

Březnice, Černýšovice (Černýšovice, Hutě), Dlouhá Lhota, Dobronice u Bechyně, Dolní Hořice (Dolní Hořice, Hartvíkov, Horní Hořice, Chotčiny, Kladruby, Lejčkov, Mašovice, Nové Dvory, Oblajovice, Pořín, Prasetín, Radostovice), Dolní Hrachovice (Dolní Hrachovice, Horní Hrachovice, Mostek), Dražice, Dražičky, Drhovice, Haškovcova Lhota, Hlasivo (Hlasívko, Hlasivo, Rašovice, Temešvár), Hodětín (Blatec, Hodětín, Nová Ves), Hodonice, Chotoviny (Beranova Lhota, Broučkova Lhota, Červené Záhoří, Chotoviny, Jeníčková Lhota,

Liderovice, Moraveč, Polánka, Rzává, Řevnov, Sedlečko, Vrážná), Choustník (Choustník, Kajetín, Předboř), Chrbonín, Chýnov (Dobronice u Chýnova, Chýnov, Kloužovice, Velmovice, Záhostice), Jedlany, Jistebnice (Alenina Lhota, Božejovice, Cunkov, Drahnětice,



Hodkov, Hůrka, Chlum, Javoří, Jezviny, Jistebnice, Křivošín, Makov, Nehonín, Orlov, Ostrý, Ounuz, Padařov, Plechov, Podol, Pohoří, Smrkov, Stružinec, Svoříž, Třemešná, Vlásenice, Zbelítov, Zvěstonín), Košice (Borek, Doubí, Košice), Košín, Krátošice, Krtov, Libějice, Lom, *Malšice* (Čenkov, Dobřevice, Malšice, Maršov, Nové Lány, Obora, Staré Lány, Třebelice, Všechlapy), Meziříčí, Mladá Vožice (Bendovo Záhoří, Blanice, Dolní Kouty, Horní Kouty, Chocov, Janov,

Krchova Lomná, Mladá Vožice, Noskov, Pavlov, Radvanov, Staniměřice, Stará Vožice, Ústějov), Mlýny, Nadějkov (Bezděkov, Brtec, Čičovice, Hronova Vesec, Hubov, Chlístov, Kaliště, Křenovy Dvory, Modlíkov, Mozolov, Nadějkov, Nepřejov, Petříkovice, Pohořelice, Šichova Vesec, Starcova Lhota, Větrov, Vrtišov), Nasavrky, Nemyšl (Dědice, Dědičky, Hoštice, Nemyšl, Prudice, Úlehle, Úraz, Záhoříčko), Nová Ves u Chýnova, Nová Ves u Mladé Vožice (Horní Střítež, Křtěnovice, Mutice, Nová Ves u Mladé Vožice), Oldřichov, Opařany (Hodušín, Nové Dvory, Olší, Oltyně, Opařany, Podboří, Skrýchov u Opařan), Planá nad Lužnicí (Lhota Samoty, Planá nad Lužnicí, Strkov), Pohnánek, Pohnání, Pojbuky (Blatnice, Dolní Světlá, Pojbuky, Zadní Lomná), Přehořov (Hrušova Lhota, Kvasejovice, Přehořov), Psárov (Psárov, Tříklasovice) Radenín (Radenín, Bítov, Hroby, Kozmice, Lažany, Nuzbely, Terezín), Radětice, Radimovice u Tábora, Radimovice u Želče, Radkov (Paseka, Radkov), Rataje (Kozín, Rataje), Ratibořské Hory (Dub,

Malenín, Podolí, Ratibořice, Ratibořské Hory, Vřesce), Rodná (Blanička, Nahořany, Rodná), Řemíčov (Buková, Řemíčov), Řepeč (Kášovice, Řepeč), Sezimovo Ústí, Skopytce (Chabrovice, Skopytce), Skrýchov u Malšic (Dudov, Skrýchov u Malšic), Slapsko (Javor, Leština, Moraveč, Slapsko, Vitanovice, Zahrádka), Slapy (Hnojná Lhotka, Slapy), Smilovy Hory (Františkov, Malý Ježov, Obrátice, Radostovice, Smilovy Hory, Stojslavice, Velký Ježov), Stádlec (Hájky, Křída, Slavňovice, Stádlec, Staré Sedlo), Sudoměřice u Bechyně (Bechyňská Smoleč, Bežerovice, Sudoměřice u Bechyně), Sudoměřice u Tábora, Svrabov (Hejlov, Svrabov), Šebířov (Křekovice, Křekovická Lhota, Kříženeč, Lhýšov, Popovice, Skrýšov, Šebířov, Vosná, Vrcholtovice, Vyšetice, Záříčí u Mladé Vožice), Tábor (Čekanice, Čelkovice, Hlinice, Horky, Klokoty, Měšice, Náchod, Smyslov, Stoklasná Lhota, Tábor, Větrovy, Všechov, Zahrádka, Záluží, Zárybnická Lhota), Turovec, Ústrašice, Vilice (Hrnčíře, Vilice), Vlčeves (Svatá Anna, Vlčeves), Vodice (Babčice, Domamyšl, Hájek, Malešín, Osikovec, Vodice), Zadní Střítež, Záhoří, Zhoř u Mladé Vožice, Zhoř u Tábora, Želeč (Bezděčín, Želeč).

