

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Práce s rodinou klienta sociálních služeb
Diplomová práce

23. 5. 2011

Autor: Bc. Zuzana Pitková
Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Abstrakt

My thesis work deals with working with the family of a social services client. Social services can be defined as a set of activities to provide assistance to persons in unfavourable social situations. The main purpose of social services is to preserve human dignity and to encourage the given persons to pursue activities that do not protract or worsen their social situation (in other words, to prevent their social exclusion). People may find themselves in a difficult social situation for various reasons (e.g. because of age or poor health status).

The most frequent social services users are seniors and persons with disabilities. With regard to the fact that in the future I would like to work in a job treating the above-mentioned target groups, I focused on them in my thesis.

I suppose that mutual cooperation between a family and the staff in the social care providing facility can have a positive affect on the client himself. For this reason, I conceived my thesis in a broader context - a family, a social services user and a social services provider.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes all the important aspects related to a family, social services and basic characteristics of the Blansko district.

In the practical part the target of the thesis was stated. I wanted to learn what problems most families face (not just prior to placing the client to a social services facility, but also in the course of the stay), what their experience with the facility is and whether they are informed about all available social services offered in the area. To compile the thesis quantitative research was applied. I used the method of questioning, the technique of structured interviews with family members of senior home clients and persons with mental disabilities attending a daycare stationary.

The thesis could serve as information material on social services not only for families involved in my research, but also for the general public - to provide information about availability of social services for seniors and persons with mental disabilities in the Blansko district in the South Moravian Region.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Práce s rodinou klienta sociálních služeb“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 RODINA	8
1.1.1 Rodina a nesoběstačný senior	10
1.1.2 Rodina a osoba s mentálním postižením	13
1.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	20
1.2.1 Základní terminologie.....	23
1.2.2 Druhy a formy sociálních služeb	24
1.2.3 Příspěvek na péči	33
1.2.4 Poskytovatelé sociálních služeb	35
1.2.5 Smlouva o poskytování sociálních služeb	38
1.2.6 Financování sociálních služeb	39
1.2.7 Poradenství pro uživatele sociálních služeb	41
1.3 OKRES BLANSKO	44
1.3.1 Komunitní plánování sociálních služeb	45
2 CÍL PRÁCE	50
3 METODIKA	51
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	51
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	52
4 VÝSLEDKY	55
4.1 Kazuistiky rodinných příslušníků uživatelů sociální služby (DpS)	55
4.2 Kazuistiky rodinných příslušníků uživatelů sociální služby (DS)	78
4.3 Souhrn výsledků	99
4.3.1 Rodinní příslušníci uživatelů DpS	99
4.3.2 Rodinní příslušníci uživatelů DS	104

5 DISKUZE	109
5. 1 <i>Diskuze DpS</i>	110
5. 2 <i>Diskuze DS</i>	114
5. 3 <i>Hypotézy</i>	118
6 ZÁVĚR	119
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	121
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	130
9 KLÍČOVÁ SLOVA	131
10 PŘÍLOHY	132

ÚVOD

Sociální služby představují soubor činností, prostřednictvím kterých se snažíme zajistit pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci.

Hlavním smyslem sociálních služeb je zachovat lidskou důstojnost a motivovat jedince k činnostem, které neprodlužují či nezhoršují jeho sociální situaci (předejít jejich sociálnímu vyloučení).

Mezi nejčastější uživatele sociálních služeb patří senioři a osoby se zdravotním postižením.

Sociální služby nejsou zaměřeny pouze na vlastního uživatele, ale také na jeho rodinu a širší společenství.

I když sociální služby prodělaly ve svém vývoji řadu změn, významnost rodiny, při řešení obtížných životních situací a zajišťování potřebné péče o nesoběstačného seniora či jedince s mentálním postižením, má neustále značnou roli.

V diplomové práci věnuji pozornost rodinným příslušníkům uživatelů sociálních služeb. Hlavním cílem je zjistit, s jakými obtížemi se rodiny nejčastěji setkávají (nejen před vlastním umístěním klienta do zařízení sociálních služeb, ale i v jeho průběhu), jaké mají se zařízením zkušenosti a zda jsou informováni o veškerých dostupných nabídkách sociálních služeb v jejich okolí.

Domnívám se, že vzájemná spolupráce rodiny a personálu v zařízení zajišťující sociální službu má pozitivní vliv nejen na samotného klienta, ale také na efektivní poskytování sociálních služeb.

V průběhu studia jsem absolvovala praxi v řadě zařízení, kde jsem měla možnost setkat se s různými typy klientů a blíže je poznat.

Nejvíce mě oslovila spolupráce se seniory a osobami s mentálním postižením. Z tohoto důvodu bych se uvedeným cílovým skupinám v budoucnu ráda profesně věnovala a zaměřila jsem na ně i svoji diplomovou práci. Vzhledem k tomu, že pocházím z Jihomoravského kraje - konkrétně okresu Blansko, svůj výzkum jsem zaměřila na danou oblast.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 RODINA

Rodina v užším a tradičnějším pojetí zahrnuje skupinu osob spojenou pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (např. prostřednictvím sňatku, adopce). (37)

Představuje základní jednotku společnosti, která plní biologicko-reprodukční, ekonomickou, emocionální, socializační a výchovnou funkci. (13)

Naplnění všech funkcí rodiny spolu úzce vzájemně souvisí. Ovšem povaha souvislostí může být složitá. Mění se v průběhu života rodiny (rodinného cyklu) a ve vývoji společnosti (v historickém kontextu, ve kterém rodiny žijí). (17)

Rodina provází člověka prakticky po celý život, nicméně v jednotlivých fázích životního cyklu jde o různé skutečnosti (postupně se závislost na původní rodině mění směrem k nezávislosti, která je zpravidla završena založením vlastní rodiny, výchovou potomků a zajištění péče stárnoucími rodičům). (6)

Změny v rodinném chování, ke kterým došlo v západních společnostech během 20. století, nejsou projevem všeobecného úpadku. Vzhledem k tomu, že rodina je společenskou institucí, její vlastní podobu ovlivňují výsadní hodnoty dané společnosti. Již příliš nenajdeme soudržné rodiny, které by měly více dětí, nerozváděly se a zajišťovaly péči pro nemocné či staré členy. (38)

Začátek nezadržitelného rozpadu patriarchální rodiny byl spojený s vývojem techniky, technologie ve výrobě a s následným nárůstem dělby práce. Dále souvisel s celospolečenskými procesy, jako byla urbanizace a industrializace. Ženy se začaly stávat právoplatnými účastnicemi těchto procesů. Původní patriarchální rodina se začala měnit od základů. Ženy začaly vedle práce v domácnosti vykonávat placenou práci mimo domov, čímž zároveň muži ztratili svoje postavení jediných živitelů rodiny. (1)

Zvyšuje se participace žen na trhu práce, což je i nejlepší ochrana proti chudobě rodin s dětmi a zároveň se tím zvyšuje finanční stabilita státu. Nicméně se prolíná i s jinými trendy (destabilizace rodiny, případně rozšíření jejich atypických forem). Vlivem dlouhodobé neslučitelnosti pracovní a rodinné role ženy, jsou u moderních společností s nízkou fertilitou pravděpodobné následky v rámci demografické struktury, zaměstnanosti a veřejných financí. (59)

Ve všech společnostech se můžeme setkat s rodinou nukleárního typu, která se skládá z dospělých a jejich vlastních (či adoptovaných) dětí žijících ve společné domácnosti. Většinou bývá nukleární rodina integrována do širších příbuzenských vztahů (kromě obou rodičů a jejich dětí v rodině žijí i další příbuzní – prarodiče, sourozenci se svými manželskými partnery, tety, synovci, jedná se tedy o rodinu rozšířenou). (50)

Z hlediska sociálních skupin je rodina primární skupinou, ve které se od narození formuje osobnost dítěte a zároveň v ní prožíváme všechny fáze života. (17)

Sociální práce s rodinou tvoří relativně samostatnou oblast sociální práce (vedle sociální práce s jednotlivcem, skupinou a komunitou). Zaměřuje se na problémy rodin nezralých, neúplných či jinak dysfunkčních, dále řeší problémy špatného zacházení s dětmi, jejich výchovy aj. Lze říci, že dobře fungující rodina je stěžejním základem prevence proti řadě nežádoucích jevů. (11)

1. 1. 1 Rodina a nesoběstačný senior

Pojmem stárnutí zpravidla rozumíme souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, čímž se podmiňuje jeho zvýšená zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. (32)

Proces stárnutí lze rozdělit na dvě oblasti – stárnutí jako obecné biologické změny (spojeno s věkem nezávisle na aktuálním zdravotním stavu či vlivu prostředí) a proces odrážející zdravotní stav a vliv prostředí. (66)

Obecně lze říci, že u starých lidí nastávají změny v oblasti percepce (zhoršuje se zrakové a sluchové vnímání), zhoršuje se paměť (zejména krátkodobá), ve vyšším věku dochází k poklesu inteligence a citové prožívání se stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. (44)

Z vývojově psychologického hlediska rozlišujeme období stáří na: rané stáří (mladí senioři ve věku 60 – 74 let), vlastní stáří (senioři ve věku 75 – 89 let) a dlouhověkost (zralí senioři nad 90 let). (44)

Věda zabývající se stářím a stárnutím se nazývá gerontologie. (44)

V tradičních lidských společnostech byly starší osoby přijímány s respektem a jejich slovo bylo zpravidla slovem rozhodujícím. Ovšem v dnešní novodobé industriální společnosti starší lidé autoritu spíše ztrácejí, a to nejen v rodině, ale i v širším sociálním prostředí. (65)

Zdravotnickou prioritou hospodářsky vyspělých zemí se stává stárnutí populace. Dochází a bude docházet k přibývání seniorů, které je relativní (vlivem nízké porodnosti s klesajícím podílem dětí a mladých osob) a absolutní (vzhledem k tomu, že klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří, dále klesá úmrtnost ve stáří a senioři se dožívají vyššího věku, ale také po roce 2010 vstoupí do řad seniorů mimořádně silné poválečné ročníky). (24)

Obecně platná pravidla v geriatrických programech a všeobecném přístupu ke starým lidem (ať už se jedná o nesoběstačné seniory upoutané na lůžko či aktivní seniory žijící ve vlastním prostředí) zdůrazňují princip zabezpečení (zajištění přístřeší, ošacení, stravy, základní zdravotní péče), autonomie (zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad soukromím), důstojnosti (respektování osobnosti, soukromí, vyloučení ponižujících forem péče) a smysluplnosti (hledání životní náplně, animační programy). (24)

K identifikaci rizik, priorit a potřeb geriatrického pacienta je určeno tzv. komplexní geriatrické hodnocení. Geriatrickému týmu (lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník aj.) poskytuje východisko k zajištění účelných zdravotních a sociálních služeb (zajištění větší účinnosti a bezpečnosti péče s lepším pochopením individuálních potřeb). Zpravidla se k hodnocení aktivit každodenního života používá test podle Barthelové či hodnocení rizika dekubitů podle Nortonové. (24)

Soběstačný (nezávislý) člověk nemá výrazné omezení tělesných ani duševních aktivit. Samostatně (bez pomoci či asistence druhých) zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, ve kterém žije. Vyžaduje-li jedinec oporu, dohled či pomoc od druhé osoby, hovoříme o závislosti. (69)

Snížení soběstačnosti vede ke zvýšení závislosti na jiných osobách, či k vynucené změně života (umístění do institucionálního zařízení). (70)

Sociální situace starých lidí je v nemalé míře formulována jejich způsobem života (zda žijí osaměle, s partnerem či s rodinou). Závisí také na stupni soběstačnosti seniora. Pokud je starý člověk schopen vést vlastní domácnost, neměl by se jí vzdávat. Jeho setrvání v domácím prostředí je často limitováno architektonickými bariérami, nedostupností obchodní sítě či zdravotnického zařízení. Rodina pro seniora představuje velmi významnou roli. (12)

Aby rodina mohla zajistit dobrou péči o nesoběstačného seniora, je nutné splnit řadu předpokladů. Nejdůležitější je předpoklad „moci pečovat“ (zahrnuje fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční podmínky), „chtít pečovat“ (mít dobrou vůli, hledat možnosti řešení dané situace i za pomoci ostatních členů rodiny) a „umět pečovat“ (vědět, jakým způsobem pomoci). (25)

Neformální „laický“ (rodinný) pečovatel nese v domácnosti citový a tělesný dopad péče o závislou osobu, s níž je v příbuzenském nebo přátelském vztahu. Tato osoba potřebuje pomoc při uspokojování životních potřeb v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie. (2)

Péčí se rozumí činnost, díky níž pečující zmírňuje důsledky znevýhodnění u osoby, o kterou pečuje. Rozsah a podoba péče se liší silami a zdroji pečovatelů, dále vztahem k osobě, o níž je pečováno, jejími provázejícími změnami a dobou trvání péče a výhledy do budoucna. (2)

Zátěž při péči o rodinného příslušníka je zpravidla působena potížemi v komunikaci s osobou, o níž je pečováno (nesrozumitelnost řeči v důsledku neurologických poruch), dále s formálními či neformálními zdroji sociální opory (nedostatečná podpora od nejbližších rodinných příslušníků, ale i širšího příbuzenstva, včetně nedostatku pochopení ze strany ošetřujícího lékaře a nedostatečné informovanosti), ale také se širším společenským okolím (nepříznivé reakce osob z okolí nejen vůči lidem, o které je pečováno, ale také vůči pečovatelům). (2)

Péče výrazně zasáhne do rodinného rozpočtu a do možnosti se plnohodnotně věnovat zaměstnání. Pocity rodinných pečovatelů značně zhoršuje nepochopení od profesionálních pečovatelů (lékařů, psychologů), nejistota, zda poskytují péči dobře, ale také nedostatek ocenění od osoby, o kterou je pečováno. Často se u pečující osoby objevuje pocit bezvýchodnosti, životní pasti, z níž není úniku. Ovšem na druhou stranu péče o osobu blízkou přináší životní náplň, která dává životu řád, smysl a upravuje životní styl. (2)

Pečovatelé potřebují pomoc prostřednictvím různých podob uznání. Může se jednat o celospolečenský přínos rodinné péče (v celém systému ji finančně a organizačně podpořit), dále uznat zátěž (psycholog doprovází pečovatele s pochopením ke střídajícím se pocitům viny, nenávisti a vděku) a zajistit zprostředkování informací o možných zdrojích pomoci (odlehčující služby, pečovatelská služba) a svépomoci (svépomocné skupiny, kontakt s rodinami, které mají podobný osud). (2)

Společnost by měla motivovat rodinu morálně, ekonomicky a sociálně. Důležitým úkolem společnosti je vytvoření dostatečného spektra i kapacity sociálních služeb, které by rodině usnadnily vykonávat danou funkci. (25)

Rodina zajišťující péči o nesoběstačného seniora by naopak měla pomoc vyhledávat, využívat ji, aby uplatnila opatření a podmínky pro udržení zdravého způsobu života ve svém okruhu, předešla sociální izolaci, snížila fyzický i psychický tlak, který sebou pečování nese. (44)

1. 1. 2 Rodina a osoba s mentálním postižením

Za osoby s mentálním postižením považujeme jedince, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Trvalé snížení rozumových schopností nastalo v důsledku organického poškození mozku (na základě strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku). (67)

Příčiny mentální retardace můžeme rozlišovat podle různých hledisek. V obecné rovině hovoříme o příčinách vnitřních (tj. endogenních – jsou zakódovány v systému pohlavních buněk, jejímž spojením vzniká nový jedinec, čili příčiny genetické) a vnějších (tj. exogenních – může se jednat o bezprostřední příčinu poškození mozku plodu či dítěte). (58)

Rozlišujeme je dle období působení na prenatální – působící od početí do narození, perinatální – působící těsně před, během a těsně po porodu a postnatální – působící po narození). Mezi nejčastější příčiny mentální retardace patří: následky infekcí a intoxikací, důsledky úrazů či fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu či výživy, anomálie chromozomů, nezralost, duševní poruchy, psychosociální deprivace aj. (58)

Diagnostika mentální retardace představuje dlouhodobý proces, u kterého musíme vzít v úvahu všechny systémy ovlivňující vývoj dítěte (zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální). Na základě stanovené diagnózy zvolíme optimální výchovné postupy, prostřednictvím kterých ovlivňujeme podmínky života a výchovy dítěte a dosáhneme postupných změn při vývoji dítěte. (67)

Důležité hledisko při hodnocení poruchy rozumových schopností je kvantita jejich úbytku. Lze ji stanovit srovnáním úrovně schopností takto postižené osoby s normou (psychologická diagnostika inteligence). (15)

Za nejčastěji používané vyjádření úrovně inteligence je považován inteligenční kvocient, zavedený Williamem Sternem (vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni, tj. mentálnímu věku, a mezi chronologickým věkem). (67)

Hodnotu IQ vypočítáme za pomocí vzorce:

$$IQ = \text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100 \quad (60)$$

Ke klasifikaci mentální retardace se v našich podmínkách používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí, která byla vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). (55)

Rozlišujeme následující základní kategorie:

- lehká mentální retardace - hodnoty IQ v rozmezí 50-69 (u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku na úrovni 9 – 12 let),
- středně těžká mentální retardace - hodnoty IQ v rozmezí 35-49 (u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku na úrovni 6 - 9 let),
- těžká mentální retardace - hodnoty IQ v rozmezí 20-34 (u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku na úrovni 3 – 6 let),
- hluboká mentální retardace - hodnoty IQ méně než 20 (u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky). (58)

Osoby s mentální retardací představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi druhy postižení. (15)

V populaci se nachází zhruba 3 – 4 % osob s mentálním postižením (čím hlubší postižení, tím nižší četnost výskytu – 2,6 % lehká mentální retardace, 0,4 % středně těžká mentální retardace, 0,3 % těžká mentální retardace a 0,2 % hluboká mentální retardace). (71)

Podle statistických údajů je v České republice přibližně 300 000 osob s mentálním postižením. (71)

V porovnání s minulostí se eviduje jistý nárůst této poruchy (což může mít 3 hlavní důvody – lepší diagnostika a evidence mentálního postižení; lepší lékařská péče a technika, která udrží při životě i novorozence, který by dříve zemřel brzy po porodu; narůstající dynamika vývoje civilizace, která má stále náročnější požadavky na místo jedince ve společnosti, tzn. jedinec, který by dříve spadl do širší normy, se dnes dostává pod tuto hranici). (71)

Na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného jedince se orientuje speciální pedagogika. Hlavním cílem je dosáhnout pokud možno nejvyšší míry sociální integrace (včetně pracovních a společenských možností uplatnění). (60)

Profesor Miloš Sovák rozdělil speciální pedagogiku na jednotlivé oblasti (pedie), které se zaměřují na konkrétní druhy postižení. Vzděláváním a výchovou osob s mentálním postižením se zabývá psychopedie. (60)

Sociální práce s osobami se zdravotním postižením tvoří důležitou a rozsáhlou oblast sociální práce. Jakýkoliv druh postižení (tělesné, smyslové, mentální) omezuje jedince v řadě důležitých oblastí (sebeobsluha, pohyb, komunikace, vzdělávání, zaměstnání, bydlení, partnerské vztahy). Sociální práce a sociální služby pro osoby se zdravotním postižením přispívají k odstraňování (či zmenšování) bariér, které musí tyto osoby v průběhu života překonávat. Jedná se o bariéry faktické (technické či organizační), ale také o bariéry v myšlení a postojích lidí (na straně osob s postižením a většinové společnosti). (11)

V dnešní době se usiluje o zapojení jedince s mentálním postižením v maximální možné míře do společnosti a umožnit jim žít plnohodnotný život. Péče o mentálně postižené se opírá především o pomoc rodinám při zajišťování péče o mentálně postiženého člena rodiny; výchovu, vzdělávání a rozvoj schopností; zaměstnávání a institucionalizované formy pomoci. (12)

Postoje k dítěti jsou na straně rodičů výsledkem předchozího života (odráží zkušenosti z jejich dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z dob zamilovanosti a z manželského života). Prvotní zjištění, že s dítětem není něco v pořádku, znamená značný otřes v postojích a představách rodičů. Je nutné přebudovat soustavu hodnot, upravit denní rozvrh a jinak plánovat do budoucna. Jedná se o mimořádnou zátěž, s níž se rodiče a ostatní nejbližší musí vyrovnat. (34)

Průběh vyrovnání se s narozením dítěte s postižením má charakteristické etapy, které jako první popsala E. Kubler-Ross. Jedná se o 6 stádií: počáteční šok, smlouvání, agrese, deprese, vyrovnání se s touto skutečností a akceptace (rodiče se smíří s narozením postiženého dítěte, přijmou je takové, jaké je; ne všichni rodiče dosáhnou stádia akceptace – u některých přetrvává rozčarování, smutek, zloba, což může vést k ambivalentním postojům k dítěti). (19)

Rodina tedy ve výsledku volí mezi možnostmi umístit své dítě v rezidenčním zařízení (domov, internátní školské zařízení) či přijmout dítě s postižením takové jaké je a akceptovat skutečnost, že má právo na svůj domov, přirozené prostředí, rodiče a sourozence. (52)

Vyrůstat v harmonickém rodinném prostředí má pro dítě s postižením výrazné psychoterapeutické i motivační účinky. (51)

Rodiny s těmito dětmi bývají ovšem společensky nedoceny. Pro rodiče nejsou dány žádné pracovní úlevy, rodina je ekonomicky oslabena a vlastní okolí bývá zpravidla skoupé na úctu a porozumění. (51)

Obvyklým průvodním problémem rodin s postiženými dětmi je jejich izolovanost, osamocenost a značné nároky na psychickou vyrovnanost rodičů. Z tohoto důvodu jsou tyto rodiny mnohem více ohroženy rozvodovostí. Aby byla rodinná péče efektivní, je nutné každou z těchto rodin podpořit nejen ekonomicky, ale zejména jí poskytnout odbornou lékařskou a metodologickou pomoc, včetně psychologického servisu (nejen pro samotné dítě, ale i pro rodiče, neboť péče o postižené dítě představuje vysokou míru psychické a fyzické zátěže). (51)

Z výše uvedeného vyplývá, že by měl existovat dynamický systém, v jehož rámci by rodina měla možnost pravidelných konzultací s odborným lékařem, pediatrem, rehabilitačním pracovníkem, speciálním pedagogem, sociálním pracovníkem a psychoterapeutem. Intenzita spolupráce rodiny a odborníků by vycházela ze stupně a druhu postižení dítěte. (51)

Rodina představuje důležitou roli i v dospělém věku u osob s mentálním postižením. (67)

Osoby s mentálním postižením potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, i přesto, že se nejeví příliš efektivní. Ovšem výsledky celoživotního učení jsou pro život takového jedince velmi užitečné zejména ve vedení k soběstačnosti. Pokud bychom ponechali dospělého jedince s mentálním postižením bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky by ztratil. (65)

Častým problémem je, že osoby s mentálním postižením jsou v rodinách příliš opatrováni, střeženi. Tato skutečnost ztěžuje (či zcela zabraňuje), aby postupovaly ve svém vývoji. Pro řadu rodičů je těžké dívat se na svou dceru či syna jako na dospělou osobnost a podporovat je v jejich svébytnosti. Najít rovnováhu mezi doprovázením, které osoba s mentálním postižením potřebuje i v dospělosti, a podporou svébytnosti, to je trvalá výzva pro všechny členy rodiny. Rodiče jsou zvyklí starat se o „dítě“ a často si nevšimnou, že nastala doba, kdy si dospělý člověk může některé činnosti vybírat sám (př. trávení volného času). (56)

Mnoho z nás (včetně rodičů) má sklon hovořit s osobami s mentálním postižením jako s dětmi, přestože se jedná o dospělé jedince. I když jejich chování může být leckdy neobvyklé a působit i jako dětinské, nikdo nemá žádné právo snižovat jejich důstojnost a jednat s nimi jako s méněcennými. (61)

Vlastní dospívání dětí a časná dospělost u osob mentálním postižením tedy přináší pro celou rodinu řadu nových vývojových úkolů. Je nutná restrukturalizace rodinných vztahů a úprava pravidel v rámci rodinného systému. (33)

Dané nároky lze do značné míry přirovnat k nárokům u rodin, které mají dospívajícího člena bez mentálního postižení (rodiče od dětí s postižením řeší jiné typy problému, nicméně míra jejich náročnosti je srovnatelná). (33)

Po ukončení školní docházky musí rodiče začít řešit otázky týkající se v ideálním případě přesunu do zaměstnání, nalezení chráněného bydlení či zajištění péče do budoucna o dítě s mentálním postižením jiným způsobem. Na tento proces se musí rodina připravit dostatečně dopředu, aby nebyla ukončením školní docházky zaskočena a nedostala se do rodinné krize. (33)

Osoby s lehčím stupněm postižení se zpravidla zapojují do pracovního procesu a v rodině jako doposud nalézají zázemí a útočiště při řešení řady svízelných problémů. (67)

Pro mladé lidi s těžším stupněm mentálního postižení se někdy podaří najít zaměstnání v tzv. chráněných dílnách (kam docházejí sami nebo za doprovodu rodinných příslušníků). (67)

Pokud jsou rodiče hlavními poskytovateli podpory a péče pro své dítě, spolu s plánováním budoucnosti začínají řešit i znepokojující otázku, co s jejich potomkem bude, až zemřou. Je doporučeno, aby již v období dospívání rodiče začali v maximální možné míře podporovat nezávislost a samostatnost u svého potomka. Snažili se vyhledat dostupné sociální služby, které mohou podporovat nezávislost mimo bydlení rodičů a pracovní uplatnění. (33)

Další problematická otázka pro rodiče je opatrovnictví (u dětí, které mají omezenou způsobilost k právním úkonům). Rodiče by měli vyhledat vhodného opatrovníka, ke kterému mají důvěru, a již za svého života na něj postupně přenášet dílčí kompetence. I samotná příprava dospělého jedince s mentální retardací na smrt jeho rodičů je nezbytná (dostatečně jej informovat o znalosti přirozeného běhu lidského života). (33)

Těžce postižení dospělí, o které se již rodiče nemohou trvale starat, využívají zařízení poskytující sociální služby (s denním, týdenním či trvalým pobytem). Nicméně i oni mají nadále potřebu pravidelného kontaktu se svoji rodinou. (67)

Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) akcentuje význam rodiny v péči o osoby se zdravotním postižením. Vytváří podmínky, aby jim potřebné služby mohly být zajišťovány v přirozeném prostředí. V případě nepříznivé sociální situace mají lidé nárok na poskytnutí individuální dávky (příspěvku na péči), který slouží k zajištění potřebné pomoci. Zvyšuje se možnost rodiny rozhodnout se, do jaké míry se bude sama podílet na zajištění péče o své příbuzné, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, případně které sociální služby jim z příspěvku na péči „zakoupí“, čímž se zvyšuje míra odpovědnosti rodiny za zprostředkování skutečně kvalitních služeb. (67)

1. 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Během lidského života nastává řada situací, se kterými se musíme vyrovnávat. Může se jednat jak o přirozené, radostné události, tak i o situace nepříznivé, mnohdy neočekávané (nemoc, zdravotní postižení, chudobu, ztrátu zaměstnání aj). Některé situace jsme schopni zvládnout vlastními silami či za pomoci svých blízkých, ovšem leckdy se stane, že danou sociální událost nejsme schopni sami vyřešit a tím pádem si nejsme schopni zabezpečit své základní životní potřeby. Pro danou skutečnost se vytváří systémy sociální ochrany obyvatel realizované v rámci sociální politiky státu. (27)

Jedná se o 3 pilíře sociálního zabezpečení: sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc. (22)

Sociální pomoc (neboli sociální péči) lze definovat jako pomoc, která je poskytována státem nebo jiným subjektem osobám nacházejících se ve stavu nouze s hlavním účelem uspokojení jejich potřeb v plném rozsahu. Úkolem daného systému je zabezpečení základních životních potřeb jedinců v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a zejména v těch sociálních situacích, kdy osoby nejsou schopny samy zabezpečovat své základní potřeby, a to ani s pomocí vlastní rodiny. Mezi základní nástroje sociální pomoci patří: sociální poradenství a sociálně právní ochrana, hmotná pomoc (peněžitá či věcná podoba) a sociální služby (dále jen SS). (23)

Mezi právní předpisy, které upravují SS, patří Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (dále ZSS) a spolu s ním i Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení daného zákona. (29)

ZSS přinesl nejvýznamnější změnu v systému SS (dříve označovaných sociální péče) za posledních 20 let. Tato změna se týkala jak uživatelů SS, poskytovatelů, ale i jejich zadavatelů. (42)

Zjednodušeně lze říci, že dříve občan žádal o službu a ta mu poté byla v rámci správního řízení pověřeným orgánem přidělena, kdežto v dnešní době si každý zájemce o SS sjednává její obsah s poskytovatelem samostatně (v rámci smluvního vztahu – smlouva o poskytování SS). (42)

Do roku 1989 byl hlavním poskytovatelem SS převážně stát a nabídka služeb byla značně omezená – vedle ústavní péče existovalo jen malé množství jiných typů služeb a potřebné služby byly většinou nahrazovány peněžitými dávkami. (14)