S účinností od 1.1.2003 byly zrušeny okresní úřady a jejich pravomoc a správa přešly z části na krajský úřad a z části na obce s rozšířenou působností a na obce s pověřeným obecním úřadem. Obce s pověřeným obecním úřadem a obce s rozšířenou působností vykonávají přenesenou působnost pro více obcí ve správních obvodech. Seznam obcí s pověřeným obecním úřadem a seznam obcí s rozšířenou působností byl zveřejněn zákonem č. 314/2002 Sb. o stanovení obcí s pověřeným obecním úřadem a obcí s rozšířenou působností. Správní obvody těchto obcí byly stanoveny vyhláškou Ministerstva vnitra č. 388 ze dne 15. srpna 2002. V Jihočeském kraji tak vzniklo 17 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (Informace o regionech, městech a obcích – Regionální publikace. [online]).

Správní obvod obce s rozšířenou působností Tábor leží v severovýchodním koutu Jihočeského kraje, kde sousedí se Středočeským krajem a krajem Vysočina. Na jihu vtéká na území obvodu směrem k Táboru řeka Lužnice, do jejíhož údolí se značně členité území svažuje. Řeka se pak hlubokým údolím vrací obloukem k Vltavě. Rozlohou 1 002 km² tvoří Táborsko 10 % plochy kraje a je druhým největším jihočeským obvodem. V 79 obcích obvodu žije celkem více než 80 tis.

obyvatel. Hustota 80 obyvatel na km² je druhá nejvyšší v kraji po Českobudějovicku a o 29 % vyšší než průměr kraje. V obvodu je 6 měst, ve kterých žije více jak 70 % obyvatel správního obvodu. Přírozeným centrem správního obvodu je městská aglomerace Tábor – Sezimovo Ústí – Planá nad Lužnicí s téměř 47 tis. obyvateli. Průměrným věkem 39,9 roku a indexem stáří 100,3 se řadí mezi obvody se starším obyvatelstvem. Z dopravního hlediska tvoří Tábořsko významný uzel, kde se kříží severojižním směrem vedoucí železnice a komunikace z Prahy do Českých Budějovic a na jih do Rakouska s koridorem spojujícím Brno s Plzeňskem a hraničními přechody do SRN. Město Tábor je známé jako středisko husitského hnutí v 15. století. Středověké centrum města bylo vyhlášeno městskou památkovou rezervací. Technickou zajímavostí je rybník Jordán s moderním závěsným mostem, který je nejstarší údolní přehradou v České republice (vznikl v roce 1492), elektrifikovaná železnice Tábor – Bechyně s unikátním mostem přes Lužnici a řetězový most ve Stádlci (přestěhovaný z Podolí na Vltavě). V regionu rovněž najdeme Chýnovské jeskyně, Kozi Hrádek a zříceninu hradu Choustník.

Respondenti podle pohlaví

Tab. č. 1 dle pohlaví

Muž	Žena	Celkem
97	250	347

Zdroj: vlastní výzkum

Z dotázaných respondentů bylo mnohem více žen než mužů, cca 73 % žen.

Respondenti podle věku

Tab. č. 2 dle věku

18-28	29-39	40-51	52-61	62-75	76-80	81-89	90-99	100 a víc	Celkem
7	4	10	19	73	54	157	22	1	347

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce lidí, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby, jsou ve věku 81-89 let, tj. 157 z celkového počtu 347 respondentů.

Respondenti podle bydliště

Tab. č. 3 dle bydliště

Bydlící doma		Mimo domov		Celkem respondentů
Ves	Město, obec	Ústav	DPS	/
127	151	65	4	/
278		69		347

Zdroj: vlastní výzkum

Z klientů, kteří bydlí doma, využívá pečovatelskou službu 18 klientů. Ti, co bydlí v domě s pečovatelskou službou (DPS) využívají pečovatelskou službu.

Je zajímavé, že lidé, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby, bydlí v 80% doma a pouze 20% bydlí mimo domov.

* Ústav – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem...

Respondenti podle stupně závislosti

Tab. č. 4 dle stupně závislosti

Stupeň I.	Stupeň II.	Stupeň III.	Stupeň IV.	Celkem
116	110	64	57	347

Zdroj: vlastní výzkum

* I (lehká závislost), II (středně těžká závislost), III (těžká závislost), IV (úplná závislost).

Z tabulky vyplývá, že nejvíce osob pobírá 2.000 Kč příspěvku na péči, tj. I. stupeň závislosti. Naopak nejméně osob je ve čtvrtém stupni závislosti, ti pobírají 12.000 Kč.

Osoby, které poskytují péči

Tab. č. 5 dle pečujících osob

Muž	Žena	Oba	2 Muži	2 Ženy	Nikdo
78	162	26	3	7	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že nejvíce pečujících osob jsou ženy.

4.2.3 Charakteristika zkoumaného souboru – mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Při výzkumu jsem oslovila obyvatele správního obvodu Tábora, který je vymezen územím obcí: viz 4.2.2.



Respondenti podle pohlaví

Tab. č. 1 dle pohlaví

Muž	Žena	Celkem
1 070	1 396	2 466

Zdroj: vlastní výzkum

Stejně jako u příspěvku na péči převládají počtem ženy, které jsou držitelkami průkazu mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany, není zde však tak velký rozdíl jako u příspěvku na péči.

Respondenti podle věku

Tab. č. 2 dle věku

do 18	18-28	29-39	40-51	52-61	62-75	76-80	81-89	90-99	100 >	Celkem
144	87	98	195	396	678	336	483	79	0	2 466

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce lidí, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, jsou ve věku 62 - 75 let.

Respondenti podle bydliště

Tab. č. 3 dle bydliště

Bydlící doma		Mimo domov		Celkem respondentů
Ves	Město, obec	Ústav	DPS	/
784	1590	32	60	/
2 374		92		2 466

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že nejvíce držitelů průkazky mimořádných výhod bydlí ve městě tj. 1590 obyvatel, dále pak na vesnici tj. 784 obyvatel.

Je zajímavé, že stejně jako u příspěvku na péči bydlí většina zdravotně postižených doma.

* Ústav – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem...

Respondenti podle stupně mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany

Tab. č. 4 dle stupně mimořádných výhod

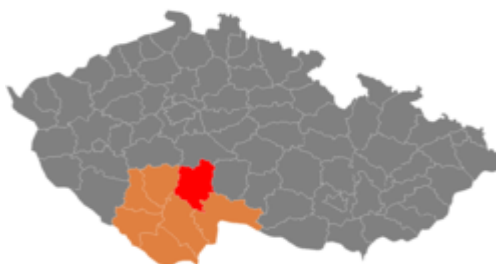
Stupeň I. (TP)	Stupeň II. (ZTP)	Stupeň III. (ZTP/P)	Celkem
328	1759	379	2 466

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že největší počet zdravotně postižených občanů vlastní průkazku mimořádných výhod II. stupně (průkazka ZTP).

4.2.4 Charakteristika zkoumaného souboru – statistiky Městského úřadu v Táboře

Statistiky zpracované Městským úřadem v Táboře byly prováděny ve správním obvodu Tábora, který je vymezen územím obcí: viz 4.2.2.



Oficiální název: Město Tábor

Oddělení péče o zdravotně postižené vykonává státní správu v oblasti sociálních služeb a výhod. Konkrétně rozhoduje o přiznání mimořádných výhod osobám těžce zdravotně postiženým a o přiznání dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, vydává průkazy mimořádných výhod, vyplácí dávky sociální péče a kontroluje způsob využívání poskytnutých výhod a dávek v těchto oblastech:

- **příspěvek na péči** - příspěvek na péči náleží tomu, kdo je při péči o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti odkázán na pomoci jiné fyzické osoby
- **mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany** - mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- **jednorázové a opakované dávky pro těžce zdravotně postižené občany** - příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na úpravu bytu, jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek atd.

Kontaktní spojení:

Adresa sídla: Městský úřad Tábor,

Husovo náměstí 2938, 390 02 Tábor

Telefon: 381 486 111 fax: 381 486 100

Adresa internetové stránky: www.tabor.cz

Úřední hodiny:

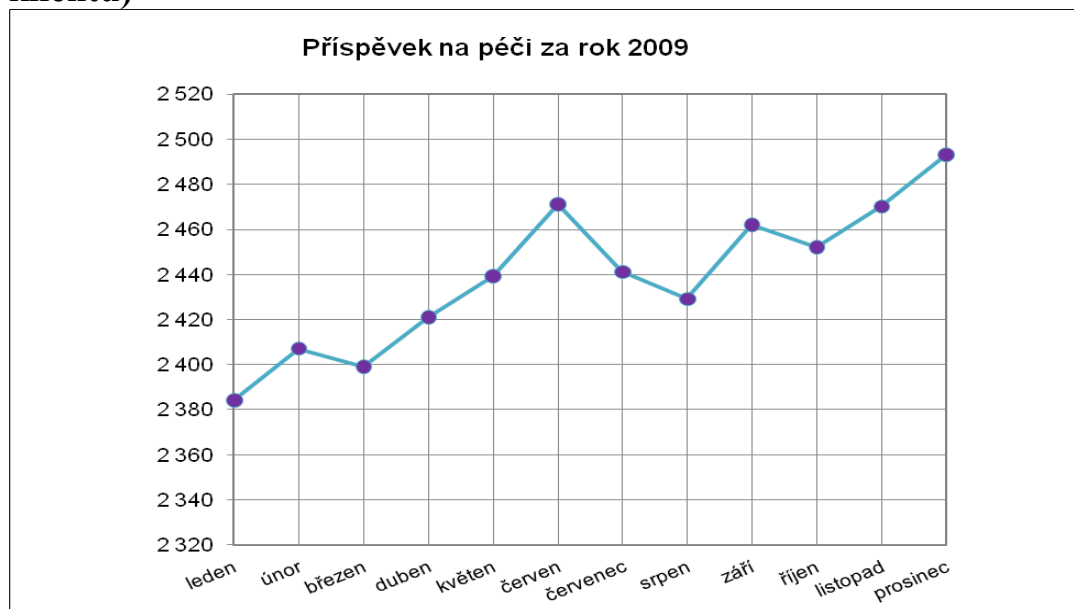
pondělí	08:00 - 17:00
úterý	13:00 - 15:00
středa	08:00 - 17:00
čtvrtek	13:00 - 15:00
pátek	08:00 - 11:30