V důsledku společensko-politických změn na přelomu 80. a 90. let byly na řadu objektů, kde byly SS poskytovány, uplatněny restituční nároky. Což znamenalo, že bylo nutné nahradit tyto v naprosté většině nevyhovující objekty výstavbou nových moderních zařízení. Nejvýznačnější SS zahrnovaly zejména – domovy důchodců, penzióny pro důchodce, ústavy sociální péče pro dospělé či mládež a pečovatelskou službu. (31)

Rozvoj ve struktuře poskytovaných SS lze tedy zaznamenat od počátku 90. let 20. století. (14)

Změny týkající se oblasti SS také značně souvisí se změnami v rodině (dříve řadu SS zastávali a pokrývali zejména rodinní příslušníci). Velké množství aktivit, které v dnešní době považujeme za SS, dříve automaticky zajišťovala rodina. V důsledku demografického vývoje společnosti během 20. století dané skutečnosti nicméně postupně přestávají platit (snížení počtu dětí v rodině, mobilita obyvatelstva, trend samostatného bydlení a stárnutí populace – dožití vysokého věku jednotlivce a zvyšující se podíl obyvatel ve vysokém věku). (39)

ZSS je založen na společenském principu solidarity. Podle tohoto zákona mohou oprávněné osoby požádat o pomoc a podporu ze strany veřejné správy či poskytovatelů, pokud nejsou schopny svoji nepříznivou sociální situaci vyřešit vlastními silami či za pomoci svých blízkých. (62)

Hlavním cílem ZSS je co největší podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti. (62)

SS zohledňují nejen osobu uživatele, ale zároveň i jeho rodinu a skupinu, do které patří (popřípadě zájmy širšího společenství). (35)

Pomoc poskytnutá prostřednictvím SS nese základní znaky:

- dostupnost (nejedná se pouze o hledisko druhu a formy sociální služby, ale zahrnuje také hledisko územní, informační a ekonomické),
- efektivnost (dle potřeb uživatele),
- bezpečnost (oprávněná práva a zájmy uživatele nemohou být v žádném směru omezena),
- hospodárnost (snaha o maximální využití veškerých dostupných zdrojů),
- kvalitu (způsob a rozsah uspokojení potřeb a zájmů nejen uživatelů, ale také zadavatelů – tj. obcí a státu, kteří SS hradí z veřejných zdrojů). (62)

Měřítko kvality při poskytování SS je postavené na následujících zásadách:

- ochrana základních lidských práv a svobod uživatele SS (poskytovatel se zavazuje k bezpodmínečnému zajištění dodržování lidských práv pro uživatele SS),
- individualizace služby (služba vždy vychází z potřeb uživatele, stanoví se prostředky a cíle k jejich naplnění),
- odbornost (musí být určena struktura a počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného celoživotního vzdělávání, který vždy odpovídá potřebám cílové skupiny),
- provozní zabezpečení (důstojné prostředí poskytované SS, které zajišťuje možnosti přirozeného způsobu života). (42)

1. 2. 1 Základní terminologie

ZSS vymezuje základní pojmy:

- sociální služba je definována jako činnost nebo soubor činností, kterými se zajišťuje pomoc a podpora osobám za účelem sociálního začlenění nebo naopak prevenci sociálního vyloučení,
- nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení či ztráta schopnosti (např. z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky) řešit vzniklou situaci tak, aby dané řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav lze definovat jako nepříznivý zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a zároveň omezuje duševní, smyslové či fyzické schopnosti jedince a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,
- za přirozené sociální prostředí se považuje rodina a sociální vazby k osobám blízkým, nebo také domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám sdílející společnou domácnost či místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,
- sociálním začleňováním se rozumí proces, při kterém je zajištěno, že osoby sociálně vyloučené či sociálním vyloučením ohrožené, dosáhnou takových možností a příležitostí, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti, přičemž mohou žít způsobem, který je v dané společnosti považován za běžný,
- sociální vyloučení představuje vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti, (osoba nemá možnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace),
- dopady zdravotního postižení (tělesné, duševní, mentální, smyslové či kombinované) činí nebo mohou činit jedince závislého na pomoci druhé osoby,
- plán rozvoje sociálních služeb je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob v dané oblasti a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím všech dostupných zdrojů. (75)

Základní činnosti při poskytování SS představují účelově zaměřený okruh pomoci a podpory (stanovený okruh základních činností musí být v daném druhu SS poskytovatelem zajištěn). (62)

Mezi základní činnosti při poskytování SS patří: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně (popřípadě poskytnutí podmínek pro osobní hygienu); poskytnutí stravy (popřípadě pomoc při zajištění stravy); poskytnutí ubytování (přenocování); pomoc při zajištění chodu domácnosti; zajištění výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností; poskytnutí sociálního poradenství; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; dále sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů nebo při obstarávání osobních záležitostí; telefonická krizová pomoc; nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti, ale také další činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění; podpora při vytváření (zdokonalování) základních pracovních návyků a dovedností. (75)

Základní činnosti stanovené u jednotlivých druhů SS musí být poskytovány obligatorně. Ovšem vedle těchto povinně poskytovaných základních činností při zajišťování SS mohou být fakultativně poskytovány i další činnosti (uživatel si je může zvolit a sjednat s poskytovatelem podle svého vlastního výběru). (62)

Celkový rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností a spolu s ním i maximální výši úhrad za poskytnutí některých SS stanovuje provádějící vyhláška ZSS. (62)

1. 2. 2 Druhy a formy sociálních služeb

Podle ZSS se SS dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. (35)

Sociální poradenství lze definovat jako služby, které se zaměřují na zjišťování rozsahu a charakteru nepříznivé sociální situace a sledují příčiny jejího vzniku. Smyslem je poskytnout takové informace, které přispívají k řešení vzniklé nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství (povinně zajišťují všichni poskytovatelé SS) a odborné sociální poradenství (specializované poradny se zaměřením dle cílové skupiny nebo podle jevu). Sociální poradenství je poskytováno bez úhrady. (62)

Základní sociální poradenství zahrnuje poskytnutí informací, které směřují k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím SS; dále se jedná o poskytnutí informace o možnostech výběru druhu SS podle potřeb konkrétních osob, popřípadě navrhnout jinou formu pomoci (například dávky pomoci v hmotné nouzi); jako další zahrnuje poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby a také o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů, díky nimž se zabrání sociálnímu vyloučení či vzniku závislosti na SS); jako poslední se jedná o poskytnutí informace o možnostech podpory rodinných příslušníků v případě, kdy se spolupodílejí na péči o osobu blízkou. (73)

Odborné sociální poradenství zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zprostředkování navazujících služeb); dále zahrnuje sociálně terapeutické činnosti (zajištění poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie, vzdělávání) a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (jedná se o pomoc při vyřizování běžných záležitostí či při obnovení, popřípadě upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím). (73)

Je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin v občanských, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením nebo pro oběti trestných činů a domácího násilí. (62)

Služby sociální péče jsou podle ZSS definovány jako služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života společnosti a zajistit důstojné prostředí a zacházení. (75)

Výše maximální úhrady za poskytované služby je uvedena v příslušné vyhlášce k ZSS. (62)

Jedná se celkem o 14 druhů služeb sociální péče. (62)

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (75)

Jedná se o komplex služeb, jejichž cílem je pomoci osobě se zdravotním postižením nebo seniorovi zvládnout za pomoci osobního asistenta ty úkony, které by zvládal sám, kdyby se neocítl v nepříznivé sociální situaci (např. dohled a doprovod při zajišťování pracovních činností). (62)

Pečovatelská služba je terénní či ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, či se jedná o rodiny s dětmi, které vyžadují pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech nebo v zařízeních SS. (75)

Jedná se o zajištění základních životních potřeb osoby a chodu domácnosti (dovoz jídel, pomoc při osobní hygieně a úklid domácnosti). (62)

Tisňová péče je terénní služba poskytovaná nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikací s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života (v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností). Díky službě je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc. (75)

V rámci nepřetržité distanční hlasové a elektronické služby, v případě ohrožení života nebo zdraví, se jedná o zajištění zákroku zdravotnické záchranné služby, policie či hasičů. Signalizační hlásič (náramek, přívěšek) má uživatel na sobě a v případě potřeby stačí stisknout tlačítko. (62)

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní či ambulantní služby, které jsou poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku či zdravotního postižení zejména v oblasti komunikace a orientace. (75)

Služby napomáhají těmto jedincům vyřídit si osobní záležitosti (většinou se jedná o osoby se smyslovým postižením). (62)

Podpora samostatného bydlení je terénní služba, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního onemocnění) a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby. (75)

Jedná se o období pečovatelské služby, nicméně se více zaměřuje na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet (určena bližšímu okruhu uživatelů). (62)

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. O tyto osoby je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, kdy smyslem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. (75)

Odlehčovací služby mohou být nazývány jako sdílené (respitní). (62)

Centra denních služeb jsou ambulantní služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení (jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby). (75)

Hlavním cílem je pomoc s vyřízením osobních záležitostí, nabídka sociálně terapeutických činností a zajištění pomoci s osobní hygienou. (62)

Denní stacionáře jsou ambulantní služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, přičemž jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (75)

Během dne je v tomto zařízení zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. (62)

Týdenní stacionáře jsou pobytové služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, přičemž jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. V daném zařízení je obvykle pobyt osobám se sníženou soběstačností zabezpečován po dobu pracovních dnů. (62)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením zajišťují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, přičemž jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby. (75)

Jedná se o službu s celoročním provozem a je vhodná pro osoby, u kterých nelze zabezpečit pomoc v přirozeném sociálním prostředí. (62)

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby. (75)

Jedná se o SS s celoročním provozem, která je určena pro seniory, kterým z objektivních důvodů nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí. Zahrnuje komplexní péči (strava, ubytování) a současně i výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. (62)

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo osobám s různým typem demence. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. (75)

Chráněné bydlení je pobytová služba, která je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního). Situace těchto osob vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení může mít formu individuálního či skupinového bydlení. (75)

Jedná se o moderní typ SS, která je určena pro osoby se zdravotním postižením, které jsou schopny žít víceméně samostatně v prostředí, které je díky svému charakteru totožné s běžným bytem. (62)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou pobytové služby určeny osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale díky zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby (nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim bude zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních, ambulantních či pobytových SS). (75)

Služby sociální prevence ZSS vymezuje jako služby, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které tímto jevem mohou být ohroženy (pro krizovou sociální situaci; životní návyky či způsob života, který vede ke konfliktu se společností; pro sociálně znevýhodňující prostředí; nebo pro ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby). Cílem služeb je pomoc osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a dále chránit společnost před vznikem či šířením nežádoucích společenských jevů. (35)

V rámci služeb sociální prevence jsou také realizovány probační programy pro mladistvé či probačně resocializační programy uložené soudem (případně rozhodnutím státního zástupce). Tyto programy zahrnují obecně prospěšnou činnost, vzdělávací, doškolovací či rekvalifikační služby či jiné programy, které jsou určeny k rozvíjení sociálních dovedností a osobnosti uživatele. (62)

Výše maximální úhrady za poskytované služby je uvedena v příslušné vyhlášce ZSS. Jedná se celkem o 18 druhů služeb sociální péče. (62)

Raná péče je terénní nebo ambulantní služba, která se poskytuje dítěti a jeho rodičům. Služba se poskytuje do 7. roku dítěte, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte vzhledem k jeho specifickým potřebám. (75)

Telefonická krizová pomoc je terénní služba, která se poskytuje na přechodnou dobu osobám nacházejícím se v situaci ohrožení zdraví, života nebo v jiné obtížné situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. (75)
Jedná se o provozování linek důvěry či obdobných telefonních služeb. (62)

Tlumočnické služby jsou terénní či ambulantní služby, které se poskytují osobám s poruchami komunikace, které jsou způsobeny zejména smyslovým postižením. Postižení zamezuje komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. (75)

Azylové domy zajišťují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. (75)

Může se jednat o azylové domy různého typu (například azylové domy pro rodiče s dětmi, pro ženy, pro muže). (62)

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti musely opustit školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy, dále mohly být propuštěny ze zařízení pro péči o děti a mládež nebo byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody či ochranné léčby. (75)

Dá se říci, že domy na půl cesty poskytují svým uživatelům podmínky pro úspěšný start do života. (62)

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která zajišťují ambulantní či terénní služby pro osoby ohrožené závislostmi na návykových látkách. Hlavním cílem služby je dosáhnout snížení zdravotních a sociálních rizik, které jsou se zneužíváním návykových látek spojeny. (75)

Krizová pomoc může být terénní, ambulantní či pobytová služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám nacházejícím se v situaci, která ohrožuje jejich život nebo zdraví. Tyto osoby nejsou po přechodnou dobu schopny řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci vlastními silami. (75)

Intervenční centra poskytují ambulantní, terénní nebo pobytové služby. V souvislosti s rozhodnutím o vykázaní ze společného obydlí nebo zákazu vstupu do něj je osobě, která je ohrožena násilným chováním vykázané osoby, nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení opisu rozhodnutí intervenčnímu centru. Pomoc ovšem může být poskytnuta i na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby, která s ní společně obývá obydlí bez takového podnětu bezprostředně poté, co se intervenční centrum dozvědělo o ohrožení osoby násilným chováním. (75)

Součástí dané služby je zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi jednotlivými intervenčními centry, poskytovateli SS, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, Policií České republiky aj. (62)

Nízkoprahová denní centra zajišťují ambulantní či terénní služby pro jedince bez přístřeší. (75)

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nabízejí ambulantní či terénní služby pro děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohroženou společensky nežádoucími jevy. Hlavním cílem je zlepšit jejich kvalitu života (předcházení nebo snižování sociálních a zdravotních rizik, které souvisejí s jejich způsobem života), umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a dále vytvářet podmínky, které povedou k řešení jejich nepříznivé sociální situace. (75)

Jedná se také o smysluplné využití volného času. (62)

Noclehárny nabízejí ambulantní služby osobám bez přístřeší s možností využít hygienické zařízení a přenocování. (75)

Služby následné péče zahrnují ambulantní nebo pobytové služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním či osobám závislým na návykových látkách, které prodělaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, popřípadě osobám, které abstinují. (75)

Hlavní zásadou je pomoc při zvládnutí běžných životních podmínek a zabránění recidivy závislosti na návykových látkách. (62)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi představují terénní, popřípadě ambulantní služby, které jsou poskytovány rodině s dítětem, u něhož je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace. Vzniklou situaci nedokážou rodiče sami bez pomoci překonat a existují zde další rizika ohrožení vývoje u dítěte. (75)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením představují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. (75)

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení. (75)

Z tohoto důvodu nejsou umístitelné na otevřeném či chráněném trhu práce. Smyslem služby je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností. (75)

Terapeutické komunity zajišťují pobytovou službu osobám, které jsou závislé na návykových látkách nebo mají chronické duševní onemocnění a mají zájem o běžné začlenění do života. (75)

Hlavním cílem tedy je zbavit uživatele služby závislosti na návykových látkách a spolu s tím mu vytvořit dobré podmínky pro začlenění do společnosti. (62)

Terénní programy jsou terénní služby pro osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy (problémové skupiny osob, uživatelé návykových či psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách). (75)

Sociální rehabilitace může být poskytována ambulantní, terénní či pobytovou formou. Jedná se o soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. (75)

Služba je určena nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale také pro osoby, které jsou sociálním vyloučením ohroženy z jiného důvodu (skrz svoji etnickou příslušnost, chudobu, dlouhodobou nezaměstnanost). (62)

SS se mohou poskytovat v následujících formách:

- pobytové služby (spojeno s ubytováním v zařízení poskytující SS),
- ambulantní služby (osoba dochází, je doprovázena nebo je dopravována do zařízení SS; součástí služby není ubytování),
- terénní služby (služby poskytovány v přirozeném prostředí uživatele SS). (75)

1. 2. 3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) upravuje ZSS a spolu s ním i provázející vyhláška. (75)

Jedná se o měsíčně opakující se peněžitou dávku, která náleží fyzickým osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. (62)

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby v oblasti běžné péče o vlastní osobu a v rámci zajištění soběstačnosti. (75)

Péče o vlastní osobu zahrnuje zejména úkony, které jsou spojeny se zajištěním či přijímáním stravy, osobní hygienou, oblékáním, vlastním pohybem. Kdežto soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života (například schopnost komunikovat, nakládat s financemi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat, uklidit). (31)

O příspěvku rozhoduje a vyplácí jej obecní úřad obce s rozšířenou působností a nemá na něj nárok osoba mladší 1 roku. (62)

Příjemcem příspěvku na péči je oprávněná osoba (případně zákonný zástupce či jiná fyzická osoba, která má nezletilou oprávněnou osobu svěřenu do péče). Žadatel o příspěvek na péči, oprávněná osoba či jiný příjemce mají povinnost podrobit se lékařskému vyšetření a sociálnímu šetření, plnit ohlašovací povinnost a využívat příspěvek k zajištění potřebné pomoci. (40)

Náklady, které jsou spojené s příspěvkem, jsou hrazeny ze státního rozpočtu. (75)

Závislost na pomoci jiné fyzické osoby je stanovena ve čtyřech stupních: lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. (35)

Míra závislosti se určuje počtem úkonů (vyjmenované v ZSS), které osoba není schopna samostatně zvládat, a je stanovena na základě lékařského vyšetření (nález ošetřujícího lékaře) a sociálního šetření (terénní šetření sociálních pracovníků). (35)

Výše příspěvku je stanovena ZSS a určuje se podle věku (příspěvek je rozdílný pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší 18 let) a dále s ohledem na stupeň závislosti. (35)

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc

Stupeň závislosti	Osoby do 18 let věku	Osoby starší 18 let
stupeň I. (lehká závislost)	3.000 Kč	800 Kč
stupeň II. (středně těžká závislost)	5.000 Kč	4.000 Kč
stupeň III. (těžká závislost)	9.000 Kč	8.000 Kč
stupeň IV. (úplná závislost)	12.000 Kč	12.000 Kč

Zdroj: ZSS

Příspěvek je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda je jim pomoc zajišťována s využitím přirozených zdrojů (zpravidla rodinou) nebo poskytovatelem SS. Klient má možnost sám se rozhodnout o způsobu zabezpečení svých potřeb. Stát tedy nerozhoduje o tom, kdo se o občana postará (volbu má sám občan), což by mělo zvýšit efektivnost využití finančních prostředků, které jsou směřovány v rámci dotací nestátním subjektům. (31)

Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí kontrolu využívání příspěvku u registrovaného poskytovatele SS. Zjišťuje se, zda je příspěvek skutečně využíván k zajištění pomoci a zda je osobě, které byl příspěvek přiznán, poskytována pomoc odpovídající stanovenému stupni závislosti. (68)

Jsou-li shledány vážné nedostatky, může být poskytovateli SS odebrána registrace (kontrola je vždy směřována na činnost, která je prostřednictvím příspěvku financována). (35)

Zajišťuje-li péči rodinný příslušník, neexistuje žádný nástroj kontroly, díky němuž by se zjistilo, zda potřebná osoba péči skutečně dostává. (68)

Nejedná se o poskytování SS, ale o tzv. neformální výpomoc. Daný příspěvek může výrazně zlepšit situaci právě u těchto pečujících rodinných příslušníků. Zejména z toho důvodu, že nadále není omezena jejich výdělečná činnost a není zde stanovena podmínka celodenní péče. (35)

1. 2. 4 Poskytovatelé sociálních služeb

V resortním pojetí mohou být za zřizovatele SS považovány obce, kraje (v rámci své samostatné působnosti mohou SS zřizovat jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity – zejména pokud se jedná o službu nenáročnou na personál, prostory a techniku, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu) a Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV) v současnosti zajišťuje zejména specializované ústavy sociální péče s celostátní působností. (35)

Obce a kraje se zaměřují zejména na vytváření vhodných podmínek, díky kterým se zajišťuje rozvoj SS (zjišťují se skutečné potřeby lidí a zdroje k jejich uspokojení). Úkol MPSV zahrnuje přípravu dlouhodobých systémových opatření, příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality SS. (72)

Dalším zřizovatelem a poskytovatelem SS mohou být v našich podmínkách i nestátní neziskové organizace. (35)

Jedná se o sociální subjekty, které vedle státu usilují o pomoc občanům. Jejich cílem jsou sociální programy, které jsou realizovány, aniž by sledovaly zisk jakožto hlavní smysl svého snažení. (36)

Dané subjekty mohou na svoji činnost dostávat dotace z veřejných rozpočtů (obcí, krajů a ministerstev), ovšem na tyto dotace nemají právní nárok. Nestátní poskytovatelé SS vznikají jako právnické osoby od roku 1990 (až do této doby nestátní subjekty v podstatě neexistovaly). Jedná se o následující právní formy: občanské sdružení, obecně prospěšná společnost, církevní právnická osoba či nadace (posledně jmenované ovšem mohou činnost poskytovatelů SS jen financovat, nemohou samy služby poskytovat). (35)

Dalším poskytovatelem SS mohou být v našich podmínkách také fyzické osoby. (35)

Všechny druhy organizací, které poskytují SS, jsou leckdy v odborné literatuře označovány za agentury. Za zřizovatele je považován subjekt, který je za práci poskytovatele odpovědný. Jedinec, který využívá SS, je označován jako uživatel (případně klient). (35)

Za poskytovatele SS nejsou považováni rodinní příslušníci, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí, a subjekty, které nejsou jakožto poskyvatelé SS registrováni podle ZSS (např. soukromá úklidová firma). (45)

ZSS je nastaven tak, že dává přednost nestátním poskytovatelům SS, kdežto obce, obce s rozšířenou působností a kraje působí pouze podpůrně (zajišťují SS v situacích, kde je nelze nikým jiným zajistit a hrozila by újma na zdraví či životě osoby, která službu potřebuje; dále zjišťují ve svém obvodu potřebu SS, zprostředkovávají dostupnost informací o SS a zpracovávají střednědobé plány rozvoje SS na svém území). (35)

SS lze tedy poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci (vydává jej místně příslušný krajský úřad). Podmínky pro registraci jsou stanoveny ZSS. (35)

Krajský úřad (dále jen KÚ) vede registr poskytovatelů SS (v elektronické a listinné podobě). (75)

Pokud poskytovatel SS přestane splňovat podmínky registrace, zvláště závažným způsobem poruší své povinnosti nebo nesplňuje standardy kvality poskytovaných služeb (a tyto nedostatky neodstraní), může mu registrující orgán registraci také zrušit. Pokud se poskytovatel SS rozhodne svoji činnost ukončit, může o zrušení registrace požádat sám (toto zrušení má však převážně sankční charakter - je to jeden z nástrojů ochrany uživatelů a jejich zájmů, aby nedocházelo k porušování jejich práv). (35)

Za další nástroj ochrany uživatelů SS ze strany státu patří institut inspekce poskytování SS. Inspekci provádí registrující orgán. (35)

Ve většině případů ji provádí KÚ, případně MPSV (je-li KÚ ve funkci zřizovatele či zakladatele). (75)

Inspekci provádí inspekční tým. Ten se skládá minimálně ze tří členů (alespoň 1 člen musí být zaměstnanec z KÚ či MPSV) a provádí se v místě poskytování SS. Inspektor nesmí být v pracovněprávním vztahu k poskytovateli SS v kraji, kde je inspekce konána. Po inspekci se vytváří inspekční zpráva, kde je zaznamenán výsledek hodnocení. (75)

Předmětem inspekce u poskytovatelů SS je kontrola plnění podmínek, které byly stanoveny pro registraci, dále kontrola plnění povinností poskytovatelů SS, ale také se zaměřují na hodnocení kvality poskytovaných SS. (75)

Kvalita poskytovaných SS se ověřuje pomocí standardů kvality SS. Jedná se o soubor kritérií, prostřednictvím kterých je definována úroveň kvality poskytovaných SS. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů a jejich konkrétní obsah stanovuje prováděcí vyhláška. (75)

Zjednodušeně se dá říci, že se jedná o soubor měřitelných a do jisté míry i ověřitelných kritérií, přičemž hlavním cílem je posoudit kvalitu SS jako celku, ale i kvalitu jednotlivé poskytované služby. (42)

Pojmem kvalita rozumíme schopnost uspokojit zájmy a potřeby nejen uživatelů SS, ale také zadavatelů. (43)

Za důležitý rys standardů patří obecnost, což znamená, že jsou použitelné na celou škálu SS. (62)

Ovšem jejich praktická aplikace pro jednotlivá konkrétní zařízení je poměrně obtížná. (43)

Kladou velké nároky nejen na poskytovatele (vyžadují míru kreativity, odpovědnosti), ale i na samotného uživatele (princip subsidiarity). Mezi základní principy SS, které vymezuje ZSS patří: nezávislost, autonomie, integrace, respektování potřeb, partnerství, komunikace a subsidiarita. (5)

Standardy umožňují poskytovatelům vytvářet službu přímo na míru skutečným potřebám konkrétních uživatelů (individuální plánování) a dále mají poskytovatelé možnost vytvářet vlastní metodiky, směrnice a pravidla tím způsobem, aby odrážela specifika jednotlivých služeb a uživatelů. (5)

Standardy obsahují tři celky: procedurální standardy (určují, jak má poskytovaná služba vypadat), personální standardy (popisují personální zajištění služeb) a provozní standardy (určují podmínky pro poskytování služeb). (43)

1. 2. 5 Smlouva o poskytování sociálních služeb

Podle ZSS je poskytování SS založeno na smluvním principu. Dojednávání druhu a rozsahu poskytované služby podle individuálních potřeb uživatele, včetně konkrétních podmínek, za kterých bude SS poskytována, patří k významnému kroku k uplatňování svobodné vůle uživatelů. (40)

Jedná se o soukromoprávní smlouvu, ke které se vztahují všechna ustanovení občanského zákoníku. O potřebách osob není již „někým rozhodováno“, ale tyto osoby jsou samy účastníky při sjednávání podmínek poskytované služby, čímž se zvyšuje odpovědnost každého uživatele SS při řešení vlastní nepříznivé sociální situace. (40)

Podle ZSS je tedy uživatelem kdokoli, kdo trvale či dočasně vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem SS. (62)

Poskytovatel SS může odmítnout uzavření smlouvy o poskytování SS pouze, pokud neposkytuje SS, o kterou osoba žádá, dále pokud nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí SS, popřípadě pokud zdravotní stav osoby žádající o pobytovou SS, vylučuje poskytnutí takovéto SS. Poskytovatel SS je povinen osobě na její žádost vydat písemné oznámení, ve kterém je z výše zmíněných důvodů uvedeno odmítnutí uzavření smlouvy. V ostatních případech má poskytovatel povinnost vést jednání, která směřují k uzavření smlouvy. (40)

Uzavření písemné smlouvy je nutné pouze v některých případech (osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením aj.). (62)

Povinnost uzavření smlouvy o poskytování SS lze hodnotit pozitivně, protože tím dojde k posílení postavení klienta, co by „zákazníka“, a vztah mezi poskytovatelem SS a jejich příjemcem se tak stane přehlednější. (35)

1. 2. 6 *Financování sociálních služeb*

Financování SS velmi úzce souvisí s jejich plánováním a spolu s tím i s odpovědností za jejich síť. (42)

ZSS přinesl zásadní změny v oblasti financování SS. Cílem těchto změn je především:

- umožnit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a spolu s ním přechod od tzv. „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“,
- sjednotit podmínky k získání veřejných prostředků pro všechny subjekty poskytující péči a dále zabezpečit jejich rovnoprávné postavení a stabilní způsob financování,
- zajistit spoluúčast občana (ať už uživatele či pacienta) při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na osoby se zdravotním postižením a poživatele starobního důchodu,
- vhodně zahájit proces deinstitucionalizace a individualizace péče,
- snažit se reagovat na evropské trendy. (31)

Stěžejním faktorem, který znamenal zásadní kvalitativní změnu v oblasti financování sociální péče, bylo zavedení dávky příspěvku na péči. Stát tedy již nerozhoduje o tom, kdo se o občana postará, neboť volba je na jedinci samém.

Společenský efekt poté spočívá v tom, že se jedná o lepší a účelnější využívání veřejných prostředků (oproti principu „dotace na lůžko“, kdy poskytování dotací provozovatelům služeb vedlo k expanzi a neefektivnímu nadužívání). (49)

SS mohou být občanům poskytovány bez úhrady, s částečnou nebo plnou úhradou nákladů. Výše sjednané úhrady je vždy sjednána ve smlouvě, která se uzavírá mezi poskytovatelem a uživatelem SS. (75)

Maximální výše úhrady je stanovena provázející vyhláškou ZSS. (35)

Bez úhrady je zpravidla poskytováno sociální poradenství, raná péče, krizová pomoc, sociálně aktivizační programy pro rodiny s dětmi či pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny aj. Kdežto za úhradu se poskytují zejména pobytové služby v domově pro seniory, týdenním stacionáři, chráněném bydlení, v domově pro osoby se zdravotním postižením aj. (lze říci, že se jedná o služby, které zahrnují ubytování, stravování a péči ve sjednaném rozsahu). (49)

Financování SS označujeme za vícezdrojové. Zdroje financování závisejí na řadě faktorů, které souvisejí jak se službou (produktem), tak i s jejím poskytovatelem (právní formou organizace, která SS poskytuje). (49)

Do zdrojů příjmů zahrnujeme: dotace ze státního rozpočtu, dotace z rozpočtů obcí, měst či regionů, prostředky získané z programu Evropských společenství, příspěvky zřizovatelů na činnost, úhrady od uživatelů (tj. příjemců služby), úhrady z veřejného zdravotního pojištění, dary, vedlejší hospodářská či mimořádná činnost (prodej výrobků, pronájem nebytových prostor), ostatní granty a příspěvky na sekundární a terciární aktivity poskytovatele, ostatní zdroje. (49)

Financování pobytových SS je založeno na 3 pilířích (platby od uživatelů SS, státní dotace a platby z veřejného zdravotního pojištění - výše jednotlivých zdrojů je variabilní, v podstatě závisí na struktuře uživatelů, kvalitě poskytované péče a na typu zřizovatelského subjektu), kdežto u ambulantních a terénních SS se opírá pouze o 2 zdroje (platby od uživatelů SS a státní dotace). (49)

Po úhradě nákladů za ubytování a stravu musí osobě vždy zůstat minimálně 15 % jejího příjmu. (40)

Poskytovatel SS se také může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s rodinnými příslušníky osoby (např. s manželkou, manželem, rodiči nebo dětmi), které je SS poskytována, pokud ona sama nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. (40)

1. 2. 7 Poradenství pro uživatele sociálních služeb

Systém poradenství SS vznikl pod patronací Národní rady osob se zdravotním postižením (dále NRZP), za aktivní spoluúčasti odborníků Výzkumného centra integrace osob se zdravotním postižením. (40)

Projekt podporuje MPSV, jehož celostátní síť poradců je zajištěna v rámci dotačního programu podpory SS. Smyslem projektu bylo v reakci na nový systém SS (v přímé reakci na přijetí ZSS) vybudovat organizační a obsahový rámec funkčního systému „Poradenství uživatelům sociálních služeb“. (53)

Zahájení projektu se konalo na konci roku 2006, kdy bylo zprovozněno zhruba 80 poraden, které se nacházely převážně v bývalých okresních městech. Od září roku 2009 je k dispozici také E-poradna. Postupem času byl počet poraden redukován a od 1. 1. 2010 je k dispozici poradenské pracoviště vždy pouze v krajském městě (které je zároveň součástí Regionálního pracoviště NRZP pro konkrétní kraj). Pro Jihomoravský kraj sídlí poradna v Brně. (53)

Systém poradenství pro uživatele SS (dále jen systém poradenství) spadá do širšího rámce poradenství pro osoby se speciálními potřebami, osoby se zdravotním postižením, osoby znevýhodněné v důsledku nedostatku schopností sebeobsluhy, orientace, nosného a pohybového aparátu či omezení, které vyplývá z věku aj. (40)

Mezi základní činnosti v rámci systému poradenství patří pomoc a podpora v oblasti smluvních vztahů mezi uživateli a poskytovateli SS (např. rada při vhodném výběru SS v regionu; postup při jednání s poskytovatelem SS; pomoc s rozbořem a vyhodnocením textu smlouvy; postup při plnění podmínek smlouvy, řešení neshod mezi oběma stranami), dále v oblasti zahrnující příspěvek na péči (např. vymezení okruhu oprávněných osob; informace o pravidlech vyplácení příspěvku na péči a zásadách jeho užití; jak se má postupovat při převádění příspěvku na poskytovatele SS) a také zahrnuje ostatní poradenskou činnost (např. informace, rada směřující k řešení nepříznivé sociální situace; zajištění zprostředkování navazujících služeb a potřebných kontaktů; poradenství nebo podpora rodinných příslušníků pečujících o člena rodiny; informace o dávkách státní sociální podpory či dávkách sociální pomoci). (41)

Poradna je určena občanům České republiky (na základě trvalého nebo obdobného pobytu), kteří jsou nebo se hodlají stát uživateli SS. Nejčastěji poradny využívají občané se zdravotním postižením, senioři, rodiče dětí se zdravotním postižením, rodinní příslušníci uživatelů SS či zástupci poskytovatelů SS. (40)

Posláním systému poradenství je zajistit dostupnou a účinnou podporu všem občanům, kteří potřebují nebo využívají SS. (41)

Základní cíle poradenství:

- působit na zlepšování SS nejen v jednotlivých případech, ale i v rámci celého systému,
- usilovat o zvyšování právního vědomí, samostatnosti, vědomostí a dovedností uživatelů SS potřebné pro řešení jejich vlastní situace (hlavně ve vztazích s poskytovateli SS),
- vyřešit individuální poradenský případ způsobem, který naplňuje cíle a zásady SS, pravidla stanovená obecně závaznými předpisy a vnitřními předpisy poradenství uživatelům se zohledněním potřeb a možností uživatele služby. (41)

Principy uplatňované v poradnách:

- nediskriminační přístup (tzn. rovný přístup ke všem jednotlivcům či skupinám z řad potencionálních či současných uživatelů),
- nezávislost (systém poradenství je nezávislý na subjektech, které se podílejí na řešení sociální situace uživatele – hlavně na poskytovatelích a zadavatelích služeb či místních organizacích veřejné správy; tento princip je stejným způsobem realizován i ve vztahu k uživateli služby),
- autonomie (systém poradenství svými výstupy ovlivňuje uživatelovu sociální situaci, ovšem respektuje autonomní sféru rozhodování a osobních zájmů uživatele),
- integrace (zajištění podpory, která uživateli umožňuje setrvat v přirozeném prostředí rodiny a místní komunity),
- respektování potřeb (v rámci poradenského procesu se objektivně vyhodnotí reálné potřeby uživatele a aktivity v rámci poradenství se zaměřují k jejich naplňování),
- partnerství a komunikace (v rámci poradenství se tento princip naplňuje v několika rovinách – vedle vztahů poradců a uživatelů služeb se jedná i o vztahy uvnitř služby, mezi jednotlivými stupni řízení a organizace poradenství uživatelům),
- subsidiarita (v poradenském procesu se usiluje o řešení sociální situace uživatele způsoby či prostředky, které jsou pro uživatele nejvhodnější a nejdostupnější),
- bezplatnost (služby v rámci poradenského procesu jsou všem uživatelům poskytovány bezplatně, náklady na službu jsou hrazeny z dotace poskytovateli či dalšími zdroji). (41)

1. 3 OKRES BLANSKO

Okres Blansko (dále jen BK) se rozkládá v severní části Jihomoravského kraje (dále jen JmK). S rozlohou 86 267 ha se řadí k nejmenším okresům JmK. (9)

Členitý povrch území charakterizují zejména vrchoviny (Hornosvratecká vrchovina, Boskovická brázda a Dražanská vrchovina). Hospodářství v okrese má průmyslově-zemědělský charakter (z průmyslových odvětví má nejdůležitější postavení se svou tradicí strojírenství). Zaměstnanosti na okrese BK napomáhá snadná dopravní dostupnost brněnských podniků. (9)

Z hlediska cestovního ruchu je okres atraktivní oblastí pro tuzemské i zahraniční návštěvníky. Nejzajímavější reliéfovou i krajinnou jednotkou blanenského okresu je chráněná krajinná oblast Moravský kras (Punkevní jeskyně - propast Macocha, Balcarka, Kateřinské a Sloupsko – Šošůvské jeskyně). (9)

Administrativně se okres BK člení na 116 obcí a dále pak na 174 částí obcí. Statut města má 8 obcí (Adamov, BK, Boskovice, Kunštát, Letovice, Olešnice, Rájec-Jestřebí a Velké Opatovice) a městyse 9 obcí (Černá Hora, Doubravice nad Svitavou, Jedovnice, Knínice u Boskovic, Křtiny, Lysice, Ostrov u Macochy, Sloup a Svitávka). (9)

Podle správního uspořádání obcí na území okresu BK působí dvě obce s rozšířenou působností (dále jen ORP) – BK a Boskovice (obce 3. stupně). (9)

Správní obvod Boskovice má rozlohu 511 km² (73 obcí) a BK s rozlohou 351 km² (43 obcí). K nižšímu správnímu členění – v rámci ORP Boskovice jsou celkem 3 pověřené obecní úřady (Letovice, Velké Opatovice - obce 2. stupně; a Boskovice), v rámci ORP BK jsou 2 pověřené obecní úřady (Adamov - obec 2. stupně; a BK). (9)

Podle údajů Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) měl okres BK k 31. 12. 2009 celkem 106 539 obyvatel, přičemž se jednalo o 54 180 žen a 52 359 mužů. (7)

Za rok 2009 se narodilo 1 192, zemřelo 1091, přistěhovalo se 1 185 a vystěhovalo 995 obyvatel. Celkem došlo k nárůstu o 291 obyvatel. (8)

Tabulka 2: Okres Blansko - počet obyvatel podle pohlaví a věku k 31. 12. 2009

Věková skupina	Muži	Ženy	Celkem
0-14	7 796	7 458	15 254
15-64	37 750	36 552	74 302
65 +	6 813	10 170	16 983
celkem	52 359	54 180	106 539

Zdroj: ČSÚ JMK 2010

Tabulka 3: Okres Blansko – pohyb obyvatelstva v roce 2009

Ukazatele	Počet osob
stav 1. 1.	106 248
živě narození	1 192
zemřelí	1 091
přistěhovalí	1 185
vystěhovalí	995
přírůstek	291
- přirozený	101
- stěhování	190
stav 31. 12.	106 539
průměrný věk	40,7

Zdroj: ČSÚ JMK 2010

3. 1. 1 Komunitní plánování sociálních služeb

Komunita je skupina osob žijící v geograficky vymezené lokalitě. Existují mezi nimi sociální vazby, které jsou dány příbuzenstvím, přátelstvím, známostmi, ale také díky účasti na aktivitách komunity a některým formám ekonomické směny (např. kupování zboží a služeb). Lidé jsou navzájem citově vázáni nejen k sobě, ale zároveň i k místu, kde žijí. (38)

Prostřednictvím komunitní práce směřujeme k vyvolání a podporování změny v rámci místního společenství. (38)

Komunitní plánování (dále jen KP) je metoda, která nám umožňuje zpracovávat rozvojové materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni místní komunity (obce, kraje). Charakteristickým rysem metody je důraz kladený na zapojování všech osob, kterých se příslušná oblast týká, dále na vzájemný dialog a vyjednávání mezi nimi, ale také na dosažení výsledku, který většina účastníků přijala a podporovala. (47)

Metoda řeší složité společenské, mravní a ekonomické vztahy vyjednáváním o budoucích krocích a spolupráci při jejich naplňování. (30)

Může být použita pro řadu oblastí (ochrana životního prostředí, tvorba strategických rozvojových plánů obcí, preventivně zdravotnické programy, programy na prevenci kriminality aj.). (47)

Prostřednictvím metody KP SS lze na úrovni obcí či krajů plánovat SS tím způsobem, aby odpovídaly místním specifikům, i potřebám jednotlivých občanů. Jedná se o otevřený proces zjišťování potřeb a zdrojů, včetně hledání nejlepší cesty řešení v oblasti SS. (47)

Cílem KP SS je posilovat vlastní soudržnost komunity, dále podporovat sociální začleňování a usilovat o předcházení sociálního vyloučení (nejen jednotlivců, ale i skupin). (47)

Mezi účastníky KP řadíme: zadavatele (odpovědná osoba za zajištění SS tím způsobem, aby odpovídaly místním potřebám; obec a kraj), poskytovatele (všichni poskytovatelé služby - státní/nestátní, ziskové/neziskové, ale i osoby pečující o své blízké), uživatele (osoby v nepříznivé sociální situaci, pro které jsou služby určeny; jedině uživatelé mohou poskytnout informace o kvalitě SS), veřejnost (všichni zájemci, kterým nejsou SS a jejich poskytování lhostejné a jsou ochotni aktivně přispět k vytvoření plánu a jeho realizaci), další organizace (místní organizace a zájmové skupiny, kterých se poskytování SS dotýká – např. nemocnice, úřady práce, nestátní neziskové organizace). (30)

KP vychází z následujících principů: partnerství mezi všemi účastníky (potřeby, cíle, názory všech zúčastněných mají stejnou hodnotu), zapojování místního společenství (formy zapojení a oslovování např. dle místa bydliště, způsobu života, zájmů; nikdo nesmí být vyloučen či jinak diskriminován), hledání nových lidských i finančních zdrojů (spolupráce s podnikateli, dobrovolníky, svépomocnými skupinami, domácími pečovateli), práce s informacemi (zajistit rovný přístup k informacím, včetně způsobů předávání informací veřejnosti), průběh zpracování komunitního plánu je stejně důležitý jako výsledný dokument, zohlednění již vytvořené a osvědčené spolupráce (prohloubení spolupráce mezi všemi účastníky přináší kvalitnější nabídku SS), kompromis přání a možností (výsledek je vždy kompromis mezi tím, co chceme a co máme k dispozici). (47)

V rámci JmK bylo v roce 2004 zahájeno vzdělávání v oblasti KP, kterým prošli zástupci všech 21 ORP (na základě čehož zpracovali plány rozvoje SS pro svůj územně správní celek pro období 2007-2009). V rámci procesu plánování rozvoje SS prostřednictvím metody KP došlo od roku 2007 k značnému posunu. Byl vytvořen Střednědobý plán rozvoje SS JmK na období 2009-2011, který je v pravidelných intervalech vyhodnocován a aktualizován (na základě aktuálního plánu rozvoje SS územně správních obvodů ORP). (4)

Hlavní vizí plánu bylo zachovat stávající síť SS v rámci JmK dle registru MPSV, dále rozšířit SS, které jsou podloženy podle mapování potřebnosti, také podporovat formy péče, které umožní uživatelům SS (senioři, osoby se zdravotním postižením) setrvat co nejdéle v jejich přirozeném domácím prostředí, podporovat zachování pokud možno co nejvyšší kvality života v návaznosti na kvalitu SS (vycházet nejen ze skutečných potřeb, ale i ekonomických možností) a zaměřit pozornost na zařízení pro psychotiky a alkoholiky. (4)

V rámci okresu BK se na realizaci Střednědobého plánu rozvoje SS JmK podílí 2 ORP – BK a Boskovice. (4)

Priority Střednědobého plánu rozvoje SS JmK jsou rozděleny na priority průřezové (podpora informovanosti veřejnosti v oblasti SS na území JmK, dále podpora rozvoje standardů kvality SS v JmK a podpora KP SS v JmK) a priority pro jednotlivé cílové skupiny (děti, mládež do 26 let a rodina, osoby se zdravotním postižením, osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby v krizi a senioři). (4)

V rámci zajišťování SS pro seniory stojí v popředí priorita podpory seniorů v jejich přirozeném prostředí (rozšířit a zkvalitnit pečovatelskou službu zejména v oblasti venkova; rozšířit a zkvalitnit odlehčovací služby, přechodné pobyty či centra denních služeb; podporovat sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením; zřídit tísňovou péči) a zkvalitnění péče o seniory v pobytových zařízeních (transformovat domovy pro seniory – dále jen DpS, jejich humanizaci; navýšit kapacitu zařízení, zřídit nové DpS; rozšířit kapacitu v domovech pro osoby se zvláštním režimem). (4)

Podle údajů ČSÚ bude počet seniorů neustále narůstat, což by se mělo zohlednit především v koncepci regionálního rozvoje (počítat s vyššími náklady na poskytování péče seniorům). Je nutné si uvědomit, že spolu s narůstajícím počtem starších osob bude zároveň s tím narůstat počet těch, kteří skrz svůj zdravotní stav nebudou schopni vykonávat samostatně aktivity běžného života a stanou se tak závislí na pomoci druhých osob. (4)

Již nyní senioři tvoří největší skupinu využívající SS (buď ve svých domácnostech či v zařízení SS – DpS, domov se zvláštním režimem či domy s pečovatelskou službou). (3)

Vzhledem k rostoucímu počtu obyvatel v seniorském věku je nutné postupně navyšovat kapacitu těchto zařízení a rozšiřovat poskytování ambulantních služeb (pečovatelské služby). (4)

Pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením stojí v popředí priorita rozvoje a zkvalitnění péče (zvýšit kapacitu osobní asistence; navýšit kapacitu chráněného bydlení, podporovat domovy pro osoby se zdravotním postižením; navýšit kapacitu odlehčovacích služeb; iniciovat rozvoj rané péče pro děti s mentálním či kombinovaným postižením). (4)

Přesná a úplná evidence osob s mentálním a kombinovaným postižením není k dispozici. (4)

Nicméně všeobecně osoby se zdravotním postižením tvoří další početnou skupinu využívající SS. Převážná většina z nich setrvává ve svém přirozeném domácím prostředí a využívá některou ze SS jako je denní stacionář (dále jen DS), aktivizační programy či průvodcovská a předčitatelská služba. Dá se říci, že osoby se zdravotním postižením jsou téměř závislé na systému SS, pokud o ně celodenně nepečuje někdo z rodinných příslušníků. (3)

V Registru poskytovatelů SS lze dohledat veškerá dostupná zařízení či poskytovatele SS pro seniory a osoby s mentálním postižením na okrese BK (viz. Příloha 2). (46)

2 CÍL PRÁCE

Ve své diplomové práci se zaměřuji na rodinné příslušníky uživatelů sociálních služeb.

Cílem práce je zjistit, s jakými obtížemi se rodiny nejčastěji setkávají (nejen před vlastním umístěním příbuzného do zařízení sociálních služeb, ale i v jeho průběhu), jaké mají se zařízením zkušenosti a zda jsou informováni o veškerých dostupných nabídkách sociálních služeb v jejich okolí.

Vzhledem k výběru kvalitativního typu výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- výzkumná otázka č. 1:

Jsou rodinní příslušníci spokojeni s poskytovanými sociálními službami a s jakými obtížemi se setkávají?

- výzkumná otázka č. 2:

Jsou rodinní příslušníci dostatečně informováni o sociálních službách v jejich okolí, a pokud ne, kde hledají informace o sociálních službách?

- výzkumná otázka č. 3:

Z jakého důvodu je senior umístěn v domově pro seniory?

- výzkumná otázka č. 4:

Jak mají příbuzní péči o osobu s mentálním postižením namyšlenou do budoucna?

3 METODIKA

Ke zpracování práce byl použit výzkum kvalitativní. Využila jsem metodu dotazování, techniku strukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky uživatelů sociálních služeb.

Na začátku kvalitativního výzkumu se vybere téma a určí se základní výzkumné otázky, které mohou být v průběhu výzkumu upravovány nebo doplňovány. Ve vlastním průběhu tohoto výzkumu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy či nová rozhodnutí, která určují, jak modifikovat zvolený plán výzkumu a jakým způsobem pokračovat při sběru dat, včetně jejich analýzy. (18)

Tento typ výzkumu zahrnuje řadu odlišných postupů, díky kterým se snažíme porozumět zkoumanému sociálnímu problému. Nepracuje se ovšem s měřitelnými charakteristikami. Hlavní snahou je nahlížet na zkoumaný prvek v jeho autentickém prostředí a vytvořit jeho obraz pokud možno v co nejkompexnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty. (57)

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Rozhovor představuje terénní techniku sběru informací. Jedná se o ucelenou soustavu ústního jednání mezi tazatelem a respondentem (setkání je realizováno tváří v tvář). Výzkumník usiluje o získání informací prostřednictvím záměrně cílených otázek, které směřují ke zjištění potřebných skutečností a vztahují se ke zkoumané společenské realitě. (26)

Hlavní podstatou strukturovaného rozhovoru je vytvoření určitého schématu specifických okruhů otázek, na které se respondentů postupně doptáváme. V průběhu rozhovoru je však možné u těchto otázek zaměnit pořadí (v jakém se okruhům věnujeme), popřípadě otázky dle potřeby blíže upřesnit či pozměnit. (48)

V rámci strukturovaného rozhovoru bylo stanoveno pět okruhů otázek (viz. Příloha 1):

1. charakteristika respondenta,
2. charakteristika uživatele sociální služby,
3. vlastní pobyt v zařízení sociálních služeb,
4. vzájemná spolupráce rodiny a pracovníků v zařízení sociálních služeb,
5. informovanost respondenta o sociálních službách.

V okruhu *charakteristika respondenta* se dotazovaní pokusili popsat vlastní osobu (věk, povolání, rodinnou situaci).

V druhé části rozhovoru, *charakteristika uživatele sociální služby*, byly otázky zaměřeny na vlastního uživatele sociálních služeb (věk, zdravotní stav, povahové vlastnosti).

Okruh *vlastní pobyt v zařízení sociálních služeb* se týkal zejména aspektů týkajících se nástupu (zahájení docházení) uživatele sociální služby do zařízení, aktivit provozovaných v zařízení a návštěvnost rodinných příslušníků v zařízení (v případě domova pro seniory).

Čtvrtý okruh rozhovoru, *vzájemná spolupráce rodiny a pracovníků v zařízení sociálních služeb*, se zaměřuje na komunikační styl a řešení neshod mezi rodinnými příslušníky a pracovníky v zařízení.

V posledním okruhu, *informovanost respondenta o sociálních službách*, se dotazovaní pokusili definovat sociální služby a vyjmenovat všechna jim známá zařízení poskytující sociální služby.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkově do výzkumu zařazují 20 respondentů, kteří byli rozděleni do 2 cílových skupin. První skupinu tvořili rodinní příslušníci od seniorů využívající sociální službu domova pro seniory a skupinu číslo dvě tvořili rodinní příslušníci osob s mentálním postižením využívající sociální službu denního stacionáře.

Respondenti byli vybráni na základě účelového výběru. Daný výběr je založený na vlastním úsudku výzkumníka (sám si vymezí, co by mělo být sledováno či co je možné pozorovat). Jestliže je využíváno účelového výběru, je nutné předem přesně vymezit skupinu osob, která bude výzkumníkův vzorek reprezentovat. (10)

Před vlastním výzkumem jsem si stanovila rozhodující kritéria, na základě kterých jsem respondenty vybírala. Respondent musel být v příbuzenském vztahu k uživateli sociálních služeb a jako další podmínka byla délka využívání sociální služby (minimálně půl roku).

Vzhledem k tomu, že jsem v průběhu studia na Zdravotně sociální fakultě absolvovala praxi v několika zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory či osoby s mentálním postižením na okrese Blansko, většinu uživatelů sociálních služeb jsem znala osobně a jejich prostřednictvím se mi podařilo kontaktovat rodinné příslušníky.

Před vlastním zahájením rozhovoru byli všichni dotazovaní seznámeni s povahou výzkumu a s hlavními okruhy otázek. Dále byl od všech dotazovaných získán souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a také s anonymním uveřejněním získaných dat v rámci mé diplomové práce. Zároveň bylo všem dotazovaným zaručeno odmítnutí zodpovídat položenou otázku bez udání důvodu.

Strukturované rozhovory se uskutečnily v průběhu měsíce února a března roku 2011. Konkrétní datum rozhovoru bylo vždy stanoveno po vzájemné domluvě. Délka rozhovorů představovala zhruba 30 - 45 minut a pokaždé probíhaly bez přítomnosti jiné osoby. Rozhovory se většinou konaly v přirozeném prostředí dotazovaných, popřípadě v zázemí zařízení domova pro seniory.

Výpovědi respondentů byly zpracovány obsahovou analýzou dat (vzájemné porovnání výpovědí týkající se určitého tématu - s hlavním cílem určit jak jejich shodu, tak odlišnost). Jména respondentů byla na jejich vlastní žádost změněna a autentické výpovědi dotazovaných jsou uvedeny v závorkách kurzívou.

Tabulka 4: Charakteristika výzkumného souboru č. 1 DpS

Respondent	Jméno	Věk	Příbuzenský vztah k uživateli SS
1.	Dana	58	dcera
2.	Jan	62	syn
3.	Blanka	56	dcera
4.	Kateřina	64	manželka
5.	Růžena	62	dcera
6.	David	26	vnuk
7.	Petr	60	syn
8.	Pavla	46	neteř
9.	Jana	51	dcera
10.	Jitka	37	dcera

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5: Charakteristika výzkumného souboru č. 2 DS

Respondent	Jméno	Věk	Příbuzenský vztah k uživateli SS
1.	Hana	52	matka
2.	Aneta	46	matka
3.	Petra	57	matka
4.	Květa	80	babička
5.	Monika	56	matka
6.	Eva	55	matka
7.	Radka	54	matka
8.	Karel	46	bratr
9.	Milan	46	otec
10.	Olga	45	sestra

Zdroj: vlastní výzkum

4 VÝSLEDKY

4.1 Kazuistiky rodinných příslušníků uživatelů sociální služby (DpS)

Kazuistika č. 1:

Paní Dana je ve věku 58 let. V současné době je v invalidním důchodě, ale před tím řadu let pracovala jako prodavačka. Bydlí společně se svým manželem a tchýní ve stejném městě, jako je umístěn DpS. Má dvě děti, ale ty nyní již bydlí odděleně.

V DpS má paní Dana oba rodiče, kteří jsou ve stejném věku (88 let), ovšem společný pokoj neobývají. Oběma postačuje jejich starobní důchod na úhradu pobytu v zařízení. Stupeň příspěvku na péči paní Dana nezná, neboť ho již spravují v DpS. Jako první byla do domova umístěna matka paní Dany. V letošním roce to budou 4 roky. Matka je imobilní (prodělala zlomeninu krčku stehenní kosti) a má diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu. Otec je v domově 7 měsíců. Pohybuje se pomocí chodítka. Vzhledem k tomu, že má oční sklerózu, bez pomoci druhých se samostatně pohybovat nedokáže.

Rodiče paní Dany před umístěním do DpS bydleli zhruba 5 kilometrů od místa jejího bydliště. Rodinný domek s nimi společně obýval i jejich syn (tedy bratr paní Dany), ale vzhledem k tomu, že jezdí na služební cesty, o rodiče se nemohl starat. Paní Dana dojížděla za rodiči každý den, vzhledem k postupně zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a ztráty soběstačnosti (zejména u matky), nebyla jiná možnost. To trvalo zhruba 7 let. I u paní Dany se začaly objevovat zdravotní problémy. Paní Dana byla neustále ve stresu, unavená a postihly ji dva kolapsy. Ošetřující lékařka jí sdělila, že hlavní příčinou je vyčerpání a doporučila jí, aby se snažila péči o rodiče zajistit jiným způsobem. Navíc paní Danu čekala dlouho plánovaná operace - endoprotéza kyčle, která již nešla odkládat, takže slova paní doktorky začala brát vážně. Od lékařky jí bylo doporučeno, aby si pro rodiče podala žádost do DpS.

Vzhledem k tomu, že povědomí o místním DpS měla paní Dana dlouhá léta, nezjišťovala jiné zařízení, kam by mohla své rodiče umístit. Matka měla podanou žádost zhruba rok a otec 4 roky. Matka paní Dany s nástupem do DpS nesouhlasila, nelíbilo se jí to. Zpočátku změnu prostředí špatně nesla, byla dezorientovaná, ale nakonec si zvykla. Ovšem nikdy to dceři neodpustila. Otec s odchodem do DpS problém neměl. Chápal, že paní Dana má spoustu svých zdravotních problémů. Byl na to připravený, jediné s čím má otec dodnes trápení, je ztráta soukromí. V zařízení je totiž sociální zařízení společné na chodbě (*Otec je špatný z toho, že má záchod daleko, že to nestihne. Židli má u lůžka, ale pořád má takový blok, že raději půjde na toaletu, kde bude mít více soukromí, protože je na pokoji s dalšími pacienty.*).

Aktivizačních programů, které v zařízení poskytují, se účastní pouze otec paní Dany. Během dopoledne chodí jezdit na šlapacím kole, trhá molitan, popřípadě poslouchá s ostatními hudbu nebo předčítání knih. Pokud je v zařízení koncert či jiná akce, tak má možnost zúčastnit se jí i matka paní Dany (dovezou ji na vozíku). Ovšem paní Dana postrádá zejména odpolední program (*Možná by to něco chtělo. Pracovníci jdou o dvou hodinách domů. Všichni každý den přeci nemají návštěvy a večere je až kolem páté hodiny, takže prostor by na to byl. Kdyby byl nějaký odpolední program a k činnosti je motivovali, tak si myslím, že by o ně měl tatínek zájem.*).

Na návštěvy se snaží paní Dana chodit každý druhý den, ovšem někdy je nucena kvůli svému zdravotnímu stavu otci zavolat a návštěvu zrušit, což ji vždy velmi mrzí, protože ví, že se otec na ni těší. Matka paní Dany na její přítomnost většinou nereaguje, ale i přesto ji paní Dana pravidelně navštěvuje, protože se domnívá, že i její přítomnost má na ni kladný vliv. Bratr paní Dany navštěvuje rodiče zpravidla jedenkrát týdně. Někdy na návštěvu zajdou i děti paní Dany. Výhodou je, že v zařízení jsou návštěvní hodiny časově neomezené.

Paní Dana nemá v komunikaci s personálem žádný problém. Preferuje osobní jednání. Vzhledem k tomu, že chodí pravidelně na návštěvy, většinu z nich zná osobně.