Příspěvek na péči

Tab. č. 6 Příspěvek na péči – rok 2009

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	2.384	12 908 000
Únor	2.407	13 298 000
Březen	2.399	12 706 000
Duben	2.421	12 939 000
Květen	2.439	13 084 000
Červen	2.471	12 911 000
Červenec	2.441	12 792 000
Srpen	2.429	12 680 000
Září	2.462	13 541 000
Říjen	2.452	13 302 000
Listopad	2.470	13 470 000
Prosinec	2.493	13 846 000
Celkem	29.268	157 477 000

Graf č. 6 Příspěvek na péči - rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Tab. č. 7a Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům) – rok 2009

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	3	63 774
Únor	2	125 655
Březen	1	46 732
Duben	4	359 527
Květen	3	173 089
Červen	1	31 152
Červenec	1	22 347
Srpen	2	71 970
Září	3	152 305
Říjen	2	77 869
Listopad	4	261 001
Prosinec	7	519 201
Celkem	33	1 904 622 000

Graf č. 7a Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



Tab. č. 7b Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže)– rok 2009

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	14	7 400
Únor	14	5 400
Březen	14	5 400
Duben	12	5 000
Květen	12	5 000
Červen	13	5 600
Červenec	14	89 400
Srpen	13	5 000
Září	13	5 000
Říjen	13	5 000
Listopad	13	5 000
Prosinec	14	92 625
Celkem	159	235 825

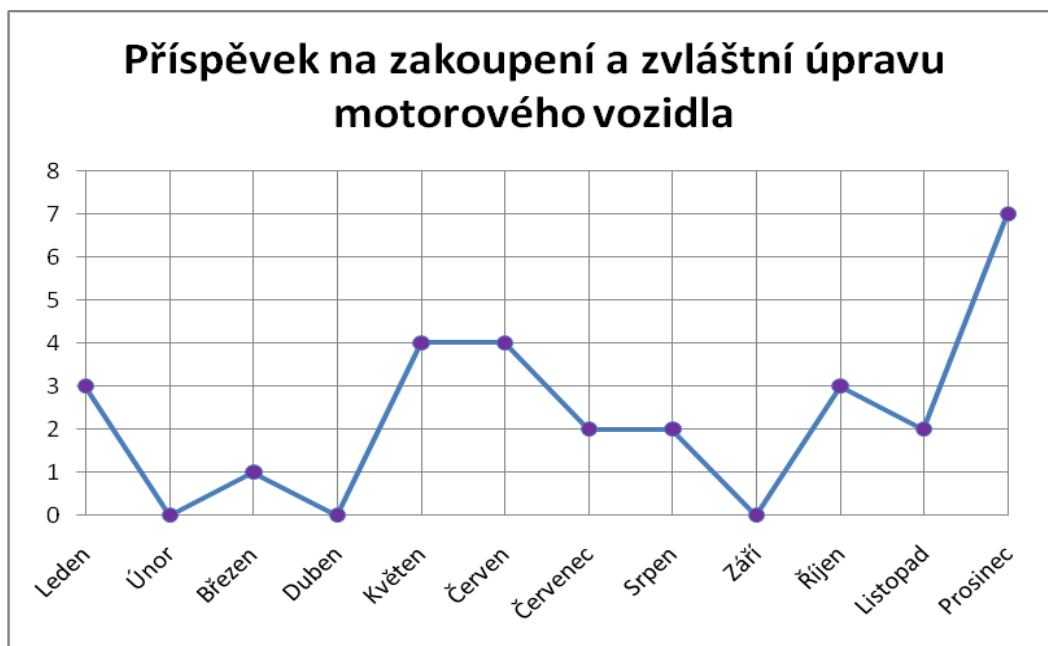
Graf č. 7b Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