Nejvíce zná ošetřující personál, sociální pracovníci, která má na starosti finance a dále klíčovou sociální pracovníci svých rodičů. Pokaždé, když se jí něco nelíbí, snaží se to vyřešit (*Řešila jsem tady takovou věc, mezi mnou a paní ředitelkou, nikomu jinému jsem to neřekla. Zpočátku byl otec umístěn na třílůžkový pokoj. Jenomže na tom pokoji došlo k tomu, že tady byl 3. noc a jeden z pacientů byl homosexuál a na tatínka se v noci vrhl. On mi druhý den volal, že to bylo úplně šílený, že se tomu nemohl ubránit, tak jsem to ihned začala řešit s ředitelkou. Prosila jsem ji, jestli by ho nemohli někam přeložit. Paní ředitelka mi teda vyhověla s tím, že byl volný pouze pětilůžkový pokoj. Ostatní personál se nic nedozvěděl, takže nevím, jestli pochopili, z jakého důvodu jsme žádali o přeložení do jiného pokoje, ale musela jsem to takhle zařídit, protože tatínek se potom bál usnout. Ale jestli to personál či někdo z příbuzných o dotyčném věděli a nic s tím neudělali, tak to Vám neřeknu.*).

Ovšem paní Dana se domnívá, že vážne komunikace v rámci směn ošetřujícího personálu (*Přišla jsem na návštěvu za matkou a skoro mi plakala, jak nemůže jít na velkou stranu. Posadila jsem ji na posteli a to teprve začal cirkus. Zrovna přišly pomocné sestřičky. Řekla jsem jim to, ale ony, že ji nemůžou nic dát, že ta stolice by vyšla až na noční směnu, kdy je tady jen jedna sestra a ta že by si s ní sama neporadila. Tak jsem argumentovala, že maminka mi tam plače, křičí, tak co s ní mám dělat. Mezitím to slyšela diplomovaná sestra, co roznášela léky, ale neřekla vůbec nic a odešla. Tak jsem zavolala dceři, aby mi donesla gumové rukavice a čípek. Holka už byla na cestě a přišla diplomovaná sestra s rukavicemi a s čípkem. Říkala, že jde na to. Řekla jsem jí, že když mi nic neřekla, tak už jsem si zavolala domů. Hrozně se tomu divila, proč jsem domů vlastně volala. Řekla jsem jí, že jsem takhle matku nemohla nechat. Jednak to pro ni muselo být nepříjemný, ale také hrozně nebezpečný. Tak to vyřešila beze mě, ale asi se jí to nelíbilo. Mám ten pocit, že vážne komunikace mezi směnami, že si nesdělí, jestli dotyčný byl nebo nebyl na velké. Maminka nemohla být aspoň týden na velké straně. Od té doby dostává kapky a je po problému, už si nikdy nestěžovala.*).

Paní Dana uvádí, že o SS není informovaná. Domnívá se, že se jedná o finanční pomoc, nějaké dávky. O jiných zařízeních pro seniory v okolí nemá zdání. Uvedla, že zná pouze dva domy s pečovatelskou službou v BK (*Ale to jsou domy pro lidi, kteří to ještě zvládají. Měli jsme pozdě děti, a pokud budou dělat do 65 let, tak na ně absolutně nemůžeme spoléhat. Takže s manželem zvažujeme, že bychom si dali žádost, protože čekací doby jsou dlouhé a starších lidí čím dál tím víc přibývá a než dětem dělat starosti. Vím, co jsem měla já. Kdybyste se mě zeptala, jestli bych do toho šla ještě jednou, tak nešla. Raděj bych to dělala při práci a rodiče by to museli nějak vydržet. Prádlo bych jim vyprala, na víkend bych jim navařila a rozhodně přes týden bych jim zařídila obědy z místní vývařovny, jak to pak měl tatínek, když jsem byla po operaci. Za maminky to nešlo, protože s tím nesouhlasila, trvala na tom, že se bude vařit. Postavit se rodičům však bylo těžký. Nemůžete jim dvakrát odporovat. I okolí se na mě dívalo skrz prsty – jo, ona nechodí do práce, ona se válí doma, ale při tom to byly galeje. Kdo to nezažije, tak nepochopí. V noci to bylo složitější, protože to jsem tam nebyla. Otec to tedy ještě zvládal, ale matka na noc nechtěla žádné plíny, jak mají třeba v nemocnici. Ona otce budila, třeba 4x za noc, protože měla strach, že se počůrá do postele. Musel ji z postele tahat, protože sama by se bez cizí pomoci z postele nezvedla. Na záchod to však bylo taky ještě pár kroků, no řeknu vám, on si taky užil. Nakonec, když měla odejít do DpS, tak ji ani nezdržoval, protože říkal, že už by to nevydržel.*). Pokud by hledala informace o SS, tak by se obrátila na svého praktického lékaře. Na sociální odbor městského úřadu by určitě nešla. Zde s vyřizováním záležitostí nemá dobrou zkušenost (*Když jsem vyřizovala příspěvek na péči, tak jsem si připadala jako žebrák. Na maminku jsem žádala opakovaně, než jí to teda dali. Teď jsem to tam byla ukončit, protože jsem to potřebovala jako zápočet let pro důchodové pojištění. Prostě se na ty lidi dívají jako na parazity. Vím, že jsou lidi, kteří toho zneužívají, mají první stupeň, nepotřebují ho a dávají to na všechno možný. Chápu, že můžou být takový případy. Jenomže právě na to doplácí ti ostatní.*).

Paní Dana se domnívá, že by na úřadě či u ošetřujícího lékaře měli lidem poskytnout více informací o SS. Po vlastní zkušenosti podotýká (*Každý kdo pečuje o své rodiče či blízké by měl mít možnost, aby ho za ten rok vystřídal. Já jsem neměla týden dovolené za těch 7 let a tak to taky špatně dopadlo. Obvodní doktorka mi říkala, sežeňte si někoho, kdo vás vystřídá, možná že by to šlo taky udělat tak, že by šli na týden, na 14 dní právě někam a člověk by si odpočinul, zajel by si na nějaký relax, masáže, aby mohl nabrat sílu a dál pečovat.*), ovšem více informací nezjišťovala, kde by byla tahle možnost (*U nás to dopadlo tak, že jsem si to ani nedovedla představit, že by tam měl chodit někdo jiný nebo že bych je měla někam stěhovat. Možná že by stálo za to, aby to na úřadech třeba lidem poradili. Nikdo mi navíc nic neřekl, odpověděli mi jen na to, na co jsem se zeptala, ale sami mi žádnou jinou možnou nabídku řešení nenabídli. Prostě bych požadovala větší informovanost ze strany odborníků. Co se s tím dá dělat, na pár dní ty lidi někam dát.*). Paní Dana popisuje odlehčovací (respitní službu), ale doposud se s tímto termínem nikdy nesešla (*Tak od Vás tento pojem slyším poprvé. To by přece ale mohli vědět i lékaři. Takže by nebylo od věci, kdyby se zlepšila komunikace navzájem ve zdravotní a sociální oblasti.*).

Kazuistika č. 2:

Pan Jan má 62 roků. V současné době již není ekonomicky aktivní, ale před tím řadu let soukromě podnikal. Bydlí společně se svou manželkou ve stejném městě jako je umístěn DpS.

V DpS má pan Jan matku, která je ve věku 84 let. Letošní rok v létě to budou 4 roky, co je jeho matka umístěna v domově. Po zdravotní stránce je na tom velmi špatně, je ležící a plně odkázaná na pomoc druhých (konkrétní diagnózu respondent neuvedl). Matka pana Jana má příspěvek na péči 4. stupně a její starobní důchod jí postačuje na úhradu pobytu v zařízení. Ovšem kdyby byla potřeba určitá část zařízení doplatit, pan Jan by s tím neměl problém.

Před umístěním do DpS bydlela matka pana Jana samostatně (ve stejném městě).

Její zdravotní stav se postupně zhoršoval a potřebovala dohled a pomoc v řadě oblastí. Pan Jan se o matku nechtěl starat a rozhodl se podat žádost do DpS (*Maminka je zde umístěna z mojí lenosti a psychické neschopnosti. Nevládl bych vlastní maminku koupat, přebalovat. To bych nechtěl, vážně to nedokážu. Jde hlavně o zdravotní stránku, neuměl bych jí poskytnout takovou péči. Tady to umí líp, odborně. Navíc nemohl bych ji hlídat každou minutu a ona nemohla zůstat sama.*). Povědomí o DpS má, protože bydlí ve stejném městě a jeho rozhodování, kam matku umístit, nebylo složité (*Vzhledem k tomu, co jsem znal a co jsem viděl, tak tady vše hrálo pro – dobré služby a hlavně je to blízko. Je to tady takové víc domácí, není to takové úřední jako někde jinde.*).

Pan Jan uvádí, že zájem o umístění do DpS je opravdu velký. Na otázku, jak dlouho zhruba měl podanou žádost pro svou matku, odmítl odpovědět (*My jsme zvláštní případy, na tuto otázku Vám neodpovím.*).

Pan Jan chápe, že vzhledem k tomu, že je v DpS plno imobilních klientů, není dost dobře možné, aby se každému jednotlivě individuálně věnovali (*To personál nemůže absolutně obsáhnout.*), ale jinak uvádí, že aktivizačních programů a akcí pro seniory je v zařízení hodně a s jejich náplní je spokojený (*Naloží klienty na vozíky a dovezou je do společné místnosti, což je fantastické, že neleží pořád v posteli. V tomhle směru se snaží maximálně, ale osobně, to absolutně nejde. Však i většina klientů, i když je někam dovezou, tak z toho nic moc nemají, ale aspoň pořád nejsou ve stejném prostředí, což je fajn. Dále je zajištěný kadeřník, pedikúra, zpívánky, jarní bál, hradní slavnosti. Pro ty schopnější se pořádají výlety do okolí či mají možnost zajít si do města nakoupit. Jsme se všemi službami spokojeni, možnosti jsou omezené díky množství lidí. Myslím si, že dělají maximum, že se víc už ani dělat nedá. To by tady zaměstnanci museli bydlet. Když to srovnám třeba s péčí v nemocnici, tak jednoznačně vede DpS. Péče a celkové věnování se lidem tady je mnohonásobně lepší.*). Vzhledem k tomu, že pan Jan má blízký vztah k přírodě a zvířatům, domluvil se s paní ředitelkou a má umožněno se svým psem docházet do DpS.

Ale podotýká, že nezprostředkovává canisterapii (*Nemáme certifikát, nejedná se o polohování a tak, ale prostě sem našeho psa přivedeme a kdo si ho chce pohladit, tak si ho pohladí, dá mu piškotek. Popovídají si s námi, že měli doma taky takového psa. Prostě je to pro ně změna, je tam nějaký nový podnět. Obejdeme chodby v zařízení a snažíme se trošku změnit atmosféru tady.*).

Na návštěvu za matkou chodí pan Jan, jeho manželka a neteř. Sestra pana Jana zemřela a řadu let její dceru vychovávala právě matka pana Jana (tedy její babička). Pan Jan se snaží docházet za matkou nejméně třikrát týdně.

S personálem v zařízení pan Jan vychází zcela bez problémů. Všechny pracovníky, co přijdou s jeho matkou do styku, nezná. Do konce roku 2010 mělo oddělení stálé osazenstvo sestřiček, pečovatelek a pracovníků v sociálních službách, takže ty pan Jan znal aspoň podle vidění (*Byl to takový bližší vztah, ale teď proběhl nějaký přesun pracovníků a došlo k personálním změnám v rámci racionalizace zařízení, že chodí různé sestřičky na různá oddělení. Bavil jsem se s nimi o tom, že i pro pracovníky to není dobrý, protože raděj měli ty svoje pacienty, protože se znali navzájem. Ted' když přijde sestřička jednou za 14 dnů, ona je nezná, tak udělá, to co musí, ale není tam bližší vztah. Je to racionálnější, ale na to soužití to asi není úplně ideální. Materiální potřeby jsou zajištěné, ale sociální vazby nejsou takové. Nelíbí se mi to, ale nějaký důvod to má.*).

Při vyřizování potřebných záležitostí preferuje pan Jan osobní kontakt (*Vzhledem k tomu, že jsem člověk upovídaný, tak když se mi jen něco mírně nezdá, tak se na to zeptám. Ale opravdu podle mě zajišťují vše, co je třeba. Komunikace funguje. Maminka měla problémy s cukrovkou, že jí cukr hodně kolísal, sestry mně řekly, ať donesu med a neměl jsem s tím problém.*).

Pod pojmem SS si pan Jan představuje pomoc starým občanům. Uvádí, že zná ještě 2 DpS v jeho okolí (klášter v Letovicích a DpS v Boskovicích). Domnívá se, že jeho přehled o SS není příliš velký. Když hledal informace o SS, tak jedině přes své známé (*Informace jsem získával zejména po lidech, to je nejlepší zdroj informací.*), v úřady nemá důvěru.

Kazuistika č. 3:

Paní Blanka má 56 let a pracuje jako manuální dělnice. Před 6 lety ovdověla a bydlí společně se svými třemi syny zhruba 5 kilometrů od DpS.

V DpS má matku, která má 82 roků. Ta v zařízení pobývá 1,5 roku. Má příspěvek na péči 4. stupně a její starobní důchod postačuje na úhradu pobytu v zařízení. Matka paní Blanky je imobilní, často je zmatená a z rodinných příslušníků pozná jen svou dceru, paní Blanku.

Před tím bydlela matka paní Blanky sama v bytovce (zhruba 2 kilometry od místa bydliště paní Blanky). Během posledních 5 let bylo nutné, aby paní Blanka obden za matkou dojížděla a pomohla jí s chodem domácnosti a péčí o vlastní osobu. Po bytě se pohybovala pomocí francouzských holí, ale ven již nevycházela. Před 2 lety si zlomila ruku a musela být hospitalizována v nemocnici. Od této doby se již na nohy nepostavila. Vystřídala 3 zdravotnická zařízení, ale vzhledem k tomu, že všude délka pobytu nesměla přesáhnout 3 měsíce, v posledním zařízení jí ošetřující lékař od její matky doporučil, aby se snažila umístit matku do domova pro seniory, jinak že ji bude muset propustit do domácího ošetřování. Paní Blanka by to pro matku ráda udělala a starala se oni i nadále, ale nemohla si to dovolit (začala mít problémy se zády a její ošetřující lékař jí to nedoporučoval a vzhledem k tomu, že ovdověla, nemohla si dovolit opustit své zaměstnání). Paní Blanka si zjistila, že v jejím okolí jsou 3 DpS. Do každého zařízení zajela, prohlédla si ho a podala žádost o umístění své matky. Všude jí ale řekli, že čekací doba při umístění je hrozně dlouhá (až na jeden domov, kde se většinou do půl roku místo uvolní). Nakonec to ani půl roku netrvalo, když jí ze zařízení volali, že splňují všechna kritéria pro přijetí.

Ze začátku si matka paní Blanky myslela, že je opět v nemocnici. Nevnímal rozdíl. Až po čase začala matka konstatovat, že už je v zařízení dlouho a že by chtěla jít domů. Ale vždy to řekla jen mezi řečí, nikdy nic dceři nevyčítala (*Ona jak už jenom pořád leží, tak se ztrácí, začíná být stále více zmatená. Často mi vykládá věci, které si pamatuje z mládí, ale co bylo dnes na oběd, již neví. Někdy mi vykládá, že půjde domů, někdy na mou přítomnost vůbec nereaguje.*).

Do aktivit, které v zařízení mají, se většinou matka paní Blanky již nezapojuje, ale někdy ji do společenské místnosti dovezou na vozíku (*Ovšem matka poslední dobou už o to nemá zájem. Většinou chce jen ležet. I já sama ji třeba vždycky posadím, shodím jí nohy z postele dolů, ale po chvíli si začne stěžovat, ať ji zase uložím zpět. K aktivitám tedy výhrady nemám, není nic, co bych postrádala, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Pro ni už se nic vymyslet nedá. Ale když ji zavezou za ostatními, tak aspoň změni prostředí.*).

Na návštěvy se snaží paní Blanka docházet dvakrát týdně a kladně hodnotí časově neomezené návštěvní hodiny v zařízení (*Ať jsem přišla kdykoliv, vždycky mě pustili dál. Vážně v zařízení s ničím nemám problém.*), protože v tomhle směru není nijak omezená. Má ještě dva bratry, ale oba dva bydlí mimo okres BK, takže na návštěvu za svou matkou jezdí opravdu málo.

Komunikaci s personálem hodnotí jako bezproblémovou a preferuje osobní kontakt při vyřizování záležitostí (*Pokaždé, když jsem něco potřebovala, tak jsem se s nimi domluvila. Ale v rámci péče jsem nikdy žádný problém neřešila. Jsem spokojená, nedá se to srovnat s pobytem v nemocnici. Mají na klienty mnohem víc času a věnují se jim.*). S většinou personálu se zná paní Blanka osobně. Chápe, že starat se o nemocné seniory není jednoduché (*Hodnotím personál jako sama sebe – někdy mám náladu, někdy také ne. Myslím, že na maminku občas nadávají, ale podotýkám, že bych jim na to neřekla ani půl slova, protože vím, jaká moje matka je. Víím to, protože jsem se o ni tolik let starala a ne vždy to bylo jednoduché. Jsem vděčná, že je v zařízení umístěná, doma bych ji mít nemohla. Říkám, i kdyby ji sem tam propleskli, tak bych byla potichu, protože ona si to někdy i zaslouží. Ale nemyslím to nijak ve zlém. Mám ji ráda takovou, jaká je. Jen podotýkám, že starat se o ni není vždy jednoduché.*).

Paní Blanka definuje SS jako pomoc pro člověka, který je sociálně slabý (zejména starý nemocný člověk) a poskytuje se mu finanční výpomoc nebo zdravotní pomoc. Informace o SS by hledala u známých nebo na městském úřadě – odboru sociálních věcí.

Vzhledem k tomu, že paní Blanka se aktivně podílela na umístění své matky do DpS, dovede vyjmenovat hned několik zařízení pro seniory na okrese BK (DpS v BK, Boskovicích, klášter v Letovicích, dále 2 domy s pečovatelskou službou v BK a Adamově, ale také terénní pečovatelskou službu, kterou provozuje město BK nebo Oblastní charita BK).

Kazuistika č. 4:

Paní Kateřina má 64 roků a momentálně je již ve starobním důchodě. Před tím po celý život pracovala jako prodavačka. Žije sama v bytě, který je vzdálený zhruba 12 kilometrů od DpS. Má jednu dceru, ale s tou není v kontaktu.

V DpS má manžela, který má 67 let a v zařízení je rok a půl. Je imobilní, má Diabetes mellitus a je plně odkázán na pomoc druhých. Po prodělané mozkové příhodě má ochrnutou pravou ruku a přestal mluvit. Stupeň příspěvku na péči paní Kateřina nezná, ale ví, že výše starobního důchodu manželovi postačuje na úhradu pobytu v zařízení.

Díky neshodám, které mezi manželi nastaly, načas bydleli odděleně. Paní Kateřina zůstala v jejich společném bytě, kdežto její manžel se přestěhoval do domu s pečovatelskou službou. Poté, co prodělal mozkovou příhodu, byl hospitalizován v nemocnici, ale vzhledem k tomu, že ošetřující lékař naznal, že dalším pobytem v zařízení není možné docílit zlepšení zdravotního stavu, paní Kateřinu upozornil, že jej hodlají propustit do domácího ošetřování, popřípadě aby si zažádala v některém DpS. Paní Kateřina si nedovedla představit, jak by péči o manžela zvládla. Nechtěla přijmout tak velkou zodpovědnost. Zvážila všechna pro a proti a kontaktovala sociální pracovníci v nemocnici (léčebny dlouhodobě nemocných) a poprosila ji, aby jí pomohla vybrat vhodný DpS pro manžela a také aby jí pomohla s vyplněním žádosti (*Věděla jsem, že v tomto městě DpS je. Před tím, než manžel do zařízení nastoupil, jsem se tam podívat ale nejela. Ani žádný jiný domov jsem již sama nehledala. Prostě hned bylo zažádáno sem a já jsem s tím neměla aspoň žádné starosti.*).

Po nástupu do zařízení se paní Kateřině manžel jevil spokojený (*Byla na něm znát změna, vždyť v té nemocnici to bylo hrozné. To se nedá vůbec srovnávat. Bylo jich asi 10 na pokoji, pokoj byl nevětraný. Myslím, že tam zanedbali i to, že manžel nechodí a pořádně nemluví, protože za ním měla chodit fyzioterapeutka, ale ta se mu skoro nevěnovala. Zkrátila se mu šlacha a už tu nohu ani nenarovná, nemůže se postavit. Ze začátku ještě i v té nemocnici chodil o berlích nebo s chodítkem se sestrou po pokoji, ale pak už se mu nevěnovali.*).

Do aktivizačních programů, které v zařízení pořádají, se manžel paní Kateřiny příliš nezapojuje. Pravidelně mu nabízí, že jej na vozíku do společenské místnosti dovezou, ovšem zaměstnancům dává často neverbálně najevo, že nemá zájem. Pokud však někdy s odvozem souhlasí, tak nejraději jezdí na šlapacím kole nebo sleduje s ostatními televizi. (*Vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu mě nenapadá nic, co bych v zařízení postrádala. Myslím, že se jim tam opravdu věnují, jak nejlépe mohou. I to, když s ostatními jen posedí, mu prospěje.*).

Na návštěvu za manželem chodí paní Kateřina jednou za měsíc (*I když je z něj úplný ležák a nemluví, vnímá mě. Myslím, že se těší, že za ním přijdu na návštěvu, vždycky se celý rozzáří.*).

Poněvadž paní Kateřina za manželem příliš často na návštěvu nechodí, se všemi pracovníky, kteří přijdou s jejím manželem do styku, se osobně nezná. Zná je spíš jen od vidění. Pokud potřebuje řešit nějaké nejasnosti, tak preferuje telefonický kontakt (*V komunikaci s personálem nevidím žádný problém. Doufám, že to obě strany vidí stejně. Doposud jsem nic zásadního neřešila. Manžel vypadá spokojeně. Ví, že je o něj dobře postaráno a to je pro mne hlavní. Sestřičky, sanitáři, paní doktorka, ale i sociální pracovnice jsou fajn.*).

O SS toho paní Kateřina příliš neví. Domnívá se, že se jedná o nějaké dávky, ale blíže vymezit je již nedovedla. Co se týče jiných zařízení pro seniory na okrese BK, tak dokázala jmenovat DpS v BK a další dva domy s pečovatelskou službou v BK. Pokud by hledala informace o SS, tak by se obrátila na městský úřad – odbor sociálních věcí.

Kazuistika č. 5:

Paní Růžena má 62 roků a v současné době je ve starobním důchodě. Před tím pracovala jako referentka na okresní správě sociálního zabezpečení. Bydlí společně se svým manželem v bytovém domě, který je ve stejném městě jako je DpS. Má 2 děti a 4 vnoučátka, kterým se ve svém volnu ráda věnuje.

V DpS má paní Růžena svoji matku, která bude mít zanedlouho 88 roků. V zařízení je umístěna 3 roky. Matka paní Růženy je imobilní, prodělala mozkovou příhodu a má diagnostikovanou Alzheimerovu demenci a Parkinsonovu chorobu. Příspěvek na péči má 4. stupně a její starobní důchod postačuje na úhradu pobytu v zařízení.

Předtím matka paní Růženy bydlela v bytě se svým manželem. Paní Růžena se o rodiče starala, po celých 6 let. Každé odpoledne za nimi po práci docházela a pomáhala jim s chodem domácnosti. Ovšem poté, co její matka prodělala mozkovou příhodu a její zdravotní stav se zhoršil, tak paní Růžena musela u rodičů zůstat i přes noc. Jeden den v týdnu střídal v péči paní Růženu její bratr (*Tatínek byl myšlenkově v pořádku, ovšem maminka ne. Po prodělané mozkové příhodě se to ještě všechno zhoršilo. Jediná výhoda byla, že rodiče bydleli 10 minut od mého bydliště. Já jsem tam musela být i v noci, protože maminka se hodně pletla, budila se, nechtěla usnout. Když ještě mluvila, nesla velice těžko, že nepoznává známá místa, svůj byt, svou rodinu. Přes den maminku hlídal tatínek, ale už sám potřeboval péči a vysilovalo ho to. Nešlo to jinak řešit. Měla jsem své zdravotní potíže a zároveň mezitím jsem chtěla vidět vnoučátka, která se narodila mým dcerám. To nebylo možný všechno zvládat. Z toho důvodu jsem se rozhodla podat žádost do domova důchodců.*). Paní Růžena vyplnila 3 žádosti do DpS, ale nakonec podala pouze jednu. Vybrala DpS, který je ve stejném městě, jako je její bydliště (*Jsem asi taková staromódní, protože maminku jsem chtěla vidět. Nedokázala jsem si představit, že bych se tam za ní nemohla každý den podívat.*). Na umístění své matky do DpS čekala paní Růžena necelé 2 roky.

Paní Růžena má přehled o aktivitách, které v zařízení pro seniory organizují. S jejich náplní je spokojená, ačkoliv její matka se do ničeho již nezapojuje (*Některé babičky si přijdou samy, jiné do jídelny zavezou. Říkám, má maminka z toho už moc nemá, ale ostatní určitě ano. Babičkám tam přečtou pohádky, povídky, skládají špalíčky, utěrky, ty děvčata to po nich musí asi předělat, ale ony mají ty babičky radost, že můžou něco dělat. Opravdu pro ně vymýšlí práce, aby se babičky cítily ještě tak trošku k něčemu užitečné. Každý týden jim tam vodí pejsky, kdo chce, si pejska pohladí a myslím si, že dotyk se zvířetem jim dělá moc dobře. Žádné aktivity nepostrádám. Myslím, že pro mou maminku toho už víc ani udělat nejde.*).

Paní Růžena chodí na návštěvu za svoji matkou pravidelně (*Nevím, jestli mě maminka pozná, začnu jí vždycky říkat, kdo jsem, ale ona neodpoví. Chodím za ní každý den, když měla chřipku, tak jsem tam chodívala i dvakrát denně. Mám to kousek. Když hlídám vnoučátka, tak tam nejdu, ale jinak se snažím, protože pro mě je to dar, že tady ta maminka je. Návštěvní hodiny jsou v zařízení neomezený, člověk tam může jít od rána do večera.*) a z rodiny ji dále navštěvuje její syn a vnoučata.

Ke vzájemné komunikaci s personálem paní Růžena nemá jedinou výhradu (*Myslím si, že znám všechny pracovníky osobně. Všechny pečovatelky, sestřičky, i pana doktora, znám je. Vlastně i sociální pracovníce, co je potřeba, tak to zařídí. Kontaktují mě většinou telefonicky. Pokud něco potřebuji já, tak se za nimi většinou zastavím, případně jim zavolám. Úplně bez problémů, komunikace funguje dobře.*) a s péčí, kterou v zařízení poskytují, je opravdu spokojená (*Žádný problém, co se týče péče, stravování jsem nikdy neřešila. Jasný, když oni pořád leží, tak jsou problémy s vyprazdňováním, tak se musí dát gutalax, ale vždycky je maminka čistá, převlečená a spokojená, to je beze slov. To nemůžu říct o nemocnici, to se nedá srovnat, ta péče je dokonalá oproti nemocnici. Tady je to tím, že mají na ně čas a mají to tady ohromně vybavený.*).

Pod pojmem SS si paní Růžena představuje pomoc lidem v nouzi.

Informace si vyhledávala na internetu nebo na městském úřadě na odboru sociálních věcí (*Když jsem vyřizovala příspěvek na péči, tak jsem tady byla. Nebo když byli rodiče doma, tak jsme brali obědy od města a potřebovala jsem vyřídit papíry ohledně toho. Vždycky mi bez problémů vyšli vstříc a poradili mi se vším.*). Ze SS pro seniory zná paní Růžena DpS v Černé Hoře a v Boskovicích, a dále dům s pečovatelskou službou v BK (*Ale je nevýhodné, že v těch pečovatelských domech nemají provoz o víkendu, vlastně i odpoledne tam již nikdo není. Kdyby se něco stalo, tak nevím. Možná lidi tam jsou ale více samostatní.*). Na závěr paní Růžena podotkla (*Jsem si vědoma toho, že i mě může postihnout demence, jako moji maminku. Proto již nyní nabádám své děti, aby to nenechaly zajít tak daleko a pokud by k tomu opravdu došlo, tak aby včas vyhledaly odbornou pomoc. Vím, jak náročné je o někoho pečovat a čekací doba do DpS je opravdu dlouhá.*).

Kazuistika č. 6:

Pan David má 26 roků. Nedávno dokončil studium na vysoké škole a momentálně si hledá zaměstnání. Bydlí společně se svou matkou, sestrou a otčímem v bytovém domě, který je zhruba 12 kilometrů vzdálený od DpS.

V DpS má pan David babičku, které je 80 roků. V DpS je již 8. rokem. Léčí se se srdcem a má artrózu kolene. Poslední dobou hůř chodí, ale jinak je vcelku soběstačná. Příspěvek na péči pobírá prvního stupně a její starobní důchod jí postačuje na úhradu pobytu v zařízení.

Informace o DpS si babička pana Davida vyhledala sama. Ovdověla a zůstala na celý dům sama. Takhle však žít nechtěla. Podařilo se jí zjistit, že nedaleko se vystavuje DpS a rovnou si podala žádost. Čekala jen několik měsíců – vlastně do té doby, než byl DpS zkolaudován a uveden do provozu. Výhodou je, že se DpS nachází nedaleko jejího původního místa bydliště, takže okolí domova je jí známé a blízké (*Dalo by se říct, že babička se do zařízení opravdu těšila. Po nástupu byla spokojená, našla si zde mnoho známých. Momentálně si již nedovede představit, že by měla žít jinde.*).

Pan David nezná všechny aktivity, které se v zařízení konají. Tuší, že pořádají různé zájezdy a kulturní akce (*Myslím si, že je to pro seniory dobré rozptýlení, změna ze stereotypního stylu života. Ovšem vzhledem k tomu, že obyvatelstvo domova stárne, aktivity se asi vymýšlí dosti složitě.*), ale nenapadá ho nic zásadního, co by v zařízení chybělo.

Pan David se snaží za babičkou docházet na návštěvu alespoň jednou za měsíc (*Můj otec zemřel, takže jsem to jen já a má sestra, koho jako by babička má. Tedy samozřejmě do rodiny patří i naše teta – teda dcera babičky, ale ta nebydlí na našem okrese, takže na návštěvu nemůže jezdit tak často.*), ale jsou v pravidelném telefonickém nebo písemném kontaktu.

Pan David s pracovníky v zařízení příliš do styku nepřijde (*Zatím nebylo nutné, abych je kontaktoval. Jejich činnost ale vnímám jako účelnou a smysluplnou. Nemohl by to dělat každý, na to musí mít člověk povahu. Jde vidět, že je babička v zařízení spokojená. S některými pracovníky se znám od vidění, ale jinak ne. Babička je totiž téměř ve všech směrech samostatná, takže si veškeré záležitosti vyřizuje sama. Doposud jsem nemusel řešit žádný problém. Na nic si nestěžuje. Myslím si, že je zde mnohem lepší péče a servis než třeba v nemocnici, kde babička párkrát také byla. To si pořád na něco stěžovala, ale tady ne.*).

Pod pojmem SS si pan David představuje pomoc pro sociálně slabé (staré a nemocné občany). Z dalších zařízení pro seniory v okolí, která pan David zná, jmenoval dům s pečovatelskou službou v BK a v Petrovicích a dále DpS v Černé Hoře. Informace o SS by hledal na internetu nebo by se zašel informovat přímo do konkrétního zařízení (*Myslím, že i tam by mě dále odkázali. Na úřad bych určitě nic vyřizovat nešel, nemám s tím dobré zkušenosti. Tam člověk vždycky akorát dlouho čeká a ve výsledku se nic nedozví. Nebo mám známou, která s důchodci pracuje, takže i přes ni by se daly sehnat nějaké informace. Ale to se mě naštěstí až tak netýká. I když, když nad tím tak přemýšlím, dovedu si představit, že bych i já jednou v DpS skončil. Takových zařízení je však asi málo a poptávka po nich bude určitě vyšší a vyšší. Takže by to chtělo podat žádost dostatečně dopředu a doufat, že se místo uvolní.*).

Kazuistika č. 7:

Pan Petr letos v létě bude mít 60 roků a pracuje jako zásobovač. Je podruhé ženatý a bydlí společně se svou manželkou v rodinném domě vzdáleném zhruba 10 kilometrů od DpS. Z předchozího manželství má 3 děti. Všechny 3 jsou již dospělé a mají vlastní rodinu.

V DpS má pan Petr matku, která bude mít za nedlouho 90 roků. V zařízení je již 7 let. Má diagnostikovanou Alzheimerovu demenci a špatně chodí. Stupeň příspěvku na péči pan Petr nezná, ale ví, že výše starobního důchodu jeho matce stačí na úhradu pobytu v zařízení.

Předtím matka pana Petra bydlela v domě s pečovatelskou službou (ve stejném městě jako bydlí pan Petr). Ovšem ani péče pracovníků z pečovatelské služby nedokázala uspokojit všechny její potřeby. Její zdravotní stav se vlivem demence zhoršoval (byla zmatená, měla tendence odcházet z domu). Potřebovala zajistit celodenní péči během celého týdne, nikoliv pouze v pracovních dnech. Sociální pracovnice z pečovatelské služby upozornila pana Petra, aby se snažil zajistit péči o matku jiným způsobem. Nemohl s ní zůstat celý den doma (skrz zaměstnání). Doporučila mu, aby si pro ni zažádal v některém z DpS. Pan Petr kontaktoval městský úřad (odbor sociálních věcí a zdravotnictví) a požádal je o radu. Měl však požadavek, aby DpS byl co nejbližší místu jeho bydliště. Od pracovnice z městského úřadu tedy dostal kontakt na nejbližší zařízení, které posléze navštívil. Prostředí zařízení se mu zamlouvalo, a proto si podal žádost pro umístění své matky. Nakonec to trvalo téměř 3 roky, než mohla matka pana Petra do zařízení nastoupit. Do té doby neustále bydlela v domě s pečovatelskou službou s tím, že pan Petr za ní každé odpoledne a o víkendu docházel, dohlížel na ni a pomáhal jí se vším, co bylo třeba.

Pan Petr měl dojem, že v prvních dnech po nástupu byla matka zmatená, smutná, (*Ona pravděpodobně změna prostředí pro starého člověka není jen tak.*), ale postupem času si zvykla (*Ale myslím, že to bylo přiměřené vzhledem k jejímu stavu. Občas nám říkala, že by chtěla jít domů, ale to k tomu asi patří. Nikdy nám to však nevyčítala, že jsme ji sem dali.*).

Pan Petr nemá velký přehled o aktivizačních programech, které v zařízení pořádají (*Přiznávám, že o aktivitách v zařízení toho moc nevím. Určitě tam něco mají, ale konkrétně Vám to neřeknu. Je to hlavně proto, že moje matka o to již nemá zájem, takže co dělají ostatní, jsem nezjišťoval. Vím snad jen, že občas ji na vozíku zavezou na koncert, vystoupení. Posedí si tam, povykládá s ostatními. Já ji taky občas vyvezu na vozíku ven, když je pěkně. Jinak je ráda, že má svůj klid.*).

Neomezené návštěvní hodiny v zařízení pan Petr hodnotí velmi kladně (*Je to hrozně fajn, nejsem ničím vázán. Za matkou jezdím pravidelně každý pátek. Někdy se stane, že se zdržím v práci, takže se za ní stavím v pozdějších odpoledních hodinách, což však ničemu nevadí*). Bratr pana Petra jezdí za matkou každé pondělí (bydlí zhruba 25 kilometrů od DpS).

S většinou pracovníků, kteří přijdou s matkou pana Petra do styku, se zná osobně (*Zatím jsem nikdy nemusel řešit žádný problém. Ona maminka je taková rázná a když se jí něco nelíbí, tak se ozve. Takže přes mě nikdy nic nešlo. Bud' se jejímu požadavku vyhoví nebo se jí snaží personál vysvětlit, že to není možné. Takže na spolupráci s nimi si nemůžu stěžovat. Matka na ně občas nadává, ale to ona tak dělala celý život. Vždycky hledala chyby tam, kde nejsou. Na nic zásadního si však nikdy nestěžovala*.) a preferuje osobní kontakt při vyřizování potřebných záležitostí.

Pan Petr si pod pojmem SS představuje službu pro seniory, kteří se o sebe nedokážou postarat sami (zajištění stravy, zdravotní péče a ubytování). Z dalších zařízení, která by mohli využívat senioři, jmenoval pan Petr dům s pečovatelskou službou v BK a dále klášter v Letovicích. Informace o SS by hledal na městském úřadě – odboru sociálních věcí (*Tam jsem vlastně byl, když jsem hledal DpS pro maminku. Bylo to první místo, které mě napadlo. Paní, která mi podávala informace, tak si myslela, že to chci pro sebe. V té době mi bylo něco málo přes 50 let, a říkala mi, že je o místa velký zájem. Údajně je někdy čekací doba až 8 let. Myslet víc na svou budoucnost by nebylo od věci. Třeba i já budu mít demenci a budu potřebovat, aby se o mě někdo postaral. Takže by to asi chtělo zažádat s dostatečným předstihem. Ne, až je pozdě*).

Kazuistika č. 8:

Paní Pavla má 46 roků a pracuje jako kulturní referentka. Je vdaná a má dvě již dospělé děti. Společně se svou rodinou bydlí v bytovém domě, který je vzdálený zhruba 15 kilometrů od DpS.

V DpS má paní Pavla tetu a strýce. Jsou to tedy manželé, oba dva 80 a 82 roků staří. V zařízení jsou již osmým rokem. Jejich zdravotní stav je v rámci možností dobrý (teta má Diabetes mellitus a poslední dobou se jí zhoršuje zrak, kdežto strýc špatně slyší a má problémy s chůzí).

Příspěvek na péči mají oba dva 1. stupně a výše jejich starobních důchodů postačuje na úhradu pobytu v zařízení.

Před nástupem do domova bydleli manželé ve dvoupokojovém bytě ve stejném městě jako bydlí paní Pavla. Informace o DpS si vyhledali sami. Vzhledem k tomu, že nemají děti a ani žádné jiné příbuzné, mimo paní Pavly, hledali nějaké zařízení, kde by se o ně postarali. Měli obavy z toho, jak by vše s přibývajícím věkem a zhoršujícím se zdravotním stavem zvládali. V tu dobu se daný DpS otvíral jako nové zařízení. Paní Pavla si zařízení byla společně s tetou a strýcem prohlédnout. Prostředí a vybavení DpS se jim velmi zamlouvalo. Manželé si podali žádost a měli to štěstí, že do několika měsíců byli do DpS umístěni. Podle paní Pavly byla původní vize zařízení taková, že to bude DpS, kteří ještě zcela nejsou odkázáni na pomoc od druhých (*Ovšem momentálně to vypadá spíše tak, že i původní víceméně soběstační lidé se stávají závislí na pomoci druhých, což jde ruku v ruce s jejich přibývajícím věkem a zhoršujícím se zdravotním stavem. Pokud do zařízení přijímají někoho nového, tak to asi bude osoba s vyšším příspěvkem na péči, což z ekonomického hlediska chápu. Na druhou stranu je v zařízení čím dál tím méně schopných lidí, což je škoda.*).

Do aktivizačních programů v zařízení se zapojují oba příbuzní paní Pavly (*Strýček je hrozně šikovný na ruční práce, takže vyrábí drobné dárky, vytváří nástěnky. I tetu vždycky ruční práce bavily. Ovšem poslední dobou hůř vidí, ale po troškách se i ona snaží zapojovat.*). Paní Pavlu nenapadá aktivita, která by v zařízení chyběla (*Nemyslím si, že bych pro ně nějakou aktivitu postrádala.*

Na druhou stranu oni spíš až nařikají, že je těch aktivit pro ně pořádaných příliš. Různé koncerty, vystoupení.), ovšem líbil by se jí více individuální přístup (Teta i strýc by určitě uvítali individuální přístup, ne hromadné akce. Jenomže chápu, že při takovém množství lidí to lze splnit velmi těžko. Spíš vůbec.).

Na návštěvu do DpS chodí paní Pavla zhruba jednou měsíčně. Víckrát jí to bohužel pracovní vytížení a rodinné záležitosti nedovolují, ale bývá s nimi alespoň v pravidelném telefonickém kontaktu.

S pracovníky v zařízení se paní Pavla zná spíš jen od vidění. Doposud nemusela řešit žádný zásadní problém, který by se týkal péče, stravování či ubytování (*Myslím, že se tetě a strýčkovi v zařízení líbí, nikdy si na nic nestěžují. Jsou skromní a zároveň vděční za to, jak se o ně starají. Navíc, pokud by se jim přeci jen něco nelíbilo, tak by se určitě ozvali sami. V tomhle směru jsou samostatní. Jen občas si postesknu, že si nemohli s sebou vzít více věcí, co měli ve svém původním bytě a taky by se jim líbilo, kdyby měli dva pokojíčky, aby každý z nich měl trošku soukromí. Ale to jsou věci, které zařídit nejdou.*)

Pod pojmem SS si paní Pavla představuje nějakou službu, která jí bude nabídnuta, když bude mít nějaký problém (například ve stáří, v nemoci). Informace o SS by hledala na internetu (*To je pro mě nejrychlejší zdroj informací, nikam na úřad bych se ptát nešla. Navíc mám známou, která pracuje jako sociální pracovnice v jednom DpS, ale v jiném, než je má teta a strýc. Takže bych se určitě obrátila i na ni. Jednou jsme se společně na tohle téma bavily a narazily jsme na problematiku žádostí o přijetí. Uváděla, že čekací doba do zařízení je hrozně dlouhá. Prý se snaží nabádat všechny, aby si žádost podali s dostatečným předstihem a ne až službu skutečně potřebují. To už bývá většinou pozdě. Nemyslím si, že je to pro mě teď aktuální, ale až se budu blížit k důchodovému věku, žádost si určitě včas podám. Nebráním se tomu. Protože člověk nikdy neví, jaké zdravotní komplikace ho mohou potkat.*). Paní Pavla se domnívá, že o ostatních zařízeních pro seniory povědomí má, ale jen co se týká jejího nejbližšího okolí. Dokázala jmenovat domy s pečovatelskou službou v Adamově a BK a dále DpS v Černé Hoře a klášter Letovicích.

Kazuistika č. 9:

Paní Jana má 51 roků a pracuje jako administrativní pracovnice. Bydlí společně se svým manželem a 2 dětmi v rodinném domě, který je vzdálený zhruba 12 kilometrů od DpS.

V DpS má paní Jana matku, která letos oslavila 82. narozeniny. V zařízení pobývá přesně rok. Po zdravotní stránce na tom není již moc dobře.

Trpí artrózou, špatně vidí a slyší, má žaludeční kýlu. Když byla matka paní Jany doma, pobírala příspěvek na péči prvního stupně, ale jak je tomu nyní, paní Jana neví, poněvadž tyhle záležitosti si již vyřizuje DpS. Starobní důchod matky paní Jany postačuje na úhradu pobytu.

Matka paní Jany před tím bydlela sama v malém rodinném domku. Asi před 8 roky si zlomila nohu ve stehenním krčku a od té doby potřebovala od rodiny pomoc (*Bylo to náročné období. Každý den za ní někdo z rodiny musel docházet. Byla jsem to hlavně já, ale občas mě vystřídala má sestra. Obě jsme ovšem ještě chodily do zaměstnání, takže to bylo často obtížné vše skloubit dohromady. Maminka potřebovala nakoupit všechno jídlo, pomoci s vařením, úklidem, vyprat a vyžehlit prádlo, dohlédnout na její osobní hygienu, zajistit potřebné léky, popřípadě vyřídit věci na úřadě, poště a tak. Člověk to pro ni dělal rád, ovšem někdy toho všeho bylo opravdu až nad hlavu. To si musí prožít každý. Takhle z vyprávění to tak náročné nevypadá. Jak říkám, kdo to nezažije, nepochopí. Byla jsem neustále vystresovaná, unavená. Do toho se i u mě začaly objevovat zdravotní komplikace.*). Vzhledem k tomu, že zdravotní stav matky paní Jany se neustále zhoršoval - přestávala chodit, odmítala jíst, byla inkontinentní, bylo nutné situaci začít řešit, protože nikdo z rodiny si nemohl dovolit přestěhovat se k ní a celodenně se o ni starat. Na čas byla hospitalizována v nemocnici, ale po stabilizování jejího stavu byla propuštěna do domácího ošetřování. Paní Jana si přes známou zjistila, že je možné zajistit pečovatelskou službu od oblastní charity. Ovšem po konzultaci s ošetřující lékařkou došly k závěru, že ani tato služba by situaci nevyřešila. Matka paní Jany potřebovala celodenní odbornou péči – tedy pobyt v zařízení pro seniory.

Přes známou se paní Jana dozvěděla, že zhruba 12 kilometrů od nich DpS je *(Jenomže maminka o tom, že by někdy měla jít do domova, nechtěla ani slyšet. Vždycky nám začala plakat, že nikam nepůjde, že chce být ve svém. Jenže péče o ni byla stále náročnější – nejen časově, ale i co se odbornosti týče. To už nebylo v našich silách, takže jsme to museli takhle vyřešit. Žádost jsme měli podanou necelý rok.)*.

Po nástupu do zařízení byla matka paní Jany zpočátku plačtivá. Chtěla jít domů *(Neustále jsme se jí snažili vysvětlit, že to bohužel jinak nejde, že takovou péči, jakou má tady, bychom jí zajistit nemohli. Postupem času si v zařízení zvykla a přestala nám vyčítat, že jsme ji sem dali.)*.

Aktivitu, které v zařízení pro seniory vymýšlejí, vnímá paní Jana jako smysluplné využití volného času *(Myslím, že šijí polštáře, trhají molitan nebo něco takového. Moje maminka se již moc do těchto aktivit nezapojuje, ale aspoň ji za ostatníma vždycky dovezou, mohou si poklábosit, podívají se na televizi, zazpívají si písničky. To bývá tedy hlavně dopoledne.)*, zamlouvalo by se jí, kdyby nějaký program však byl i na odpoledne *(Možná by nebylo špatné, kdyby nějaké aktivity byly i na odpoledne. Ale chápu, že to zaměstnanci odcházejí domů. Navíc to taky hodně záleží na zdravotním stavu všech v domově. Když je většina ležáků, tak to se potom těžko nějaký program vymýšlí.)*.

Na návštěvu za svoji matkou chodí paní Jana pravidelně *(Chodím za ní dvakrát týdně, stejně tak i má sestra, takže kontakt s rodinou neustále je. Obden tam někoho má. V zařízení mají neomezené návštěvní hodiny, což je hrozně fajn.)*.

S většinou pracovníků se paní Jana zná osobně *(Tedy zejména proto, že za maminkou často chodím na návštěvu.)* a na jejich péči nevidí žádné nedostatky *(S poskytovanou péčí jsem naprosto spokojená. Nedá se to srovnávat s nemocnicí, mají na všechny mnohem více času. Ale určitě je to náročná péče. Žádný problém jsem s nimi doposud nemusela řešit. Maminka si na ně občas zanadává, jak ji někdo křivdí, že to a to jí nechtěli dovolit, jenže znám její povahu a vím, jaká umí být, takže buď to bez povšimnutí přejdu nebo jí vysvětluji, že to asi vidí jinak, než to ve skutečnosti je. Nikdy to však nebylo nic zásadního.)*.

Se sociálními pracovníci komunikuje zejména telefonicky nebo osobně (*Ani zde žádný problém v komunikaci nevidím. Skoro všechny znám osobně.*).

Pod pojmem SS si paní Jana představuje pomoc starým lidem, kteří se o sebe již nedokážou postarat sami. Informace by hledala na internetu nebo přímo v zařízení. Paní Jana se domnívá, že mnoho zařízení pro seniory v jejím okolí není (*To soudím podle toho, že je všude taková dlouhá čekací doba.*). Zná DpS a dům s pečovatelskou službou v BK, a dále od Oblastní charity BK terénní pečovatelskou službu. Po krátkém zamyšlení paní Jana dodává (*Když se člověk zamyslí nad tím, jak je strašně dlouhá čekací doba do všech domovů, možná by nebylo úplně marné, podat si žádost v době, kdy se člověk o sebe zvládne ještě postarat sám. Víím, jaké starosti a trápení jsou s tím, když pečujete o někoho blízkého. Nechtěla bych, aby mé děti musely řešit to co já.*).

Kazuistika č. 10:

Paní Jitka má 37 let a pracuje jako dělnice. Bydlí společně s manželem a 2 dětmi v rodinném domku, který je zhruba 20 kilometrů vzdálený od DpS.

V DpS má paní Jitka otce, kterému je 81 let. V zařízení je čtrnáct měsíců. Je imobilní, plně odkázán na pomoc druhých zejména v oblasti osobní hygieny. Stupeň příspěvku na péči paní Jitka nezná, poněvadž při pobytu doma otec příspěvek vyřízený neměl a nyní tyhle záležitosti obstarávají v DpS.

Výše starobního důchodu stačí na pokrytí výdajů spojených s pobytem v zařízení.

Otec paní Jitky celý život bydlel se svou rodinou a obhospodařovali rodinný statek na malé vesnici. Má 5 dětí. 3 z nich se v průběhu života osamostatnily a odstěhovaly do vlastního bydlení. Ovdověl a tak zůstal se 2 již dospělými dětmi sám. Péči o vlastní osobu, chod domácnosti a hospodářství však zvládal zajistit až do vysokého věku. V rámci možností byl jeho zdravotní stav dobrý. Ovšem po prodělané mozkové příhodě musel být hospitalizován v nemocnici. Celkově vystřídal 3 zařízení. Jeho stav se stabilizoval, ale bylo nutné vyřešit, kdo se o otce dále postará. Všichni sourozenci jsou do věku 50 let, paní Jitka je nejmladší z nich.

Všichni tedy chodí do zaměstnání, aby finančně zabezpečili svoji rodinu. Nemohli otci zajistit celodenní péči. Dcera, která s otcem před tím bydlela, pobírá invalidní důchod. Do zaměstnání chodí na částečný úvazek a měla zájem se o otce starat, ale její ošetřující lékař jí to skrz zdravotní problémy se zády výslovně nedoporučoval. Z tohoto důvodu se sourozenci rozhodli, že si podají žádost o umístění otce do DpS.

Kontakt na DpS dostali sourozenci v posledním zdravotnickém zařízení (léčebně dlouhodobě nemocných), kde byl otec umístěn. Trvalo to necelé 3 měsíce, než se místo v DpS uvolnilo. Rodina se předem v zařízení podívat nebyla, ale vzhledem k tomu, že mají známou, která v zařízení pracuje, informovali se u ní, jak to v DpS chodí a jaké služby zajišťují.

Paní Jitka ví, že se její otec zapojuje do aktivizačních programů, které v zařízení provozují (*Vždycky ho na invalidním vozíku převezou do klubovny, kde trhají rouno, molitan. Je fajn, když je v kolektivu ostatních. Říkají, že je s ním sranda a je v pohodě. Samozřejmě taky někdy má takový to rozkazovačný období – udělej, podej, tam běž. To on umí, i na nás býval rázný. Ale myslím si, že ho tady mají rádi. Že už ví, jak na něj. Neodporují mu, přikyvuji a on pracuje. Když mu řeknou, že když bude pracovat, tak tam s nimi může být, tak ho to určitě motivuje. Nenapadá mě nic, co bych tady postrádala. Určitě by se mu líbilo, kdyby se mohl starat o kytky a zeleň v okolí. Byl totiž zvyklý pracovat na zahrádce nebo na poli, ale to nepřichází v úvahu, protože už není pohyblivý.*)

Na návštěvu jezdí paní Jitka každý týden. Střídá se i s ostatními sourozenci, takže jejich otec má pravidelné návštěvy dvakrát, třikrát do týdne (*Občas má tatínek dobré období, kdy je relativně v pohodě, mluví s námi, ale z toho mu zase není moc dobře a nemá na naši návštěvu náladu. Ale každopádně pro nás i pro něho je lepší, když je tady. Nebylo jiné východisko, než ho do takového zařízení umístit. Nikdy nám to však nevyčítal. Spíš jsme ho na to museli připravit, vysvětlit mu celou situaci.*)

Paní Jitka neuvádí žádné výhrady k personálu v zařízení (*S personálem jsme spokojeni. Doposud jsme neměli žádné problémy, ani tatka si nikdy na nic nestěžoval. Takže si myslím, že je spokojený. On by se jinak určitě ozval. Samozřejmě taky má někdy úvahy, že by šel dom nebo něco takového, ale úplně minimálně tady. Když byl v Letovicích, tak to bylo pořád – ptal se, kdy už půjde dom, ale tady už je to o něčem jiným. Tam jich přeci jenom bylo na pokoji 8, kdežto zde jsou 4 na pokoji. Má víc soukromí, lepší péči. Prostě péče domova a nemocnice se nedá vůbec srovnávat.*) a preferuje osobní jednání.

Při definování SS byla paní Jitka nejistá (*Nevím přesně, co si mám představit. Asi taková nějaká pomoc pro starší lidi, veškerá péče o ně.*) a uvedla pouze jeden příklad organizace, která se seniorům věnuje (*Jinou službu znám pouze od charity, kdy rozváží obědy, což je možnost i u nás.*). Informace o SS by paní Jitka hledala na internetu nebo ve zdravotnickém zařízení (*Když byl tatka v klášteře, tak tam jsme se hlavně informovali. Pracovnice nám řekla, kam by všude mohl jít. Měla dobré chování, poradila nám. Vyplnila za nás všechny žádosti, se vším nám pomohla, se vším nám vyšla vstříc.*).

4.2 Kazuistiky rodinných příslušníků uživatelů sociální služby (DS)

Kazuistika č. 1:

Paní Hana má 52 let a pracuje ve firmě u svého manžela jako administrativní pracovnice. Má dvě děti a všichni společně bydlí v rodinném domě ve stejném městě jako je umístěn DS.

Syn paní Hany bude mít na podzim 18 roků a navštěvuje DS pro osoby s mentálním postižením (*Náš syn se narodil Downovým syndromem. Je hodný, milý, ovšem umí být také velmi tvrdohlavý.*). Navštěvoval základní školu speciální. Po prázdninách nastoupil do DS, kde je momentálně sedmý měsíc. Syn má příspěvek na péči 4. stupně (což postačuje na hrazení pobytu ve stacionáři).

Dále mají vyřízený příspěvek na provoz motorového vozidla (paní Hana každý den syna do zařízení dováží a vyzvedává). Vzhledem k věku syn nemá vyřízený invalidní důchod. O zbavení způsobilosti k právním úkonům rodiče neuvažují.

Kontakt na DS získala paní Hana ve speciální škole, kterou syn navštěvoval (*Ale měla jsem o něm povědomí i z novin, kde se občas píše o akcích, které ve stacionáři pořádají. Zvažovali jsme žádost ještě do jednoho zařízení, ale to je od nás asi 20 kilometrů, takže jsme nakonec zvolili první možnost, protože je to v místě našeho bydliště.*).

V prvních dnech docházení do DS se paní Haně jevil syn poněkud nervózní, rozpačitý (*Myslím, že byl nesvůj. Měl strach, že ho tam asi nechám, chtěl jít se mnou domů.*), ale postupem času si syn zvykl a bez problémů se zapojil do kolektivu ostatních (*Našel si tam kamarády a zdá se mi, že od té doby, co navštěvuje stacionář, lépe mluví, je mu víc rozumět.*).

V rámci možností se syn zapojuje do všech aktivit, které ve stacionáři pořádají (*Vím, že navlíkají korálky, trhají molitan. Myslím si, že pro syna jsou aktivity dostačující. Zatím mě nic nenapadá, co bych postrádala, možná časem, syn tam chodí teprve pár měsíců. Když u něj je ale problém v tom, že u ničeho dlouho nevydrží. Ale co si myslím, že je docela škoda, že v zařízení není cvičení ve smyslu fyzioterapie. Ve škole ji třeba měli a podle mě je to hodně důležité.*).

S většinou pracovníků se paní Hana zná osobně (*Potkáme se, když syna do zařízení vozím.*), ale doposud s nimi nic zásadního řešit nemusela (*Akorát jednou jsem byla upozorněna, že se tam údajně s někým pohádal. To bylo ze začátku, možná se předváděl. Byl v novém prostředí, spousta nových podnětů kolem něj. Ve škole se naučil mluvit sprostě a občas tyto slova používal i ve stacionáři, což se jim asi nelíbilo. Ale postupně ho trošku zpracovali a ani doma takhle nemluvíme, takže jsem ho sprostě neslyšela mluvit už strašně dlouho.*).

Kdyby nějaký problém nastal, tak by se ho paní Hana snažila vyřešit nejdříve s konkrétním vychovatelem a až poté s panem vedoucím. Takže s komunikací s personálem je spokojená (*Ze začátku jsme měli schůzku, kde jsme si říkali, co a jak v zařízení chodí, jak se tam syn chová. Což bylo fajn.*).

Úvahy ohledně zajištění péče o syna do budoucna napadají i paní Hanu (*Co se týče péče do budoucna, tak občas řeším co s ním potom. To napadne každého. Máme sice ještě staršího zdravého syna, ale dojíždí do zaměstnání daleko a kdo ví, kde za pár let bude.*). Paní Hana by si představovala, kdyby v budoucnu mohl její syn využívat chráněné bydlení (*Vím, že nedaleko je chráněné bydlení. Myslím si, že by byl schopen tam být. Hodně se zlepšil v mluvení a v rámci možností je samostatný. Časem by to nebylo špatné.*).

Při definici SS byla paní Hana nejistá (*Myslím, že je to služba formou peněz nebo formou pomoci, kdyby se něco stalo. Třeba kdyby člověk onemocněl.*). Informace o SS by hledala na internetu nebo by zašla na městský úřad – odbor sociálních věcí. Paní Hana se domnívá, že nejvíce SS pro osoby s mentálním postižením zajišťuje Oblastní charita BK (*Myslím si, že charita se do toho hodně angažuje. Dnes je toho mnohem více. Když se syn narodil, tak to bylo mnohem horší. Těžko se sháněly informace, tolik toho nebylo. Jezdila jsem snad jen do klubu pro rodiče s Downovým syndromem, kde jsme se dozvěděli hodně věcí. Teď už je to daleko lepší.*), ale konkrétní zařízení nevedla.