Tab. č. 7c Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na zakoupení a zvláštní úpravu motorového vozidla) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	3	260 000
Únor	/	/
Březen	1	100 000
Duben	/	/
Květen	4	400 000
Červen	4	390 000
Červenec	2	200 000
Srpen	2	120 000
Září	/	/
Říjen	3	228 622
Listopad	2	180 000
Prosinec	7	610 000
Celkem	28	2 488 622

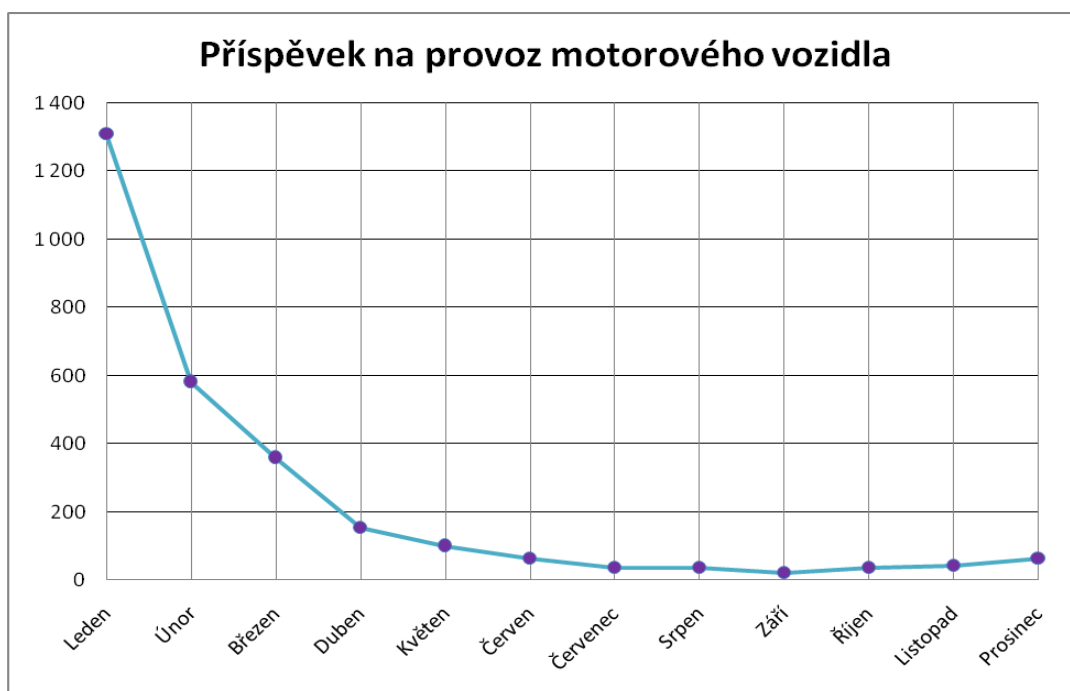
Graf č. 7c Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na zakoupení a zvláštní úpravu motorového vozidla) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



Tab. č. 7d Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na provoz motorového vozidla) – rok 2009

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	1 310	6 149 021
Únor	583	2 788 354
Březen	360	1 964 166
Duben	154	822 229
Květen	101	640 199
Červen	63	251 871
Červenec	36	165 336
Srpen	37	167 094
Září	22	55 605
Říjen	37	113 031
Listopad	42	109 162
Prosinec	64	192 648
Celkem	2 809	13 418 716

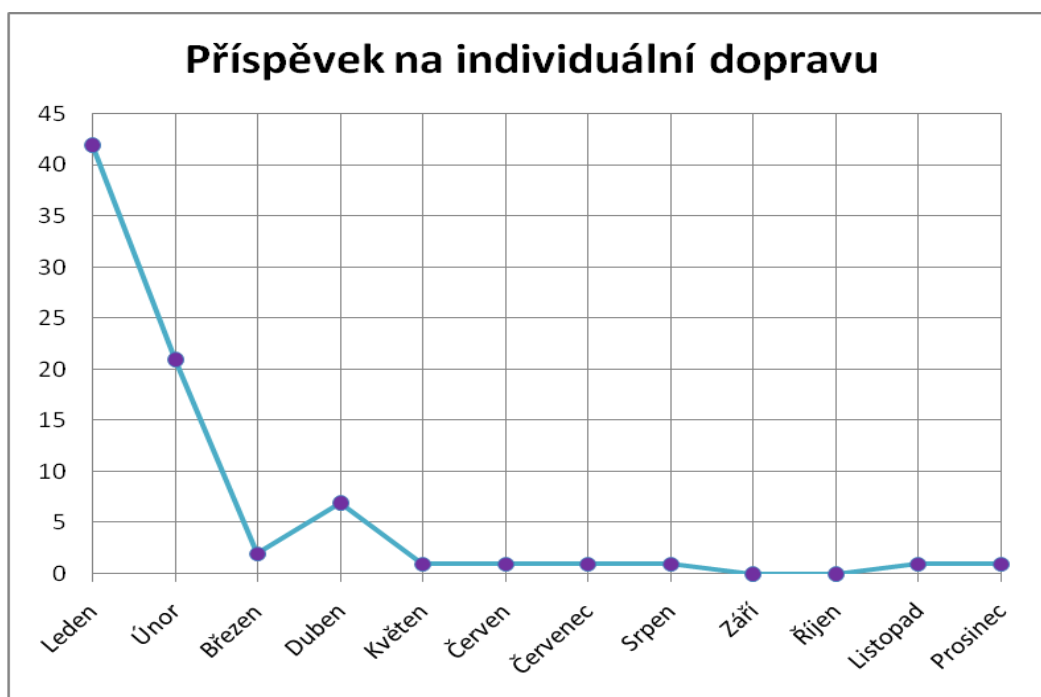
Graf č. 7d Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na provoz motorového vozidla) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



Tab. č. 7e Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na individuální dopravu) – rok 2009

Měsíc	Počet vyplacených klientů	Vyplacený příspěvek v Kč
Leden	42	269 900
Únor	21	236 500
Březen	2	13 000
Duben	7	45 500
Květen	1	2 920
Červen	1	6 500
Červenec	1	6 500
Srpen	1	3 811
Září	/	/
Říjen	/	/
Listopad	1	6 500
Prosinec	1	2 173
Celkem	78	593 304

Graf č. 7e Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na individuální dopravu) – rok 2009 (podle počtu vyplacených klientů)



**Graf č. 7 Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením
- rok 2009 (%)**



* Nejvíce využívanou dávkou sociální péče pro osoby se zdravotním postižením je příspěvek na provoz motorového vozidla.

5 Vyhodnocení dotazníku

H1 Domnívám se, že občané pobírající příspěvek na péči a občané, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, bydlí nejčastěji doma ve svém přirozeném prostředí.

H2 Domnívám se, že bude více žen než mužů, kteří pobírají příspěvek na péči a jsou držiteli mimořádných výhod.

Příspěvek na péči

Zjistila jsem, že z dotázaných respondentů u příspěvku na péči bylo mnohem více žen než mužů, cca 73 % žen, což potvrzuje hypotézu H2. Tito respondenti jsou závislí na pomoci jiné osoby, nejvíce ve věku 81-89 let, tj. 157 z celkového počtu 347 respondentů.

Bylo zajímavé, že respondenti uvedli, že z cca 80 % bydlí doma v přirozeném prostředí, což potvrzuje hypotézu H1. Pouze ve 20 % bydlí mimo přirozené prostředí, což je 65 respondentů, kteří bydlí v ústavním zařízení a pouze 4 respondenti, kteří bydlí v domě s pečovatelskou službou. Pouze 18 respondentů bydlících doma ve svém přirozeném prostředí využívá pečovatelskou službu. Ti, co bydlí v domě s pečovatelskou službou (DPS) využívají všichni pečovatelskou službu.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, že nejvíce respondentů pobírá 2.000 Kč příspěvku na péči, tj. I. stupeň závislosti. Naopak nejméně osob je ve čtvrtém stupni závislosti, ti pobírají 12.000 Kč.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce pečujících osob jsou ženy. O polovinu méně je mužů, kteří pečují o osoby závislé na pomoci jiné osoby.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Stejně jako u příspěvku na péči převládají počtem ženy, které jsou držitelkami průkazu mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany, není zde však tak velký rozdíl jako u příspěvku na péči, což opět potvrzuje hypotézu H2.

Bylo zajímavé, že nejvíce lidí, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, jsou ve věku 62 - 75 let, což u příspěvku na péči bylo druhé v pořadí, hned po věkovém rozmezí 81-89 let.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce držitelů průkazky mimořádných výhod bydlí ve městě tj. 1590 obyvatel, dále pak na vesnici tj. 784 obyvatel. Je zajímavé, že stejně jako u příspěvku na péči bydlí většina zdravotně postižených doma, tj. 2374 dotázaných respondentů a pouze 92 respondentů bydlí mimo domov (32 respondentů v ústavním zařízení a 60 respondentů v domě s pečovatelskou službou), což opět potvrzuje hypotézu H1.

Překvapivým zjištěním bylo, že největší počet zdravotně postižených občanů vlastní průkazku mimořádných výhod II. stupně (průkazka ZTP), což je 1759 respondentů z celkového počtu 2466 respondentů.

6 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zda je příjemcem příspěvku na péči více mužů či žen. Dále zda je více mužů či žen držitelů průkazu mimořádných výhod. Zda tito respondenti bydlí doma v přirozeném prostředí nebo mimo domov např. v ústavních zařízeních, v domovech s pečovatelskou službou atd.

V rámci stanoveného kvalitativního výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 „Domnívám se, že občané pobírající příspěvek na péči a občané, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, bydlí nejčastěji doma ve svém přirozeném prostředí“, se potvrdila.