Kazuistika č. 2:

Paní Aneta má 46 let a pracuje jako fyzioterapeutka. Má dvě dcery, se kterými bydlí v bytovém domě. S manželem jsou rozvedení, ale s dcerami v kontaktu jejich otec je.

Paní Aneta má dceru, které je 21 let. Narodila se koncem pánevním, byl to komplikovaný porod. Postupně se u ní objevovaly problémy, křičela, plakala, nespala v noci, nevyvíjela se, jak by měla. Na neurologii ji diagnostikovali dětskou mozkovou obrnu, dále epilepsii. Podle vyšetření u psychologů paní Anetě sdělili, že se jedná o dítě na praktickou školu. I přesto do 1. třídy nastoupila na základní školu. Češtinu zhruba zvládala, ale hlavní problém u ní byl dyskalkulie. Od druhé třídy měla svůj speciální program, paní učitelka se jí perfektně věnovala, ale protože školní nároky se neustále zvyšovaly, učivo nezvládala. Od 5. třídy nakonec nastoupila na praktickou školu.

Na střední školu dojížděla zhruba 20 kilometrů na školu pro děti s kombinovanými vadami - obor pečovatelský, který ji velmi bavil. Ve škole děti učili spouště praktickým věcem, jezdit po městě tramvají, nakupovat, vařit (*To bylo pro ni vůbec nejlepší období. Ze začátku jsem ji vozila autem, ale postupně se naučila zvládat cestu vlakem sama. Měla jsem strach, ale tím že musela, tak to zvládla. Strašně ji to posunulo dál, pořád tím dozrávala.*). Při posledním psychologickém vyšetření dceře paní Anety naměřili IQ 69 (*Tím je vlastně hraniční. Žádaly jsme o invalidní důchod, o příspěvek na péči, ale bohužel ani v jednom případě jsme neuspěly. Je ve spouště věcí šikovná, to je pravda, ale když se stane něco nepředvídatelného, tak je problém. Ted' jsem dvakrát řešila, že podepsala nějaké smlouvy.*).

Paní Aneta by si přála, kdyby se jí pro dceru podařilo sehnat zaměstnání (*Bohužel nikde ji nechtějí, protože všude chtějí samostatnost. Vzhledem k tomu, že má pracovní pokles jen o 30 %. Vždycky je hraniční. Bavilo by ji dělat pečovatelku. Ona si s lidmi povídá, baví ji to. Ale všude mi řekli, že potřebují, aby byla schopna posoudit, kdy je potřeba zavolat záchranku, což v jejím případě se odhadnout nedá. Tím že je v něčem dobrá, tak jsme se dostali do takové pasti.*), ale bohužel se jí to dosud nepodařilo (*Nemůže zůstat jen tak doma, šla by hrozně dolů.*). Od známé se dozvěděla o DS a podala si žádost. V zařízení je dcera paní Anety 7 měsíců, dochází do něj třikrát týdně a zvládá se dopravit sama (*Jezdí vlakem, bydlíme asi 12 kilometrů od stacionáře. Dceři se tam líbí. Našla si spoustu kamarádů. Ráda ostatním pomáhá.*).

Paní Aneta se domnívá, že aktivit, které v zařízení mají, je spousta (*Vím, že trhají molitan, šijí polštáře. Každý co umí nebo spíš zvládá. Dceru to hrozně baví a těší se na to.*).

Spolupráci s personálem a jejich vzájemnou komunikaci vnímá paní Aneta jako bezproblémovou (*Doposud jsem žádný problém nemusela řešit a doufám, že to tak bude i nadále. Pokud se na něčem domlouváme, tak telefonicky nebo dcera nosí domů lístečky, na kterých je vše potřebné vždycky vypsáno.*).

Do budoucna paní Aneta doufá, že péči po ní převezme její starší dcera (*Holky spolu dobře vycházejí, už teď mě kolikrát má starší dcera zastupuje, co se péče týče, pokud si potřebuji zařídit nějaké pracovní záležitosti. Doufám, že v tom nebude problém.*).

Pod pojmem SS si paní Aneta představuje pomoc pro staré osoby či osoby s mentálním postižením (dojít jim pro léky, nakoupit). Informace o SS by hledala na internetu nebo přes známé, které v zařízení poskytující SS pracují. Ale ze zařízení pro osoby s postižením nejmenovala žádné (*Myslím, že v okolí moc těchto zařízení není. Pracuji mimo náš okres, takže bych si na nějaké zařízení vzpomněla tady. Ale mimo stacionáře, kam chodí má dcera, mě žádné jiné nenapadá.*).

Kazuistika č. 3:

Paní Petra má 57 roků a pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná (oblast stavebnictví). Bydlí společně s manželem a 2 dětmi v rodinném domě ve stejném městě jako je umístěn DS.

Synovi paní Petry letos bylo 30 let a je mentálně postižený (*Je to pořád takové velké dítě, je hodný. Sice chvílkami má své stavy, když se mu něco nelíbí, tak se vzteká, ale jinak s ním problémy nemáme*). Má příspěvek na péči 2. stupně a není zbaven způsobilosti k právním úkonům. Vyučil se na odborném učilišti, kde zároveň přes týden bydlel (*Byl na internátě a to si myslím, že pro něj bylo nejlepší. Tam udělal největší pokrok, tím že tam byly i děti méně postižené, oni ho tak vychovávaly, posouvaly ho dál. Když byl tam, tak byl hrozně šikovný.*). Poté byl 2 roky doma a pak nastoupil do DS (*O stacionáři jsem se dozvěděla z toho důvodu, že pracuji ve stavební firmě a v zařízení chtěli něco spravit. Takže jsem se seznámila s vedením, viděla jsem ostatní klienty a udělala jsem si obrázek, jak to u nich chodí. Domluvili jsme se a od té doby tam začal syn chodit. Byla jsem se dívat ještě v jednom zařízení, to je asi 20 kilometrů od našeho bydliště.*

Paní v zařízení byla velmi ochotná, se vším mi poradila, ale myslím si, že je to pro osoby více postižené, jak tělesně, tak mentálně. Nakonec jsem zvolila stacionář v místě našeho bydliště. Jinak nic jiného tady v okolí nikde není.).

DS navštěvuje každý den a je schopen do zařízení dojít sám (*Jsme místní, takže má naučenou trasu a tu bez problémů zvládne.*). Do stacionáře syn paní Petry dochází již 9. rokem. Když paní Petra zavzpomíná na začátky docházení do stacionáře, tak má dojem, že u syna došlo k jednoznačnému zhoršení oproti pobytu na internátě (v oblasti samostatnosti).

Paní Petra ví, jakým činnostem se v zařízení věnují (*Do aktivit, které se v zařízení provádějí, se zapojovat musí každý. Mají to rozdělené podle svých schopností - šijí polštáře, trhají molitan, vyrábí ptačí boudky. Je to jednoduchá práce, ale je to hrozně baví. Jsou nadšení, důležití, úplně unešení.*), ale má k nim i jisté výhrady (*Jeden čas se v zařízení s nimi chodilo i nakupovat, aby se naučili hospodařit s penězi nebo jezdili hodně na výlety, teď už tomu tak není. Představovala bych si, že je v zařízení budou učit větší samostatnosti. Oni jsou neustále jak děti ve školce. Trošku by si měli osvojit zásady slušného chování mezi lidmi. Víím, že je to těžký, že každý je jinak postižený, ale měli by se naučit, že když mluví jeden, tak nemůže mluvit dalších šest. To skákání do řeči je strašný. Byla bych ráda, kdyby tohle šlo u nich zavést. Protože on si to potom přináší i domů a to je hrozný. Má to takhle naučený. Když je o prázdninách na tři týdny doma, tak se z toho dostane. Ale pak stačí být ve stacionáři tři dny a je to zpátky. Nikdy jsem to však s vedením řešit nezkoušela. Bojím se, aby se to potom neobrátilo proti synovi. Nechci do toho až tak zasahovat. Jako další, co mně v zařízení chybí, je tělesné cvičení. I v tomto směru se jim dříve věnovali mnohem víc, chodili plavat, cvičili. Nevím, proč se to zrušilo.*). Prostor si vše vyříkat by byl, paní Petra uvádí, že se zhruba jednou, dvakrát ročně pořádají pro rodinné příslušníky besedy, kde se hodnotí výsledky zařízení, rozpočet. K projednání těchto záležitostí však nemá odvalu. Osobně se zná pouze s vedením v zařízení, jednotlivé vychovatele pak spíš jen z rozhovorů po telefonu.

Nic zásadního s nimi řešit nemusela (*Zatím jsem neřešila žádný problém týkající se synova chování, občas ho usměrním sama, ale že by bylo něco závažného, co by narušovalo chod v zařízení, to ne.*).

Do budoucna paní Petra doufá, že se o postiženého syna postará její starší syn (*Bydlíme společně. Kvůli tomu jsme si to takhle zařídili. Syn se snachou bydlí nahoře, my dole. Kdyby se s námi něco stalo, tak se o něj snad postará. Nemáme v plánu ho dát do nějakého chráněného bydlení.*).

Pod pojmem SS si paní Petra představuje rozvoz jídla (*Vím, že za naši babičkou takhle jezdili. Nepomáhali jí v domácnosti, vždycky si s ní povykládali a jí to hrozně pomáhalo. Jinak jsem se s tímto pojmem nesetkala a pak až teda se synem.*). Informace o SS by hledala zejména na městském úřadě na sociálním odboru nebo v charitě (*Nebo se znám ještě s psychologem, který má také postiženého syna, takže s ním asi taky.*). Paní Petra dodává, že pro postižené osoby na okrese nejsou téměř žádná zařízení (*Vím, že bylo jedno zařízení v Petrovicích, ale tam je to zrušený. A pak se asi dá dojíždět do Brna, ale to je asi 30 kilometrů a to by se mi nelíbilo. Ať je to tedy v našem zařízení, jak je to, je to v místě a syn si tam může sám dojít. Doma být prostě nemůže. I kdybych se mu věnovala sebevíc, kolektiv je pro něj důležitý. Má rád a ten on potřebuje.*).

Kazuistika č. 4:

Paní Květa má 80 roků a je ve starobním důchodě. Vystudovala obchodní akademii a poté pracovala jako účetní. Bydlí se svým manželem v rodinném domku. Společně vychovali 2 děti, které již nyní mají vlastní rodinu, ale jsou v pravidelném kontaktu.

Paní Květa má vnučku, která navštěvuje DS pro osoby s kombinovaným postižením (*Asi v půl roce měla velkou horečku. Dostala z toho křeče a omdlela. Rodiče ji dali do auta, cestou se jim probrala, ale to jí uškodilo. Po řadě vyšetření jim řekli, že má dětskou mozkovou obrnu. Těžko začínala chodit, myslím že až ve 2 letech. Byla taková tvrdá, neohebná. Celkově měla strach z lékařů. Dále má problémy se zrakem – hodně špatně vidí.*

Jinak je velmi šikovná, naučila se jezdit na kole, umí číst, psát. S počítáním je to horší, to má kalkulačku, ale hodinky má digitální, takže pozná, kolik je hodin. Má hrozně ráda kočky, vlastně i ostatní zvířátka. Péči o sebe víceméně zvládá, ale jídlo se jí všechno musí nachystat, umyje se, vysprchuje se, to jo, ale potřebuje přeci jenom dohled.). Způsobilosti k právním úkonům zbavená není a příspěvek na péči má 2. stupně.

Vnučka paní Květy má 34 let. DS navštěvuje každý den, pracovníci v zařízení své klienty sváží, takže ji vždycky každé ráno vyzvednou a odpoledne zavezou zpět. Do zařízení dochází již 15 let.

Aktivít pořádaných ve stacionáři je podle paní Květy hodně (Vymýšlí pěkný program. Dělají keramiku, trhají molitan. Vnučka bydlí kousek od nás a každé odpoledne za mnou chodí na návštěvu, aby nebyla sama doma, než se její rodiče vrátí ze zaměstnání. S velkým nadšením mi líčí, co všechno během dne dělali. Dostává se jí všeho, co potřebuje. Vážím si práce lidí tam. Ne každý může s postiženými pracovat.).

Co se týče komunikace, tak většinu věcí zařizuje její dcera (*Myslím, že ani tady není žádný problém. I já znám některé pracovníky osobně. Jsou to fajn lidé.*).

Na téma ohledně zajištění péče do budoucna v rodině několikrát diskutovali (*Dcera říká, že dokud to půjde, tak se o ni postará. Nedovede si představit, že by měla jít do ústavu. Vnučka má ještě dva bratry. Mají mezi sebou moc pěkný vztah, takže tak nějak předpokládáme, že péči by dále převzali oni. Jsou na ni zvyklí. Když jsou s ní sami, tak ji cepují, ale vždycky v dobrém, takže by si s ní uměli poradit.*).

Pod pojmem SS si paní Květa představuje činnosti zejména pro důchodce (úklid, vaření). Do zařízení SS, která se věnují osobám se zdravotním postižením, paní Květa zařadila speciální a praktickou školu v Boskovicích, DS Domov Olga v BK a DS Emanuel v Boskovicích. Pokud by potřebovala informace o SS, tak by kontaktovala své známé nebo pracovníky v charitě.

Kazuistika č. 5:

Paní Monika má 56 let. V současné době již nepracuje. Poslední 3 roky se stará jen o svou dceru, ale před tím pracovala jako zdravotní sestra na zubním oddělení a v DpS. Bydlí společně s manželem a dcerou v rodinném domě. Má ještě syna, ale ten je již odstěhovaný a má vlastní rodinu.

Dcera paní Moniky má 36 let a byla přidušená při porodu, takže má dětskou mozkovou obrnu. V 10 letech ji byla zjištěná epilepsie, špatně slyší a má špatnou motoriku. Má příspěvek na péči 3. stupně a je zbavena způsobilosti k právním úkonům (*Ted' je to tak rok. Dlouho jsme to nechtěli vyřizovat, ale nakonec nás k tomu přemluvili, protože v dnešní době hrozí to, že by ji někdo zneužil a vzal si třeba na ni půjčku.*). DS navštěvuje dcera paní Moniky téměř 20 let. O činnosti zařízení se dozvěděli přes vedení ve stacionáři (*Znala jsem se s vedoucí zařízení, takže jsem věděla, že hodlá takové zařízení otvírat. Spojila jsem se s ní a podala si k nim žádost ještě v době, kdy dcera jezdila do speciální školy. V podstatě to bylo první zařízení na okrese. Akorát nám to vyšlo, že skončila školu a nastoupila do zařízení. Neměla žádnou prodlevu, že by musela být sama doma.*). Dříve DS navštěvovala každý den. Nyní, co je paní Monika doma, tak jen dvakrát týdně. (*Bydlíme 8 kilometrů od stacionáře. Dcera má naučené autobusové spoje a umí se do DS dopravit sama.*).

Vzhledem k tomu, že dcera paní Moniky měla osvojených spoustu návyků z domu, žádný velký posun u ní její matka po nástupu do zařízení neshledala (*Udělalí jsme maximum, abychom ji naučili samostatnosti. Když byla dítě, tak jsem hodně dělala přes svaz invalidů. Pro tyhle děti byl založený svaz Asociace rodičů a přátel postižených dětí a organizovali jsme pro ně tábory, výlety.*), ale jako přínos viděla skutečnost, že je v kolektivu osob, které mají podobné problémy a jako další pozitivní paní Monika hodnotí, že se v zařízení naučila šít na stroji, o což se doma marně společně pokoušely.

V zařízení se dcera paní Moniky zapojuje do všech aktivit (šijí na stroji, trhají molitan, pomáhají v kuchyni, s úklidem, učí se práci na počítači), ale údajně dříve toho bylo mnohem více.

(Poslední dobou je aktivit a výletů méně. Dříve se jezdilo i do divadla, do tanečních. Je pravda, že klienti stárnou a vymyšlení aktivit je složitější, ale i tak je to škoda. Dnes jsou schopni nacvičit pěkné představení a je škoda, že s tím nemohou nikde vystupovat, tak jako dřív.).

Paní Monika se zná se všemi pracovníky v zařízení osobně, ale co se týče komunikace s nimi, tak nemá dobré zkušenosti *(Ve stacionáři postrádám komunikaci vedení a rodičů. Dost těžko jsem to nesla. V některých bodech jsme dost rozcházeli. Není o tom, že by měl někdo vyhrát nebo prohrát, ale v podstatě jsme ve finále vždycky prohráli my. Každoročně se před Vánocemi pořádá hodnotící beseda, ale s tím nemám dobré zkušenosti, takže již nemám zájem s nimi o něčem diskutovat. Mě to třeba mrzí. Myslím si, že by to bylo daleko lepší, kdyby oni byli více slyšící vůči nám – rodičům. Řeknu příklad, už je to tedy mnoho let zpátky, kdy jsme se rozhodli, aby měla nějakou svoji vlastní korunu, tak ji můj muž bral do práce k sobě, že tam jednou týdně chodila uklízet. Ona to dělala hrozně ráda, bavilo ji to, ale skončilo to hrozným fiaskem, protože v zařízení se jim to těžce nelíbilo. Dokonce nás obvinili z toho, že ji jakoby zneužíváme. Nějakou chvíli jsme s nimi tedy bojovali, ale nakonec jsme to vzdali. Ty jejich závěry, když jsme s nimi chtěli nějak mluvit, protože jsme nechápali, proč je kolem toho takový humbuk. Ale jejich argumenty typu, že se jí tam někdo v té práci smál, což nebylo ani možný, protože v té práci byli lidi, kteří jsme znali léta, takže ji znají, jsou to dospělí lidi, takže tam nepřípadalo vůbec v úvahu, že by se jí někdo posmíval, takže to nebylo v žádném případě možné. Ale nakonec jsme to vzdali, protože se to tam přelilo tak, že víceméně šlapali po dceři. Svým způsobem ji tlačili do kouta – no, kdybys tady v pátek byla, tak jsi mohla dělat s holkami to a to, ale když jsi šla tam uklízet, tak jsi o to přišla. Jednu dobu jsem i zvažovala úplný odchod ze zařízení, ale při porovnání pro a proti, vždycky to hrálo ve prospěch, že teda ne, protože ona tam má silné vazby, i k některým tetám, ale hlavně na vrstevníky. A i když je velmi přizpůsobivá, že by si zvykla i někde jinde, tak mně to přišlo, že jí to nemůžu udělat. Že by bylo zbytečné ji stresovat.*

Protože by to trvalo určitě aspoň půl roku, než by se odpoutala a zase si zvykla někde jinde. I když třeba v druhém stacionáři, který je v našem okolí, má spoustu kamarádek, protože s nimi jezdila na tábory. Takže přechod by byl možný, ale nebyl by úplně dobrý, takže vzhledem k ní, jsme to neřešili a v podstatě jsme s nimi přestali cokoliv řešit. Hodně nás to ale trápilo, takže byly i doby, kdy jela v létě na tábor, raděj jsme napsali omluvenku, že jede k babičce, aby se to opět nepoužilo proti ní. Protože v momentě, kdy jsme to přiznali, tak byl problém. Ona nic moc neřekne, ale začala být hodně agresivní, protože byla jakoby v pasti a pak když po určité době – po několika letech, tak z ní vypadlo, že se jí holky posmívaly, že je jak malá, že jezdí na tábor, což ze své hlavy určitě mít nemohly. Takže jsme jí vždycky raděj napsali omluvenku a už i ona věděla, že to nesmí říct, že jede na tábor. Takže si myslím, že komunikace mezi námi je špatná, ale já netvrdím, že je to všechno jejich chyba, protože z naší strany je to už i o tom, že my nechceme. Už nemáme tu vůli k něčemu, takže dneska je to již oboustranný. Třeba před 3 léty mi přišla hrozně unavená, zdálo se mi, že to již nezvládá jezdit do stacionáře každý den. Že už toho na ni bylo moc, přeci jenom jak jí přehoupla ta třicítka, tak se to začíná projevovat. Nejdřív jsem si myslela, že bude chodit třikrát týdně, ale potom se to ustálilo na dvakrát. Když nacvičují na vystoupení, tak chodí třeba častěji, ale taky jsme s tím měli velké problémy. Hrozně se jim to nelíbilo, že nebude chodit celý týden. Ale když nám tuto možnost nabídli, tak jsme ji využili.).

V rámci péče o dceru do budoucna paní Monika zvažuje využívat chráněné bydlení (*Dokud to půjde, tak bude doma a až to nepůjde, tak bude muset někam jít. Protože pochybuji, že náš syn by na tom byl tak dobře, že by se o dceru mohl starat. Protože ona to určitá starost je. Myslím si, že chráněné bydlení má svůj význam. Pro ni by to bylo úplně ideální.*).

Vzhledem k tomu, že paní Monika pracovala v DpS uměla SS vysvětlit jako soubor činností, díky kterým se snažíme začlenit znevýhodněné osoby zpět do běžného života, popřípadě poskytnout mu pomoc v těch oblastech, ve kterých potřebuje.

Paní Aneta postrádá pro osoby s postižením nějaká centra, kam by se šly odpoledne pobavit (*Že by probíhalo kino nebo by jim tam přijel někdo vystoupit. Je velká spousta lidí, co nechodí do žádného stacionáře, ale jsou pouze doma, tak že by využívali aspoň toho. Třeba i tím, že dcera nechodí do stacionáře každý den, tak bychom jednou týdně tuhle možnost rády uvítaly. Třeba před Vánoce, Velikonocemi si jít vyrobit ozdůbky, prostě něco jak takový klub. Nemusela by proto být zvláštní budova, ale třeba ve stacionáři by jedno odpoledne bylo vyhrazené na tuto činnost. Že by třeba přišli studenti, kteří se tomuto oboru věnují a během odpoledne by něco společně vytvářeli. Pokud jsou to děti školou povinné, tak mají možnost využít spoustu kroužků, kdežto dospělí s postižením mají již možnosti omezené. Víím, že ve stacionáři mají aktivit spoustu, ale jsou pořád v jedné komunitě. Měli by trošku něco jiného. Nebudeme si nic nalhávat, ať je to jakékoliv zařízení, tak stereotyp tam je. Volnočasový kroužek by měl přínos. Ono i celkově zařízení pro osoby s postižením je málo a bude jich málo. Myslím si, že to nepokrývá poptávku.*). Informace o SS by hledala na internetu. Ze zařízení poskytující SS pro osoby se zdravotním postižením dokázala jmenovat stacionář Emanuel a Betany v Boskovicích, zařízení Pěkná modrá v Doubravici a chráněné bydlení na Klepačově.

Kazuistika č. 6:

Paní Eva má 55 roků a vykonává manuální práci ve firmě, která se zaměřuje na výrobu konektorů pro automobilový průmysl. Před 7 lety ovdověla a bydlí společně se svými 3 dětmi v rodinném domku.

Syn paní Evy má 34 roků a navštěvuje DS pro osoby s mentálním postižením, který je vzdálený zhruba 8 kilometrů od místa jejich bydliště. Má příspěvek na péči 2. stupně a způsobilosti k právním úkonům zbavený není. V dětství prodělal mozkovou příhodu a od té doby má špatnou koordinaci pohybu, ochrnutou ruku a diagnostikovanou lehkou mentální retardaci. Vyučil se na odborném učilišti oboru zahradnictví.

Stacionář navštěvuje již 5 let. Každý den ho ráno vyzvednou a odpoledne zase zavezou zpět (tato služba je zajištěna pracovníky ze zařízení). Do zařízení dochází třikrát týdně (*Po celý týden tam chodit nechce. I tak čas od času říká, že tam chodit nebude vůbec. Jsou tam mentálně více postižené děti a syn si stěžuje, že si pořádně nemá s kým vykládat. Zajímá ho spousta věcí. Jenže vychovatelé si nemohou dovolit neustále se mu individuálně věnovat. Obávám se, že nakonec vážně zůstane doma úplně. Nemám z toho radost, ale snad to nějak zvládneme. Nadává mi, abych šla do důchodu. Jenže mám ještě 3 roky do normálního důchodu, kdyby byl manžel, tak bych šla asi do předčasného, ale když manžel zemřel, nemám po něm důchod nic, tak jeden plat je málo. Tak jsem z toho nervózní, když má syn špatnou koordinaci pohybu, rovnováhu, kolikrát se stane, že když je sám doma, tak spadne. Ale zatím padá tak, že se mu nic nestalo, ale až jednou spadne a najdu ho tady, kdo ví jak, tak to bude hrozný potom.*).

Paní Eva nezvažuje, že by pro syna hledala jiné zařízení SS, popřípadě se ho snažila umístit na trh práce (*Myslím, že už by o to ani neměl zájem, po té zkušenosti co má. Je hrozně tvrdohlavý, a přes to nejede vlak. Sám si nezapne ani knoflík, takže asi ani nějaké podporované zaměstnání nepřichází v úvahu. Počítač zvládne ovládat, ten ho celkem baví. Zajímá ho i zeměpis a takové cestopisné věci. Jinak je schopný být sám doma, ale musím mu vše nachystat. Ohřát jídlo si umí, ovšem nepřenesse si to na stůl, protože mu to jednou rukou prostě nejde.*).

K aktivitám v zařízení paní Eva žádné výhrady nemá. Ví, že se snaží naučit klienty samostatnosti, pracovním návykům. Chápe syna, že by uvítal individuální přístup, ovšem stejně tak si je vědoma toho, že v takovém množství klientů, které v zařízení mají, není v silách pracovníků, aby tohle zvládli.

Ani v komunikaci s personálem nevidí žádný problém (*Vždycky, když bylo něco potřeba, tak jsme se domluvili. Většinou tedy telefonicky.*).

Paní Eva by si přála, kdyby péči o syna v době, kdy již nebude schopna se o něj starat, zajistily její další 2 děti (*Do budoucna mě znepokojuje to, jak to bude, až já tu nebudu. Mám 2 další děti, obě jsou zdravé a momentálně svobodné - ve věku 37 a 30 let. Bydlíme všichni společně.*

Dokážou se o něj postarat a doufám, že to tak bude i nadále. Syn umí být kolikrát hodně nepříjemný, je na všechny protivný, nervózní sám nad sebou, tak to odnášíme všichni doma, asi nejvíc já - za to, že jsem ho porodila. Ale i přesto ho máme rádi. Na jednu stranu bych chtěla být již v důchodě, kvůli synovi, na stranu druhou to je konec života i pro mě. To už se potom nikam nedostanu.).

Pod pojmem SS si paní Eva představuje službu pro člověka, který je sociálně slabý (finanční a zdravotní výpomoc). Informace o SS by hledala u známých nebo na městském úřadě – odboru sociálních věcí (*Podle mě se informace nejlépe hledají po známých. Zkušenosti lidí z okolí jsou asi největším přínosem. Ovšem i na městském úřadě byla hrozně příjemná sociální pracovnice, která mi ochotně se vším pomáhala, poradila. Nebo když mám nějaký problém, tak se obracím na pana psychologa, který bydlí nedaleko od nás. Známe se již dlouhá léta a navíc má také postiženého syna, takže se dokáže do této problematiky opravdu vcítit.*). Jmenovat jiné zařízení pro osoby s mentálním postižením však nedokázala (*Nevím, jestli tady u nás je ještě něco jiného, možná něco zajišťuje charita, ale tím si nejsem úplně jistá.*).

Kazuistika č. 7:

Paní Radka má 54 roků a pracuje jako kadeřnice. Je rozvedená a bydlí společně se svými dvěma syny v rodinném domě.

Syn paní Radky má 36 let. Má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, epilepsii a skoliózu zad. Pobírá invalidní důchod a příspěvek na péči druhého stupně (z čehož si hradí pobyt ve stacionáři). Způsobivosti k právním úkonům není zbaven (*Ale poslední dobou o tom stále více uvažuji. Kolikrát se bojím, aby ho někdo nezneužil a on něco nepodepsal. Snažím se mu pořád opakovat, aby s nikým cizím nic nevyplňoval, nepodepisoval, ale i tak mám strach. Obzvlášť v dnešní době.*). Nastoupil na běžnou základní školu, ale v důsledku sníženého intelektu probíranou látku nezvládal a bylo paní Radce doporučeno, aby syna nechala přeradit na základní školu praktickou. Což paní Radka udělala a zde již školní nároky v rámci možností zvládal.

Nastoupil na odborné učiliště a vyučil se zahradníkem. Měl to štěstí, že se mu podařilo sehnat zaměstnání. Pracoval v zahradnictví a velmi ho to bavilo, ale poté, co měl podnik finanční potíže, syn paní Radky zůstal bez práce. Vzhledem k tomu, že paní Radka musela chodit do práce, syn zůstal sám doma, což se paní Radce nezamlouvalo. Dohlížet na něj chodila matka paní Radky, ale i přesto bylo nutné vzniklou situaci řešit. Přes známou se paní Radka dozvěděla, že ve stejném městě jako bydlí je DS pro osoby s mentálním postižením a podala si do zařízení žádost. Trvalo to zhruba půl roku, než do zařízení nastoupil.

Hned od prvních dnů ve stacionáři syn paní Radky projevoval nadšení. Je přátelské a družné povahy, takže do kolektivu ostatních bez problémů zapadl. I paní Radka vnímala určitou změnu. Syn začal být více samostatný, ale i aktivní. Doma se dobrovolně hlásil k pomoci s úklidovými pracemi, což dřív nikdy nedělal. Nyní je to již 14 let, co do zařízení každý den dochází (zvládá se do zařízení dopravit bez cizí pomoci).

Přehled ohledně aktivit, které v zařízení dělají, paní Radka má. Uvádí, že šijí polštáře, vyrábí z keramiky, ze dřeva, učí se pracovat na počítači (*Všichni se musí zapojovat, takové je tam pravidlo. Ale činnosti se volí dle toho, co kdo zvládá. Myslím, že mají z čeho vybírat. Syn asi nejraději pracuje se dřevem. Ale přes léto klienti pomáhají i úpravou zeleně v okolí a to ho baví ze všeho nejvíc.*). Uvítala by však, kdyby do programu zařadili i pravidelné cvičení (*Rozcvičky v zařízení sice mají, ale to je málo. Prostě cvičit pod odborným dohledem.*).

Ohledně vzájemné spolupráce s pracovníky v zařízení paní Radka příliš sdílná nebyla (*Zatím jsme se vždycky domluvili, nic zásadního však nutný řešit nebylo. Vše šlo řešit po telefonu nebo prostřednictvím písemných vzkazů.*).

Do budoucna paní Radka doufá, že péči po ní převezme její druhý syn (*Nad budoucností občas přemýšlím. To víte, že to napadne každého rodiče, který má postižené dítě. U mě je to navíc komplikovaný tím, že manžel od nás odešel. Tak jsem na vše sama. Dokud to půjde, postarám se o syna a až to nebudu fyzicky či psychicky zvládat, tak mě snad zastoupí můj druhý syn.*).

Paní Radka uvádí, že o SS není informovaná. Domnívá se, že se jedná o pomoc těm, co se o sebe nedokážou postarat sami. Zahrnula by sem i nějakou finanční výpomoc. Informace by hledala především prostřednictvím svých známých nebo v charitě. Žádná konkrétní zařízení jmenovat nedokázala (*Celkově těch zařízení tady u nás asi moc není. Nemám přehled. Syn má kde být, tak se o to až tak moc nezajímám.*).

Kazuistika č. 8:

Pan Karel má 45 let a v současné době pracuje v neziskové křesťanské organizaci, která se zabývá volnočasovými aktivitami pro děti a mládež. Se svojí ženou a čtyřmi dětmi bydlí v rodinném domě.

Pan Karel má starší sestru, která bude mít 62 roků. Při porodu došlo ke krvácení do mozku. Přičemž jí ochrnuły nohy a pravá ruka. Tělesné postižení bylo tedy od útlého věku, ovšem ne v takovém rozsahu jako je dnes. Dále byla u sestry diagnostikována středně těžká mentální retardace. Postupem věku se její zdravotní stav hodně zhoršoval. Příspěvek na péči má 4. stupně a není zbavena způsobilosti k právním úkonům.

Do roku 2007 žila se svou matkou v domě s pečovatelskou službou, přičemž třikrát týdně docházela do DS pro osoby s kombinovaným postižením (*Je to již pár let, ale na vzájemnou spolupráci ne příliš rád vzpomínám. Vázla komunikace mezi námi – jako rodinou a vedením. Ale na druhou stranu pro klienty vymýšleli program, který vyplnil jejich volný čas, učili je samostatnosti. Spolupráci v zařízení jsme však ukončili skrz sestřin zdravotní stav.*).

Péče o sestru pana Karla byla stále náročnější a její matka to již fyzicky nezvládala. Dlouhé roky dopředu měli zažádáno do domova pro osoby se zdravotním postižením (*Po smrti tatínka, tedy v roce 1991, jsme se byli v zařízení podívat a již tenkrát nám poradili, ať žádost sepíšeme, že tam může ležet a pokud by nastala závažná situace, tak aby ta žádost tam byla.*).

Ale až v roce 2007 ji rodina využila (*Zavolali jsme tam a zeptali jsme se, jestli mají volné místo. Sdělili nám, že vzhledem k této akutní situaci se nám pokusí vyhovět a asi dva měsíce na to jsme tam sestru umístili.*).

Zpočátku pan Karel měl obavy, jak jeho sestra na umístění do zařízení bude reagovat, ale díky pracovníkům v zařízení, kteří se jí plně věnovali, to snad pro ni nebyl takový psychický stres.

Pan Karel ví, že v zařízení vymýšlejí různé činnosti jak klienty zabavit (*Mají tam hrnčířskou dílnu, dále lepší mozaiku, kroužek šití. Sestru jednou za týden na tyto činnosti vozí, ona tohle hrozně vždycky měla ráda. Ale hlavně jsme si od toho umístění slibovali to, že ona bude „mezi svými“. Že bude mezi holkami, které jsou podobně postižené, mají podobné uvažování a tak. Oblíbila si tam některé lidi a to je pro ni hrozně fajn. Ráda se také dívá na televizi nebo poslouchá rádio. Miluje dechovku, tak tam má spoustu kazet. Nebo se s ostatními vzájemně navštěvují. Tak dvakrát ročně jedou na výlet, tak na dva na tři dny a podívají se zase někde jinam.*), ale nad tím, co mu v zařízení pro sestru chybí, se doposud nezamýšlel (*Po pravdě, jestli tam nějaké aktivity postrádám, tak nad tím jsem nikdy nepřemýšlel. Když se zamyslím, tak tam spíš jde o to, že sestra byla vždycky hrozně komunikativní člověk. Tady to však moc nejde, některé její spolubydlící tolik komunikativní nejsou, nebo jim nerozumí a ona tím pádem přestala tak komunikovat. Dnes vydrží půl hodiny sedět bez mluvení. Dřív tu pusu nezavřela, kdežto dnes klidně jen sedí a kouká. Takže postrádám něco jako individuální přístup, ale chápu, že se to při takovém množství lidí dá těžko zvládat. Druhá věc co mě napadá, tak jak sedí na vozíku, ochabují jí svaly a neudrží se. Zkracují se jí šlachy, takže by bylo dobré, kdyby tam byl někdo, kdo s ní bude pravidelně cvičit, nějaká rehabilitace, fyzioterapeut, to však nestačí jednou týdně, to chce aspoň třikrát. Tohle tam bohužel není. Myslím si, že pro takhle postižené lidi je to hodně důležité, protože po fyzické stránce se jinak zhoršují.*).

Vzhledem k tomu, že pan Karel, popřípadě jeho matka, jezdí za sestrou pravidelně, s většinou pracovníků se zná osobně (*Maminka zná i sestřinu klíčovou sestřičku. Vždycky s ní řeší, co se jí líbí a co ne.*

Snaží se spolu vzájemně nějak domluvit. Takže komunikace s personálem je na dobré úrovni, navíc maminka je taková, že když se jí něco nelíbí, tak se nebojí ozvat a trošku jim tam zvednout mandle. Ale nikdy se nestalo, že by byl nějaký závažný problém. Myslím, že pro ty lidi tam dělají maximum. Sám osobně si práce zaměstnanců hrozně vážím, že se dokážou o všechny starat. To musí dělat člověk, který k tomu má obdarování, vztah k těmto lidem. Postižení vycítí velice dobře, jestli je člověk má rád nebo ne. A pokud je máte rád, tak to dokážou dát najevo.).

Na návštěvu za sestrou jezdil pan Karel po dva roky jedenkrát týdně – vždy v sobotu, ale poté tento interval prodloužili na čtrnáct dní (*Vždy jsem bral auto, ale maminka však potom naznala, že je ještě schopna jezdit autobusem sama. Je to i levnější, tak za ní nyní pravidelně jezdí autobusem.*).

Pod pojmem SS si pan Karel představuje pomoc lidem, kteří se o sebe nedokážou postarat sami (*Moje informovanost o SS ale není nějak velká, pokud se člověk sám o to nestará a nepídí se po tom, tak z veřejných mediálních prostředků se toho člověk moc nedozví. Mám tu osobní zkušenost, že není pravidlem, že by člověk přišel na úřad a dozvěděl se všechno. Máme tu výhodu, že na úřadu práce pracuje spolužačka mé ženy, takže ona jí řekla, na jaké dávky máme nároky, ale jinak se toho člověk moc nedozví. Já to chápu, že stát se snaží šetřit, ale zrovna na postižených lidech to asi není to pravé ořechové.*). Z jiných zařízení pro osoby s mentálním postižením jmenoval denní stacionář Domov Olga v BK a Betany v Boskovicích.

Kazuistika č. 9:

Pan Milan má 46 let a pracuje jako počítačový technik. Společně se svou ženou vychovávají 2 děti (ač jsou již dnes obě dospělé) a obývají bytový dům v menším městě.

Mladší dcera má 22 let. Narodila se předčasně z rizikové gravidity. Při porodu byla kříšena. Nevyvíjela se fyziologicky. Zhruba kolem jednoho roku jí na neurologii diagnostikovali dětskou mozkovou obrnu a doporučili rodičům cvičit Vojtovu metodu.

V průběhu dětství se u dcery pana Milana objevila i další přidružená onemocnění a komplikace (epilepsie, alergie, špatný sluch) a byl jí naměřen snížený intelekt. Nastoupila do základní školy speciální. Po ukončení povinné školní docházky již do žádného jiného školského zařízení nedocházela a byla s matkou doma. Má příspěvek na péči 3. stupně a je zbavená způsobilosti k právním úkonům, a to v plném rozsahu. Rodiče se domnívali, že pobyt v kolektivu ostatních dětí by její dceři prospěl, a proto se rozhodli pro ni vyhledat vhodné zařízení. Přes obvodní lékařku své dcery zjistili, že zhruba 10 kilometrů od místa jejich bydliště je DS pro osoby s kombinovaným postižením a do zařízení se zajeli podívat. Prostředí ve stacionáři se jim líbilo, i pracovníci na ně udělali dojem a tak se rodiče rozhodli vyplnit žádost o přijetí. Zhruba do půl roku bylo jejich žádosti vyhověno.

Po nástupu do zařízení se jejich dcera výrazně zlepšila v mluveném projevu. Jinak spoustu návyků, co se samostatnosti týče, měla osvojených z rodiny, takže zde žádný posun rodiče nezaznamenali.

Nyní je v zařízení třetím rokem. Pan Milan ji každý den do stacionáře vozí autem, poněvadž nedaleko pracuje.

Dcera pana Milana ráda vykonává ruční práce, takže v zařízení najde plné využití (Hrozně ji to baví. Každý den se nám chlubí, co nového vytvořila. V zařízení jim v tomhle směru nabízí opravdu mnoho aktivit. Nemám k nim sebemenší výhradu. Nenapadá mě nic, co by se dalo zlepšit. Nad tím jsem asi nikdy ani nepřemýšlel. Dcera je spokojená a to je pro nás hlavní.).

Vzhledem k tomu, že pan Milan každý den svou dceru do zařízení dováží, vše co je třeba, si vyřídí osobně *(Nemám s tím problém, jsem člověk upovídaný, takže kdyby se mi přeci jen něco trochu nelíbilo, určitě se ozvu, ale jak už jsem říkal, se vším jsme spokojeni. Vážíme si práce lidí tady.).*

Otázku ohledně péče do budoucna pan Milan několikrát doma probíral *(Tyhle úvahy napadají zejména mou ženu. Nedivím se jí, ale zatím mi to přijde docela předčasné tohle řešit. Ano, stát se může cokoli, ale to člověk neovlivní. Přáli bychom si, kdyby péči po nás převzala naše druhá dcera.*

Ale zda to tak dopadne, nikdo neví. Ale nutit ji do ničeho nebudeme. Často nám už teď pomáhá a vždycky si dokázala poradit. Tak uvidíme.)

Pan Milan přiznává, že příliš informací o SS neví (*Pravděpodobně se bude jednat o zajištění pomoci pro lidi v nouzi a to jakékoliv – finanční, zdravotní a asi i sociální.*). Informace by si zásadně vyhledával na internetu nebo by se zeptal u praktického lékaře (tak jak tomu bylo, když hledali nějaké zařízení pro jejich dceru). Z dalších zařízení, kam by mohla jejich dcera docházet, jmenoval DS Domov Olga v BK.

Kazuistika č. 10:

Paní Olga má 45 let a pracuje jako celní deklarantka. Je vdaná, má 2 již dospělé děti a bydlí se svým manželem v menší vesnici.

Paní Olga má sestru, které je 40 let, má diagnostikovanou perinatální encefalopatii, středně těžkou mentální retardaci, stresovou inkontinenci a problémy s ledvinami.

Pobírá příspěvek na péči 4. stupně a není zbavena způsobilosti k právním úkonům. Bydlí společně se svými rodiči ve stejné vesnici jako paní Olga.

Sestra paní Olgy navštěvovala praktickou školu a dále odborné učiliště s možností pobývat na internátě, kde se vyučila v oboru zahradnice. Kontakt na DS dostala rodina paní Olgy od zdravotní sestry na neurologii při pravidelné zdravotní prohlídce. Podali si do zařízení žádost a zhruba rok trvalo, než sestra paní Olgy do zařízení nastoupila. Nyní je to již 17 let, co zařízení navštěvuje. Do stacionáře dojíždí každý den (pracovníci ze zařízení pro ni jezdí autem, každé ráno ji vyzvednou a odpoledne ji zase vrací zpět, bydlí zhruba 15 kilometrů od stacionáře), ovšem někdy kvůli svému zdravotnímu stavu jen třikrát týdně, bývá často unavená.

Paní Olga u své sestry po nástupu zaznamenala zlepšení řeči (*Vždycky mluvila hrozně rychle a nesrozumitelně. Po pár týdnech v zařízení se to zlepšilo. Asi se jim tam věnují i v tomhle směru, což je dobře.*).

O aktivitách v zařízení paní Olga přehled má – šijí polštáře, vyrábí keramické předměty, popřípadě tvoří něco ze dřeva (*Má sestra bývá poslední dobou hodně unavená, takže si myslím, že toho v zařízení tolik nevyrábí jako dřív. Ale určitě ji motivují k tomu, aby se aspoň trochu zapojila. A i když třeba nic moc nedělá, tak je aspoň v kolektivu ostatních, což je pro ni prospěšné.*), ale uvítala by, kdyby se v zařízení věnovali fyzioterapii s klienty (*Pro každého z nás je pohyb důležitý, natož pro osoby s postižením. Většina z nich má kombinované postižení, nejen mentální, takže by jim to hodně prospělo. Myslím, že dřív tam něco takového měli, ale teď už ne a to je škoda.*).

Konkrétní představu ohledně péče o sestru paní Olga zatím nemá (*Párkrát mě to již napadlo. Rodiče však zatím péči o sestru zvládají a až ne, tak se o ni stejně budu muset postarat já. Tak nějak se s tím u nás doma počítá. Nebráním se tomu, vycházíme spolu, i když někdy s ní musím mít svatou trpělivost. Děti už mám veliké. Rozhodujícím asi bude, jak na tom budu já po zdravotní stránce.*).

Paní Olga všechny pracovníky DS osobně nezná, ale její rodiče ano. Většinu záležitostí konzultují po telefonu. Pokud je nějaký zásadní problém, tak se obrací přímo na vedení zařízení (*Je to již pár let zpátky, ale pamatuji si, že sestra chodila jednu dobu ze stacionáře nešťastná, brečela nám doma, ale nechtěla říct proč. Je taková citlivější. Nakonec se nám ale svěřila, že se jí v zařízení ostatní klienti posmívají. Rodiče to nechtěli jen tak nechat přejít, takže se sešli s panem vedoucím a upozornili ho na to. Ten se nejdříve snažil vypořádat, o koho se jedná a pak si se všemi o tomhle tématu promluvil. Myslím, že podobné věci tam řeší docela často, ale sestře to pomohlo. Ostatní se jí omluvili a od té doby si na nic nestěžovala.*). Takže komunikaci mezi zařízením a rodinou hodnotí jako bezproblémovou.

Pod pojmem SS si paní Olga představuje služby pro osoby s mentálním postižením – vyplnění volného času, zajištění stravy, zprostředkování kontaktu s okolím. Pokud by hledala informace, tak pravděpodobně na internetu. Žádného jiného poskytovatele SS pro osoby s postižením v okolí však uvést nedokázala.

4. 3 Souhrn výsledků

4. 3. 1 Rodinní příslušníci uživatelů DpS

Tabulka 6: Důvody umístění seniora do DpS

Důvod umístění	Počet respondentů
vlastní rozhodnutí seniora	2
zhoršený zdravotní stav (rodina se nechtěla starat)	2
zhoršený zdravotní stav (rodina se nemohla starat)	1
zhoršený zdravotní stav (rodina se starala, ale celodenní péči nemohla zajistit)	5

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že hlavním důvodem pro umístění seniora do DpS je zhoršený zdravotní stav (8 respondentů) a dále umístění do DpS na základě vlastního rozhodnutí seniora (2 dotazovaní).

5 respondentů mělo vlastní zkušenost s péčí o svého příbuzného. Pečovali o své rodiče po řadu let (dle výpovědí v rozmezí 3 - 8 let). Zdravotní stav seniora se zhoršil natolik, že vyžadoval téměř 24 hodinový dohled, což již pečující nemohli zajistit. 2 z nich uvádí jako hlavní důvod, proč s pečováním přestali, vlastní zdravotní komplikace, spolu s nutností zůstat v zaměstnání, 1 dotazovaná osoba uvádí jako důvod ukončení výhradně vlastní zdravotní problémy, další respondent ukončil pečování nejen skrz zdravotní komplikace, ale i zájem dostatečně se věnovat svým dětem a vnoučatům a u posledního respondenta byla stěžejním důvodem ukončení pečování nemožnost odejít ze zaměstnání.

U zbývajících 5 respondentů 2 z nich odmítli svému příbuznému zajistit potřebnou péči (nechtěli přijmout danou zodpovědnost a obávali se, že by neuměli zajistit potřebnou odbornou péči), jedna respondentka zvažovala, že by společně za pomoci sourozenců péči svému otci zajistila, ovšem nakonec tak neučinila (vzhledem k tomu, že si nikdo z nich nemohl dovolit odchod ze zaměstnání, popřípadě nebylo možné péči zajistit skrz vlastní zdravotní komplikace) a u 2 dotazovaných nebylo třeba tuhle otázku vůbec řešit, vzhledem k tomu, že senioři se rozhodli požádat o umístění do DpS na základě vlastního rozhodnutí (příčemž rozhodujícím faktorem byla samota způsobená smrtí partnera nebo obavy o zhoršení zdravotního stavu).

Tabulka 7: Spokojenost s DpS

		Hodnocení zařízení	Aktivity	Komunikace
1.	Dana	vážne komunikace mezi OP	postrádá odpol. program	bezproblémová, *
2.	Jan	lepší péče než v H	S se nezapojuje, přínos	bezproblémová, *
3.	Blanka	lepší péče než v H	S se nezapojuje, přínos	bezproblémová
4.	Kateřina	lepší péče než v H	S se nezapojuje, přínos	bezproblémová
5.	Růžena	lepší péče než v H	S se nezapojuje	bezproblémová
6.	David	lepší péče než v H	bez výhrad	S vše vyřídí sám
7.	Petr	bez výhrad	S se nezapojuje	bezproblémová
8.	Pavla	bez výhrad	příliš aktivit	S vše vyřídí sám
9.	Jana	lepší péče než v H	postrádá odpol. program	bezproblémová
10.	Jitka	lepší péče než v H	úprava zeleně	bezproblémová

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: S – senior, OP – ošetřující personál, H – nemocnice, * - řešení konkrétního problému.

Otázku týkající se spokojenosti s poskytovanými službami (případně obtíží, které v průběhu nastávají) většina respondentů hodnotila z pohledu ošetrovatelské péče.

Celkově 7 respondentů uvádí, že poskytovaná péče v DpS se nedá srovnávat s péčí, která je zajišťována ve zdravotnickém zařízení (ošetřující personál v DpS má na své klienty mnohem více času, poctivě se jim věnují, snaží se zabránit proleženinám aj). 2 respondenti se k otázce víceméně nevyjádřili, byli spokojeni se stávajícím stavem a neuvedli žádné připomínky (ať již v pozitivním či v negativním slova smyslu). 1 respondentka je s poskytovanými službami spokojená, nicméně uvedla, že se domnívá, že v zařízení vážně komunikace mezi ošetřujícím personálem navzájem (v rámci směn si nesdělují důležité údaje – konkrétně co se vyprazdňování týče).

Většina respondentů velmi kladně hodnotila neomezené návštěvní hodiny.

Co se týče aktivizačních programů, respondenti zpočátku neměli žádné výhrady ani připomínky. Všichni byli se zajišťovanými aktivitami spokojeni. Po krátkém zamyšlení však byli schopni své odpovědi více rozvést. Ačkoliv 6 respondentů žádné konkrétní požadavky či připomínky neuvedlo (5 z nich to odůvodnilo tím způsobem, že se domnívají, že vzhledem ke zdravotnímu stavu svého příbuzného žádné aktivity příliš vymýšlet nelze a 1 dotazovaný vnímal aktivity jako rozptýlení stereotypního způsobu života, nicméně podle jeho názoru se činnosti pro seniory vymýšlejí obtížně, a proto žádný námět neuvedl). 2 respondentky by uvítaly, kdyby v zařízení byl i nějaký program na vyplnění volného odpoledne, 1 dotazované by se líbilo, kdyby se její otec mohl věnovat péči o zeleň v okolí (ovšem skrz jeho zdravotní stav tohle není realizovatelné) a poslední respondentka uvedla, že její příbuzní si naopak stěžují na to, že v zařízení je aktivit až příliš, uvítali by více individuální přístup (na druhou stranu si jsou vědomi, že v takovém množství uživatelů to lze jen těžko zajistit).

Komunikaci mezi respondenty a personálem v zařízení všichni dotazovaní hodnotí jako bezproblémovou. Pokud mají rodinní příslušníci nějaké výhrady, nebojí se je s personálem prodiskutovat. 5 z nich preferuje osobní jednání při vyřizování potřebných záležitostí, 2 respondenti telefonický kontakt, 1 respondentka vyřizuje potřebné věci osobně či telefonicky.

Zbývající 2 dotazovaní podotkli, že jejich příbuzní jsou schopni si vše potřebné vyřídit samostatně.

Co se týče konkrétních problémů k řešení, tak příklad uvedli pouze 2 respondenti (problémy se týkaly ošetřovatelské péče či žádosti přeložení svého příbuzného na jiný pokoj) a dodali, že se s personálem v zařízení bez problémů domluvili. Zbývajících 8 respondentů nic zásadního doposud neřešilo.

Tabulka 8: Informovanost o SS

		Definice SS	Informace	Přehled o SS	Budoucnost
1.	Dana	dávky	L; MěÚ !	2	ano
2.	Jan	pomoc pro S	Z; MěÚ !	1 + LDN	ne
3.	Blanka	pomoc pro sociálně slabé občany	Z, MěÚ	6 + LDN	ne
4.	Kateřina	dávky	MěÚ	3	ne
5.	Růžena	pomoc lidem v nouzi	I, MěÚ	3	ano
6.	David	pomoc pro sociálně slabé občany	I, P; MěÚ !	3	ano
7.	Petr	pomoc pro S	MěÚ	1 + LDN	ano
8.	Pavla	služba pro osoby mající problém	I; MěÚ !	3 + LDN	ano
9.	Jana	pomoc pro S	I, P;	3	ano
10.	Jitka	pomoc pro S	I, L	1	ne

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: S – senior, L – lékař, MěÚ – městský úřad, Z – známí, I – internet, P – poskytovatel SS, MěÚ ! – nedůvěra v úřady, LDN – zdravotnické zařízení.

Při definování SS 4 respondenti uvedli, že se jedná o pomoc starým občanům, kteří se o sebe nedokážou postarat sami (zajištění stravy, ubytování, zdravotní péče), 2 respondenti se domnívají, že se jedná o zajištění pomoci sociálně slabým osobám (mezi které zařazují staré či nemocné osoby), další 2 dotazovaní se domnívají, že se jedná o pomoc lidem v nouzi (případně mající nějaký problém) a zbývající 2 respondenti uvedli, že se jedná finanční pomoc prostřednictvím dávek.

Žádný respondent se doposud neseťkal s termínem standardy kvality SS a nevědí, že na městském úřadě (odboru sociálních věcí) lze sehnat katalog SS pro danou lokalitu. Dále ani jeden z nich neznal možnost využít poraden pro uživatele SS.

Ohledně vyhledávání informací o SS respondenti uváděli nejčastěji 2 zdroje informací. Nejvíce by vyhledávali na internetu, obrátili by se na městský úřad (odbor sociálních věcí), kontaktovali by své známé, či by se obrátili přímo na zařízení poskytující SS, aby je dále odkázali, popřípadě by poprosili o radu ošetřujícího lékaře. Nicméně 4 respondenti naopak uvedli, že na žádný úřad by rozhodně informace o SS získávat nešli, protože v tyto instituce nemají důvěru (negativní vlastní zkušenost).

Znalost jiných zařízení (poskytovatele SS) pro seniory na okrese BK prokázali všichni dotazovaní. Nicméně počet jmenovaných zařízení se lišil. 5 respondentů dokázalo vyjmenovat 3 zařízení, po jednom zařízení jmenovali 3 respondenti. 1 dotazovaná osoba uvedla další 2 zařízení a zbývající respondentka měla největší přehled o poskytovatelích SS a uvedla rovnou 6 možností, kde lze zprostředkovat SS pro seniory. Nicméně pouze 2 respondenti prokázali znalost terénní pečovatelské služby a naopak 4 dotazovaní se domnívali, že Nemocnice Milosrdných bratří (léčebna dlouhodobě nemocných) v Letovicích je DpS.

6 respondentů si uvědomuje, že SS pro seniory je nedostatek (odvozují si to dle čekací doby do zařízení, popřípadě se o tom doslechli od svého okolí). 3 z nich si na základě těchto skutečností uvědomují, že je vhodné podat si žádost o umístění do DpS (popřípadě domu s pečovatelskou službou) s dostatečným předstihem za doby, kdy není aktuální tento problém řešit. I za předpokladu, že danou službu třeba nikdy ve výsledku nevyužijí. Další 3 dotazovaní mají vlastní zkušenost s péčí o příbuzného. Toto období hodnotí jako velmi náročné a nechtějí, aby jejich děti musely prožívat totéž (1 dotazovaná navíc uvádí, že na vlastní děti nemůže spoléhat i z toho důvodu, že se prodlužuje doba odchodu do starobního důchodu).

4. 3. 2 Rodinní příslušníci uživatelů DS

Tabulka 9: Spokojenost s DS

		Hodnocení zařízení	Aktivity	Komunikace
1.	Hana	spokojenost	postrádá F	bezproblémová, *
2.	Aneta	spokojenost	bez výhrad	bezproblémová
3.	Petra	jisté výhrady	postrádá F	nemá odvalu P řešit
4.	Květa	spokojenost	bez výhrad	bezproblémová
5.	Monika	jisté výhrady	postrádá F	problematická
6.	Eva	nespokojenost U	bez výhrad	bezproblémová
7.	Radka	spokojenost	postrádá F	bezproblémová
8.	Karel +	spokojenost	postrádá častější F	bezproblémová
9.	Milan	spokojenost	bez výhrad	bezproblémová
10.	Olga	spokojenost	postrádá F	bezproblémová, *

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: U – uživatel SS, F – fyzioterapie, P – problém, * - řešení konkrétního problému,
+ - uživatel SS v současnosti nevyužívá DS, ale domov pro osoby se zdravotním postižením.

Z výzkumu vyplynulo, že rodinní příslušníci jsou se zajišťovanými SS spokojeni. Celkově tak uvedlo 7 osob (1 respondent z této skupiny se odlišoval tím, že jeho příbuzná v současnosti již nenavštěvovala DS, ale využívala pobytovou SS domova pro osoby se zdravotním postižením. Dříve ovšem do DS docházela a respondent uvedl, že jako rodina na vzájemnou spolupráci s vedením neradi vzpomínají, ale více danou problematiku nerozebíral). Pouze 1 respondentka otevřeně hovořila o vlastním názoru na zařízení. Jako stěžejní problém uváděla vzájemnou spolupráci vedení stacionáře a rodičů. Na řadu problémů mají obě strany odlišný názor (uváděla konkrétní případ, kdy rodiče měli zájem, aby dcera docházela do zaměstnání, kdežto v zařízení s tím zásadně nesouhlasili), nicméně spolupráci se zařízením neukončila z toho důvodu, že si je vědoma, že pobyt mezi ostatními klienty má pro dceru značný přínos a nechtěla ji stresovat případným přechodem do jiného zařízení.

Jako další aspekt, který se jí příliš nelíbí, uvedla, že dříve v zařízení měli klienti mnohem více možností (zejména výletů, účastí na koncertech aj.). Další dotazovaná osoba uvedla částečnou nespokojenost se zařízením - jednak se jí nelíbí, že už s klienty nepodnikají tolik akcí (výletů, besídek) co dříve, ale jako stěžejní problém vidí to, že své uživatele neučí soběstačnosti a zásadám slušného chování. Ale na druhou stranu je ráda, že syn do zařízení dochází, protože zůstat sám doma by nemohl. Poslední respondentka ze svého pohledu by hodnotila činnost zařízení kladně, nicméně její syn není v zařízení spokojený (uvítal by v zařízení více individuální přístup, což ovšem v takovém množství klientů není možné a z toho důvodu zvažuje odchod).