Hypotéza č. 2 „Domnívám se, že bude více žen než mužů, kteří pobírají příspěvek na péči a jsou držiteli mimořádných výhod“, se rovněž potvrdila.

Cíl práce byl výzkumem naplněn.

Dle mého názoru se bude stále zvyšovat počet osob závislých na pomoci jiné osoby, dále se bude zvyšovat i počet zdravotně postižených, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod.

Výsledky výzkumu, který byl zaměřen na příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, přinesly aktuální poznatky o těchto sociálních dávkách. Teoretická část slouží k orientaci v problematice týkající se seniorů a zdravotně postižených osob.

Doufám, že se získané výsledky mohou stát zajímavým informačním zdrojem nejen pro studenty vysokých škol, ale popřípadě také pro pracovníky úřadů, kteří tyto dávky vyplácejí.

Seznam literatury

Odborná literatura

DRAGAROVÁ, H. et al. *Sociální starostlivost*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-3.

EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004.

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 987-80-247-2169-9.

KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. Olomouc: ANAG, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MÜHLPACHR, P.; STANIČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, M.; MÜLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 987-80-247-2170-5.

ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Odborné časopisy a jiné zdroje

CHALOUPKOVÁ, S. *Hodnota sociálního pracovníka v procesu rozhodování o příspěvku na péči*. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, 2008, roč. 8., č. 2, s. 30-31.

WERNEROVÁ, J. *Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posuzování stupně závislosti*. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, 2007, č. 1, s. 40-42.

Elektronické zdroje

Správní obvod ORP Tábor. [online]. [cit. 2004]. Správní obvody obcí s rozšířenou působností – Jihočeský kraj 2004. Dostupné na WWW: <[http://www.vykazy.cz/xc/edicniplan.nsf/t/C60027738E/\\$File/3112.pdf](http://www.vykazy.cz/xc/edicniplan.nsf/t/C60027738E/$File/3112.pdf)>.

Informace o regionech, městech a obcích. [online]. [cit. 15.8.2003]. Regionální publikace. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/kraje/cb/publika/13311203/1/2/3/311203.htm>>.

Seznam příloh

- Příloha č. I** **Dotazník příspěvek na péči**
- Příloha č. II** **Dotazník mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany**
- Příloha č. III** **Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.
Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod**
- Příloha č. IV** **Příloha č. 3 - k vyhlášce č. 182/1991 Sb.
Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany**
- Příloha č. V** **Příloha č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.
Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany**
- Příloha č. VI** **Příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí**

Příloha č. I

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jsem studentkou 3. ročníku Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní. Prosím o co nejpřesnější zodpovězení všech otázek. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Jaroslava Danielová, DiS.

1. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Věk

- a) 18 – 28
- b) 29 – 39 let
- c) 40 – 51 let
- d) 52 – 61 let
- e) 62 – 75 let
- f) 76 – 80 let
- g) 81 – 89 let
- h) 90 – 99 let
- i) 100 a víc

3. Bydliště

- a) Město, obec
- b) Domov s pečovatelskou službou
- c) Ústav (Ústav – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem...)

4. Jaký je Váš stupeň příspěvku na péči?

- a) I. stupeň – 2.000 Kč
- b) II. stupeň – 4.000 Kč
- c) III. stupeň – 8.000 Kč
- d) IV. stupeň – 12.000 Kč

5. Kdo o vás pečuje? Pohlaví, ne příbuzenský vztah.

- a) muž
- b) žena
- c) oba (muž i žena)
- d) dva muži
- e) dvě ženy
- f) nikdo

Příloha č. II

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jsem studentkou 3. ročníku Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní. Prosím o co nejpřesnější zodpovězení všech otázek. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Jaroslava Danielová, DiS.

- 1. Pohlaví**
- a) muž
 - b) žena

2. Věk

- a) do 18 let
- b) 18 – 28 let
- c) 29 – 39 let
- d) 40 – 51 let
- e) 52 – 61 let
- f) 62 – 75 let
- g) 76 – 80 let
- h) 81 – 89 let
- i) 90 – 99 let
- j) 100 a víc

3. Bydliště

- a) Ves
- b) Město, obec
- c) Domov s pečovatelskou službou
- d) Ústav (Ústav – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem...)

4. Jaký je Váš stupeň průkazu mimořádných výhod?

- a) I. stupeň – průkazka TP
- b) II. stupeň – průkazka ZTP
- c) III. stupeň – průkazka ZTP/P

Příloha č. III

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. - Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b. anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérce včetně,
- c. podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti),
- d. omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů),
- e. zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře,
- g. postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikózním komplexem),
- h. záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně,
- b. anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše,
- c. funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny),
- d. současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí,
- e. podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí),
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře,
- g. těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti,
- h. chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti),
- i. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,

- j. kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- k. oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli,
- b. anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže,
- c. funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů),
- d. těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina,
- e. disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- f. dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti,
- g. neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující

stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,

- h. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,
 - i. střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace,
 - j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.
4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

Příloha č. IV

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. - Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

- a. nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b. nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

- a. výhody uvedené v bodu 1,
- b. nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- c. sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

- a. výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- b. nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- c. u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

Příloha č. V

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. - Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany

I. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany

1. Polohovací zařízení do postele (100%)
2. Obracecí postel (50 %)
3. Vodní zvedák do vany (50%)
4. vypuštěno
5. Přenosný WC (100 %)
6. Psací stroj se speciální klávesnicí (50 %)
7. Motorový vozík pro invalidy (50 %)
8. Židle na elektrický pohon (50 %)
9. Přenosná rampa (pro vozíčkáře) (100 %)
10. Zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100 %)
11. Zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100 %)
12. Individuální úpravy automobilu (100 %)
13. vypuštěno
14. Dvoukolo (50 %)
15. Šikmá schodišťová plošina (100 %)
16. Signalizační pomůcka SYM-BLIK (80 %)
17. Koupací lůžko (50 %)
18. Nájezdové ližiny pro vozíčkáře (100 %)

II. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti (100 %, nejvýše 3 000 Kč)
2. Signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace (100 %)
3. Signalizace telefonního zvonku (100 %)
4. Světelný nebo vibrační budík (50 %)

5. Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění (75 %, nejvýše 7000 Kč)
6. Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění (75 %)
7. Přídavná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící (75 %)
8. Fax) (75 %)
9. Faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax) (75 %)
10. Videorekordér (50 %, nejvýše 7 000 Kč)
11. Televizor s teletextem (50 %, nejvýše 7 000 Kč)
12. Doplnění stávajícího televizoru o dekodér teletextu včetně montáže (50%)
13. Přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem (75%)
14. Přístroj k nácviku slyšení (50%)
15. Bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku (50%)
16. Individuální přenosný naslouchací přístroj (nejde o elektronické sluchadlo) (50%)
17. Individuální indukční smyčka (50%)
18. Indikátor hlásek pro nácvik v rodině (75%)

III. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Kancelářský psací stroj (50%)
2. Slepecký psací stroj (100%)
3. Magnetofon, diktafon (100%, nejvýše 4500 Kč)
4. Čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem (100%)
5. Digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (100%)
6. Kamerová zvětšovací televizní lupa (100%)
7. Digitální zvětšovací televizní lupa (100%)
8. Adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé (100%)
9. Programové vybavení pro digitální zpracování obrazu (100%)

10. Tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé (100%)
11. Jehličková jednobarevná tiskárna (50%)
12. Zařízení pro přenos digitálních dat (100%)
13. Elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem (100%)
14. Elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé (100%)
15. Kapesní kalkulátor s hlasovým výstupem (100%)
16. Slepecké hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
17. Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
18. Indikátor barev pro nevidomé (100%)
19. Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé (100%)
20. Dvoukolo (50%)

Příloha č. VI

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. - těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí

- a. amputační ztráta dolní končetiny ve stehně,
- b. amputační ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše,
- c. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
- d. ankyloza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,
- e. současné ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,
- f. těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,
- g. disproporční poruchy růstu provázané deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- h. anatomická nebo funkční ztráta končetiny.

Abstrakt

DANIELOVÁ, J. *Příspěvek na péči a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením*, České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková.

Klíčová slova: stáří a stárnutí, postižení, péče o zdravotně postižené, ucelená rehabilitace, služby sociální péče, příspěvek na péči, dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením.

Práce se zabývá příspěvkem na péči a dávkami pro občany těžce zdravotně postižené. Skládá se ze dvou hlavních částí.

V první části jsou uvedeny základní informace o stáří, o postižení, o systému pomoci osobám se zdravotním postižením, o ucelené rehabilitaci.

Ve druhé části jsou uvedeny údaje získané z dotazníků od respondentů pobírající příspěvek na péči a od respondentů, kteří jsou držiteli mimořádných výhod, ze kterých vyplývá, že z dotázaných respondentů bylo mnohem více žen než mužů. Dále, že ze všech dotázaných bydlí většina doma ve svém přirozeném prostředí.

Abstract

DANIELOVÁ, J. *Benefits for care and social benefits*, České Budějovice 2009. Baccalaureate work. Meridional university in České Budějovice. Theological faculty. Teacher's desk practical theology. Supervisor Mgr. Jana Šimečková.

Pivotal words: old age, disability, systematic care of handicapped, coherent rehabilitation, service for social benefits, benefits for care, social benefits.

The final school-work deals with social benefits. It consist of two main parts. In the first part are mentioned basic informations about old age, disability, systematic care of handicapped, coherent rehabilitation.

In the second part are mentioned statements found by research of clients getting benefits for care and clients with extra privilege. It was found that there is more women than men, most of them lives in their owh house hold only few lives in houses with special care.