Co se týče náplně aktivizačních programů, respondenti byli převážně spokojeni. Nicméně po zvážení otázky, které aktivity v zařízení postrádají, 6 z nich uvedlo, že by bylo vhodné, kdyby v zařízení s klienty provozovali fyzioterapii. V pravidelném cvičení pod odborným dohledem vidí pro osoby se zdravotním postižením značný přínos (1 respondent uvedl, že v domově pro osoby se zdravotním postižením fyzioterapii mají, nicméně by ji uvítal častěji a ne pouze jednou do týdne). Zbývající 4 respondenti neuvedli žádné výhrady k aktivizačním činnostem.

Vzájemnou komunikaci rodinných příslušníků a pracovníků v zařízení, 8 respondentů hodnotí jako bezproblémovou (2 z nich uvedli konkrétní příklad, který museli s vedením řešit a pokaždé se domluvili – jednalo se vulgární vyjadřování jednoho uživatele a dále posměšky ostatních uživatelů vůči jedné klientce). 1 dotazovaná osoba vidí komunikaci jako problematickou (na řadu problémů mají obě strany odlišný názor) a v podstatě došla respondentka do stadia, kdy s vedením zařízení odmítá cokoliv řešit. Zbývající respondentka dosud nic zásadního s vedením v zařízení neřešila, ovšem zaobírá se určitými věcmi, které by stály za to vzájemně projednat, nicméně respondentka nemá odvahu, protože se bojí, aby se to ve výsledku neobrátilo proti jejímu synovi.

Tabulka 10: Zajištění péče o osobu s mentálním postižením do budoucna

Zajištění péče do budoucna	Počet respondentů
rodina	7
využití SS - chráněné bydlení	2
v současnosti je pobytová SS využívána (domov pro osoby se zdravotním postižením)	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že celkově 7 respondentů se domnívá, že do budoucna nebudou muset využít některou z pobytových SS a péči o jejich příbuzného s mentálním postižením zajistí rodina - respektive sourozenci (v 6 případech se jednalo o výpovědi rodičů či prarodiče, kteří uváděli, že děti mají mezi sebou velmi pěkný vztah a že již nyní v případě potřeby rodiče v péči či dohledu zaskakují. V 1 případě se jednalo o výpověď sestry, která s možností převzít péči po rodičích počítá). Další 2 respondenti si představují, že jejich potomek využije služeb chráněného bydlení (i přesto, že mají také sourozence, ale rodiče si uvědomují, že mají svůj vlastní život a že péče o osobu s mentálním postižením přeci jen určitá starost je) a 1 respondent uvedl, že jeho sestra již nyní využívá pobytovou SS (vzhledem k jejímu zhoršujícímu se zdravotnímu stav, nebylo možné, aby on či jeho matka sestře celodenní péči zajistili).

Tabulka 11: Informovanost o SS

		Definice SS	Informace	Přehled o SS
1.	Hana	pomoc pro nemocnou osobu	MěÚ, I	0
2.	Aneta	pomoc pro S či OMP	I, Z	0
3.	Petra	pomoc pro S	MěÚ, P	0
4.	Květa	pomoc pro S	Z, P	2 + ZŠS, ZŠP
5.	Monika	pomoc znevýhodněným osobám	I	4
6.	Eva	pomoc pro sociálně slabé občany	Z, MěÚ	0
7.	Radka	pomoc osobám, kt. si nepomohou sami	Z, P	0
8.	Karel	pomoc osobám, kt. si nepomohou sami	Z; MěÚ !	2
9.	Milan	pomoc lidem v nouzi	I, L	1
10.	Olga	pomoc pro OMP	I	0

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: S – senior, OMP – osoba s mentálním postižením, L – lékař, MěÚ – městský úřad, Z – známí, I – internet, P – poskytovatel SS, MěÚ ! – nedůvěra v úřady, ZŠS – základní škola speciální, ZŠP – základní škola praktická.

Při vymezení pojmu SS 5 respondentů obecně uvedlo, že se jedná o pomoc (sociální, zdravotní, finanční) osobě v nouzi, sociálně slabé, znevýhodněné nebo zjednodušeně řečeno těm, kteří si nedokážou pomoci sami – začlenění znevýhodněných osob do společnosti, ale cílovou skupinu blíže nespecifikovali. 4 dotazovaní se domnívají, že se jedná o soubor činností pro seniory či osoby s mentálním postižením (zajištění stravy, léků, úklidu) a zbývající respondent si myslí, že se jedná o službu pro nemocné osoby.

Informace o SS by respondenti nejvíce vyhledávali na internetu popřípadě by se poptali u svých známých, dále by se obrátili přímo na poskytovatele SS a doufali, že je dále odkáže nebo by kontaktovali městský úřad (odbor sociálních věcí). Pouze 1 respondent by se obrátil s žádostí o pomoc na ošetřujícího lékaře. Nedůvěru kontaktovat městský úřad projevila jen 1 dotazovaná osoba.

Znalost jiných zařízení poskytující SS na okrese BK u dotazovaných osob je malá. Celkově 6 respondentů nedokázalo uvést žádné konkrétní zařízení (pouze 2 respondentky zmínily, že se domnívají, že Oblastní charita BK provozuje nějaké aktivity pro osoby s mentálním postižením, nicméně jmenovat konkrétní zařízení nedokázaly). 2 respondenti prokázali znalost dalších 2 zařízení, 1 dotazovaná osoba uvedla 4 poskytovatele SS a poslední respondent zmínil 1 zařízení. Jedna respondentka se domnívala, že poskytovatelem SS je i základní škola speciální a základní škola praktická, která se nachází v místě jejího bydliště.

5 DISKUZE

Na začátku výzkumné části jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- Z jakého důvodu je senior umístěn v domově pro seniory?
- Jak mají příbuzní péči o osobu s mentálním postižením namyšlenou do budoucna?
- Jsou rodinní příslušníci (od seniorů a osob s mentálním postižením) spokojeni s poskytovanými sociálními službami a s jakými obtížemi se setkávají?
- Jsou rodinní příslušníci (od seniorů a osob s mentálním postižením) dostatečně informováni o sociálních službách v jejich okolí, a pokud ne, kde hledají informace o sociálních službách?

K výše uvedeným otázkám se mi do jisté míry podařilo získat odpovědi. Nicméně v určitých oblastech jsem od respondentů očekávala větší otevřenost a pestrost jejich odpovědí.

Vzhledem k tomu, že jsem v průběhu studia na Zdravotně sociální fakultě měla možnost absolvovat odbornou praxi v několika zařízeních poskytujících SS pro seniory či osoby s mentálním postižením na okrese BK, většinu uživatelů SS jsem znala osobně a podařilo se mi přes ně kontaktovat jejich rodinné příslušníky. Domnívám se, že tato skutečnost kladně ovlivnila průběh celého rozhovoru. Rodinní příslušníci mi důvěřovali. Věděli, že mám představu o tom, jak to v zařízení chodí a pokud jsme v průběhu rozhovoru narazili na nějakou problematickou oblast, často se mě po ukončení rozhovoru ptali na můj vlastní názor.

5. 1 Diskuze DpS

Podle Kramářové a Tučka (2005), je nutné si uvědomit, že se prodlužuje délka života, což ovšem ještě neznamena, že vždy musí být udržena i jeho kvalita. Soběstačnost osob podmiňuje zachování dobrého zdraví (tělesného, ale i duševního), ale jeho kvalita obvykle nejde ruku v ruce s dobou dožití.

Jak uvádí Svobodová (2011), při ztrátě soběstačnosti u seniora je zvlášť důležitá podpora ze strany rodiny (resp. dětí). Neboť je to především rodina, kdo péči o seniora dále zajišťuje. Pobytové SS pro seniory bývají zpravidla využívány až v případě, kdy rodinní příslušníci komplexní péči zajistit nemohou. Ovšem podle Kramářové a Tučka (2005) leckdy ztráta soběstačnosti postihne seniora dříve, než jeho děti mohou komplexní péči o něj převzít.

U mnou zkoumaného vzorku byla významnost rodiny v rámci pečování o svého příbuzného různá. Souhlasím se Sýkorovou (2007), že pokud se děti rozhodnou pečovat o své rodiče, tak se je posléze snaží udržet mimo institucionální zařízení, tak dlouho, dokud to jen jde. Hlavním důvodem, proč potomci nakonec svolí s umístěním do pobytového zařízení, je dlouho prožívaný stres, který se při pečování projevuje a je příčinou další řady zdravotních komplikací. Což potvrzuje i můj výzkum (viz kapitola č. 4 Výsledky).

Že se jedná o náročnou péči, uvedli nejen dotazovaní respondenti, ale potvrzuje to i Haškovcová (2010), která uvádí, že rodina, která se rozhodne pečovat o nemocného seniora, potřebuje nejen dostatek finančních prostředků, vhodné prostředí a čas se svému blízkému věnovat, ale hlavně dostatek fyzických a psychických sil.

Z mého výzkumu tedy vyplynulo, že hlavním důvodem pro umístění seniora do DpS je zhoršený zdravotní stav (8 respondentů) a dále umístění do DpS na základě vlastního rozhodnutí seniora (2 dotazovaní).

Ohledně výzkumné otázky týkající se spokojenosti rodinných příslušníků s poskytovanými SS (případně obtíží, se kterými se setkávají), jsem se setkala zásadně s kladnými odpověďmi.

Většina respondentů danou otázku hodnotila z pohledu ošetrovatelské péče (7 dotazovaných uvedlo, že poskytované služby se nedají srovnávat s péčí, která je zajišťována ve zdravotnickém zařízení). Další 2 respondenti danou otázku příliš nerozebírali, jsou spokojeni se stávajícím stavem a neuvedli žádné výhrady (ať již pozitivní či negativní). Zbývající 1 respondentka je spokojená s poskytovanými službami, nicméně se domnívá, že vážne komunikace mezi ošetřujícím personálem navzájem.

Co se týče aktivizačních programů, Walsch (2005) konstatuje, že pokud chceme, aby aktivity byly pro seniory příjemné a zároveň prospěšné, musíme je individuálně přizpůsobit jejich osobě (nejen vzhledem k silným stránkám, ale i k slabostem). Pravidelná účast na skupinových aktivitách může v lidech vyvolat přesvědčení, že někam patří a jsou součástí přátelského společenství. Ovšem vždy musíme činnost přizpůsobit tak, aby nebyla příliš jednoduchá (senioři by mohli nabýt dojmu, že se s nimi jedná jako s malými dětmi) a zároveň nezvolit příliš obtížnou činnost (mohla by vyvolat pocit neúspěchu a frustrace).

U mnou zkoumaného vzorku, mají senioři v rámci aktivizačních činností na výběr ze široké škály aktivit. Rodinní příslušníci mají přehled, do jakých činností se jejich příbuzný zapojuje (případně vzhledem ke zdravotnímu stavu již nezapojuje). Často rodinní příslušníci viděli přínos i v pouhé pasivní účasti na aktivitách (i když se již senior do žádné aktivity zapojit nemůže, popřípadě nechce, je v kolektivu ostatních uživatelů), což potvrzuje i Walsh (2005), který podotýká, že i pouhá pasivní účast při aktivitách poskytne lidem, kteří mají tendenci izolovat se od ostatních, důležitý pocit - a to, že někam patří.

I když se všichni respondenti o poskytované péči a aktivizačních programech vyjadřovali v pozitivním slova smyslu, přece jen jsem od nich vyžadovala alespoň krátkou úvahu o tom, co by se v zařízení dalo zlepšit (případně jaké služby či aktivity pro svého příbuzného postrádají). I přesto nakonec 6 respondentů žádné požadavky či připomínky neuvedlo, 2 respondentky by uvítaly program na vyplnění volného odpoledne, 1 dotazované by se líbilo, kdyby se její otec mohl věnovat péči o zeleň v okolí.

Poslední respondentka uvedla, že její příbuzní si až naopak stěžují na to, že v zařízení je aktivit až příliš, uvítali by více individuální přístup.

V rámci vzájemné komunikace rodinných příslušníků a personálu, jsem v rámci výzkumu nenarazila na žádný problém. Z výpovědí respondentů vyplývá, že komunikace funguje na obou stranách.

Jak uvádí Haškovcová (2002), pokud má být zajištění služeb pro seniory funkční a úplné, je nutná dobrá komunikace mezi ošetřujícím lékařem a poskytovateli SS. Zároveň Kramářová a Tuček (2005) podotýkají, že v zájmu co nejdelšího udržení seniora v přirozeném domácím prostředí, je žádoucí poskytnout pečujícím osobám veškeré dostupné informace o využitelných možnostech pomoci (zejména informace týkají se možnosti využití terénních SS, vyřízení příspěvku na péči, postupu při opatření zdravotnických pomůcek aj.).

Od respondentů jsem zjistila, že jejich informovanost ohledně SS je malá. Podstatu při vymezení pojmu SS svým způsobem vydefinovala většina dotazovaných. Odpovědi byly stručné a cílová skupina potencionálních uživatelů SS byla úzce zaměřena (viz kapitola č. 4 Výsledky).

Michalík (2007) uvádí, že v řadě našich měst lze využít služeb Systému poradenství SS (poradny jsou určeny občanům České republiky, kteří jsou nebo se hodlají stát uživateli SS, přičemž nejčastěji poradny využívají občané se zdravotním postižením, senioři, rodiče dětí se zdravotním postižením, rodinní příslušníci uživatelů SS či zástupci poskytovatelů SS). Bohužel ani jeden z mých respondentů o možnosti využít tuto poradnu nikdy neslyšel.

Pokud by dotazovaní potřebovali získat informace ohledně SS, nejčastěji by si je vyhledali na internetu, obrátili by se na městský úřad (odbor sociálních věcí), kontaktovali by své známé, či by se obrátili přímo na zařízení poskytující SS, popřípadě by poprosili o radu ošetřujícího lékaře. Ovšem 4 respondenti naopak uvedli, že na žádný úřad by rozhodně informace o SS získávat nešli, protože v tyto instituce nemají důvěru (negativní vlastní zkušenost).

Co se týče znalostí zařízení poskytující SS pro seniory na okrese BK, většina z respondentů dokázala jmenovat pouze nejbližší poskytovatele SS.

Nejčastěji respondenti uváděli 3 příklady konkrétních zařízení. Ovšem pouze 2 respondenti prokázali znalost terénní pečovatelské služby a naopak 4 dotazovaní se domnívali, že Nemocnice Milosrdných bratří (léčebna dlouhodobě nemocných) v Letovicích je DpS.

Haškovcová (2006) podotýká, že je vhodné mladou generaci nenásilnou formou seznamovat s aspekty týkající se stárnutí a stáří. Lidé ve středním věku by měli uvažovat o své budoucnosti a hledat odpověď na otázku, co budou dělat, až odejdou do penze. Jedná se o dlouhodobou přípravu na stáří. V rámci krátkodobé přípravy (2 až 3 roky před odchodem do starobního důchodu) by si měli vhodným způsobem upravit byt, dbát o zdravou životosprávu, pravidelně se věnovat sportovní aktivitě a posilovat přátelské a společenské vztahy.

Zcela na závěr bych chtěla zmínit, že 6 respondentů samo od sebe podotklo, že si jsou vědomi toho, že SS pro seniory je nedostatek (odvozují si to dle čekací doby do zařízení, popřípadě se o tom doslechli od svého okolí). 3 z nich si na základě těchto skutečností uvědomují, že je vhodné podat si žádost o umístění do DpS (popřípadě domu s pečovatelskou službou) s dostatečným předstihem, za doby, kdy není aktuální tento problém řešit. I za předpokladu, že danou službu třeba nikdy ve výsledku nevyužijí. Další 3 dotazovaní mají vlastní zkušenost s péčí o příbuzného. Toto období hodnotí jako velmi náročné a nechtějí, aby jejich děti musely prožívat totéž.

5. 2 Diskuze DS

Novosad (2009) uvádí, že hlavním cílem stacionáře je nejen zachovat či zlepšit kvalitu života uživatelů, ale také poskytnout úlevu pečujícím rodinným příslušníkům (jedinci pro svůj věk či zdravotní stav nemohou žít zcela samostatně, ale jejich rodina je schopna zajistit jim potřebnou péči po část dne v přirozeném domácím prostředí). Jedná se o nejvhodnější formu institucionální péče pro klienty, kteří mají to štěstí na funkční a spolupracující rodinné zázemí (rodiče mohou dále ekonomicky zabezpečit rodinu docházením do zaměstnání a zároveň se mohou přiměřeně věnovat svému dítěti s postižením).

Výzkumná otázka týkající se spokojenosti rodinných příslušníků s poskytovanými SS (případně obtíží, se kterými se setkávají), se mi jevila jako nejvíce problematická.

Rodinní příslušníci klientů v DS nebyli v této oblasti příliš sdílní. Měla jsem dojem, že dané téma nechťejí příliš rozebírat. Dokonce jsem se setkala s tím, že 3 respondenti mi určitým způsobem na otázku odpověděli, ovšem poté, co jsem s nimi probrala všechna důležitá témata a vypnula diktafon, sdělili mi spoustu zajímavých poznatků. Nicméně mě poprosili, abych jimi uvedené informace nikde nezveřejňovala, což jsem samozřejmě dodržela. Vzhledem k tomu, že tito respondenti věděli (popřípadě se to v průběhu rozhovoru dozvěděli), že jsem ve stacionáři vykonávala praxi, chtěli znát i můj osobní názor na danou problematiku. Snažila jsem se jim vysvětlit, že jako praktikantka jsem neměla možnost všechny jimi popisované aspekty zaznamenat (neboť jsem v zařízení pobývala po časově omezenou dobu) a dále že neznám všechny souvislosti, na základě kterých bych jim mohla říct své konečné stanovisko (zejména názor druhé strany – tedy personálu v zařízení). Doporučila jsem jim, aby se dané problémy snažili probrat s vedením a na základě této diskuze dojít k závěru, který by vyhovoval všem zúčastněným (jak uživateli SS, rodinným příslušníkům a vedení v zařízení). Ovšem tuhle možnou variantu k řešení si rodinní příslušníci vůbec nepřipustili. Argumentovali mi tím, že se bojí, aby se to ve výsledku neobrátilo proti nim (zejména proti jejich příbuznému).

Nicméně z dat, se kterými můžu operovat, mi vyplynulo, že rodinní příslušníci jsou s poskytovanými SS spokojeni (7 respondentů). 3 respondenti uvedli jisté výhrady k činnosti zařízení, ovšem ve výsledku to uzavřeli tím, že i přesto má pobyt v zařízení pro jejich potomka přínos.

Výše uvedené potvrzuje i Jůn (2010), který uvádí, že rodiče (zejména v důchodovém věku) většinou nekritizují SS, které jsou poskytované jejich potomkům s mentálním postižením. Často jsou totiž rádi, že jejich dítě má kde být. Určitě si uvědomují, že konkurence a zdravý trh v SS nefunguje. Jinými slovy rodiče si nemohou vybírat SS, kterou by si pro své dítě přáli, ale „nakupují“ pouze tu, která je jim nabídnuta (i za předpokladu, že pro jejich dítě není zcela ideální).

Otázka týkající se komunikace mezi rodinnými příslušníky a pracovníky v zařízení, se do jisté míry prolíná s otázkou týkající se spokojenosti se zařízením. Pouze 1 respondentka otevřeně hovořila o vlastním názoru na zařízení (za zásadní nespokojenost, kterou uvádí, považuje komunikaci mezi rodinou a personálem v zařízení), což konstatuje i Jůn (2010), že pokud už ovšem mezi rodiči a personálem dochází k neshodám, tak se jedná o komunikační šumy nebo o odlišné postoje zařízení a rodičů.

Podle Novosada (2009) náplň činností ve stacionáři zpravidla zahrnuje péči výchovnou, léčebně-nápravnou (fyzioterapii, ergoterapii, psychoterapii, logopedii) a aktivizační.

Rodinní příslušníci výše uvedené potvrdili (mimo fyzioterapie a ergoterapie). Mají přehled o aktivitách, které se v zařízení provozují. Ohledně aktivizačních programů byli více sdílní, než v otázce týkající se přímé spokojenosti se zařízením. Celkově 6 z nich se domnívá, že by bylo vhodné, aby se v zařízení věnovali fyzioterapii. Hodnotí pravidelné cvičení pod odborným dohledem jako velmi prospěšné pro osoby se zdravotním postižením (1 respondent uvedl, že v domově pro osoby se zdravotním postižením fyzioterapii mají, nicméně by ji uvítal častěji a ne pouze jednou do týdne).

Podle Pešové a Šamalíka (2006) v některých rodinách dochází k „nepsaným dohodám“, že v okamžiku, kdy to bude třeba, převezmou zdravé děti péči o postiženého sourozence. Dané otázky by se měly včas v rodině projednat, neboť mlčení o budoucnosti může po dlouhá léta u zdravých sourozenců vyvolávat značnou úzkost. V dospělosti pak často stojí před důležitým rozhodnutím, zda skutečně převzít péči o svého sourozence s postižením za nemocné či zemřelé rodiče.

Na otázku týkající se zajištění péče do budoucna o osobu s mentálním postižením jsem se v rámci výzkumu snažila najít odpověď.

Vyplývalo mi, že celkově 7 respondentů se domnívá, že do budoucna nebudou muset využít některou z pobytových SS a péči o jejich příbuzného s mentálním postižením zajistí rodina - respektive sourozenci (nicméně musím podotknout, že v 6 případech se jednalo o výpovědi rodičů či prarodičů, nikoliv sourozenců, takže by bylo zajímavé zjistit, jaký oni mají na danou problematiku názor; pouze v 1 případě se jednalo o výpověď sestry, která s možností převzít péči po svých rodičích počítá). Další 2 respondenti si představují, že jejich potomek využije služeb chráněného bydlení a 1 respondent uvedl, že jeho sestra již nyní využívá pobytovou SS.

Podle Novosada (2009) vyplývá, že rodiny, které pečují o osobu s mentálním postižením, bývají přetíženy a často balancují nad pomyslnou hranicí zhroutení či rozpadu rodiny (v této skupině je o 50 % vyšší rozvodovost než u průměrné populace). U mnou zkoumaného vzorku se výše uvedené nepotvrdilo. 6 respondentů uvedlo, že uživatel SS pochází z úplné rodiny, další 2 z rozvedeného manželství a u posledních 2 dotazovaných došlo k úmrtí rodiče uživatele SS.

Ani u rodinných příslušníků uživatelů navštěvující DS není informovanost ohledně SS dostačující. Při vymezení pojmu SS podstatu svým způsobem odvodili všichni. Pouze 2 respondentky se setkaly s pojmem standardy kvality SS a měly možnost nahlédnout do katalogu SS.

Pokud by respondenti chtěli získat informace o SS, nejvíce by je vyhledávali sami na internetu, či přes své známé. Dále by se obrátili na městský úřad (odbor sociálních věcí), pracovníky charity nebo ošetřujícího lékaře. Ohledně jiných zařízení poskytující SS pro osoby s mentálním postižením nemají přehled téměř vůbec. 6 z nich nedokázalo uvést žádné jiné zařízení, které by mohl jejich příbuzný navštívit, 4 respondenti dokázali vyjmenovat konkrétní zařízení (uvedli 1-4 příklady, přičemž jedna dotazovaná osoba sem zařadila i základní školu speciální a praktickou).

Zcela na závěr plně souhlasím s Jarošovou (2007), že ačkoliv v průběhu času prodělala péče o seniory a osoby se zdravotním postižením (mentálním postižením, tělesným postižením) řadu změn, rodina a její pečující příslušníci v rámci tohoto vývoje zastávají významnou roli neustále.

Novosad (2009) dodává, že pečující rodiny (ať již o postižené dítě či seniora) mají často oprávněný pocit, že jsou sociálně a ekonomicky znevýhodněny (oproti běžným rodinám či rodinám, které umístily své blízké do zařízení pobytových služeb). Jsou přetíženy povinnostmi a jejich život je značně omezen v mnoha směrech (ekonomická situace, zájmy, odpočinek). Každá rodina má specifické možnosti a rezervy - z tohoto důvodu není na místě odsuzovat či kritizovat rodiny, které se rozhodly pro své blízké zajistit pobytovou péči (internátní školu, DpS). Řada z těchto rodin za předpokladu, že by měly dostatek informací o možnostech řešení včetně alternativních způsobů péče (osobní asistence, respitní péče, pečovatelská služba) a pocítovaly by větší společenskou oporu, by volily pro své blízké jiné přijatelnější řešení. Předěly by tak vzájemnému odcizení a citové či podnětové deprivaci u svých blízkých.

5. 3 Hypotézy

Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu bylo umožněno formulovat hypotézy, které lze následně ověřit v kvantitativním šetření. Z výše uvedeného mi vyplynuly následující hypotézy:

H1: Hlavní důvod umístění seniora do domova pro seniory je zhoršující se zdravotní stav.

H2: Zkušenost s vlastním příbuzným vede respondenta k úvahám o vlastním osudu ve stáří.

H3: S péčí v domově pro seniory jsou příbuzní více spokojeni než s péčí ve zdravotnickém zařízení.

H4: Rodiče od osob s mentálním postižením se domnívají, že do budoucna se o jejich dítě postará širší rodina (nezvažují využívat sociální službu).

H5: Rodinní příslušníci od seniorů i osob s mentálním postižením jsou nedostatečně informováni o sociálních službách.

6 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci „Práce s rodinou klienta sociálních služeb“ se zaměřuji na rodinné příslušníky uživatelů sociálních služeb (konkrétně od seniorů v domově pro seniory a od osob s mentálním postižením navštěvující denní stacionář).

Cílem práce bylo zjistit, s jakými obtížemi se rodiny nejčastěji setkávají (nejen před vlastním umístěním příbuzného do zařízení sociálních služeb, ale i v jeho průběhu), jaké mají se zařízením zkušenosti a zda jsou informováni o veškerých dostupných nabídkách sociálních služeb v jejich okolí. S tímto souvisely i mnou stanovené výzkumné otázky, které zněly: „*Jsou rodinní příslušníci spokojeni s poskytovanými sociálními službami a s jakými obtížemi se setkávají?*“, „*Jsou rodinní příslušníci dostatečně informováni o sociálních službách v jejich okolí, a pokud ne, kde hledají informace o sociálních službách?*“, „*Z jakého důvodu je senior umístěn v domově pro seniory?*“ a „*Jak mají příbuzní péči o osobu s mentálním postižením namyšlenou do budoucna?*“.

Myslím si, že se mi podařilo naplnit cíl diplomové práce. Z výsledků výzkumu vyplývá, že příbuzní seniorů nemají k poskytovaným sociálním službám téměř žádné výhrady. Naopak 7 respondentů velmi kladně hodnotí zajišťovanou péči (vycházejí z vlastních zkušeností a porovnávají péči se zdravotnickým zařízením). Hlavním důvodem umístění seniora do domova pro seniory je zhoršující se zdravotní stav (5 respondentů po řadu let zajišťovalo péči o svého příbuzného a dané období hodnotí jako velmi náročné). Ani rodinní příslušníci osob s mentálním postižením neměli zásadní výhrady k poskytovaným službám v denním stacionáři (případně v domově pro osoby se zdravotním postižením). Celkově 7 respondentů předpokládá, že do budoucna nebudou muset využít pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a péči o jejich dospělého potomka s mentálním postižením zajistí některý z dalších členů rodiny (většinou sourozenci). Co se týče informovanosti o sociálních službách, respondenti neprokázali velkou znalost v této oblasti.

Domnívám se, že na otázku týkající se spokojenosti či výhrad k poskytovaným sociálním službám budou respondenti vždy odpovídat s respektem. Pokud jsou s poskytovanými službami opravdu spokojeni, nebojí se vše řádně okomentovat. Nicméně pokud se jim něco přece jen nelíbí, raději se snaží této problematice vyhnout, neboť jsou rádi, že jejich příbuzný má kde být a je o něj postaráno. Tahle má domněnka se mi potvrdila u mého výzkumu.

Vzhledem k demografickému vývoji naší společnosti lze předpokládat, že sociálních služeb (zejména pobytové formy) bude v budoucnu nedostatek. Podle mého názoru bude třeba, aby se rodina značně angažovala při poskytování péče o své příbuzné, tak jak tomu bylo v dřívější době, kdy řadu dnešních sociálních služeb zajišťovali právě rodinní příslušníci. Z osobních zkušeností můžu podotknout, že zajišťování potřebné péče vlastnímu příbuznému je opravdu velmi náročné (což potvrdili respondenti z mého výzkumu). Nicméně vždy jsem vnitřně cítila, že je to moje morální povinnost. Tak jak jsem v dětství potřebovala lásku a péči od svých rodičů a prarodičů, nyní se situace obrátila. V dnešní době je však možnost využít nabídku sociálních služeb, která může rodinám tuto situaci alespoň částečně ulehčit (například využít pečovatelské služby či respitní péče u seniorů a u osob s mentálním postižením zejména docházení do denního stacionáře). Pobytové služby bych doporučovala využívat opravdu až v případě, kdy rodina potřebnou péči zajistit nedokáže. Ovšem ne každý z nás má to štěstí, že vyrůstá v láskyplném prostředí a dobré fungující rodinné vztahy udržuje i v dospělosti, a proto se na zajištění pomoci ze strany rodinných příslušníků nemůže spolehnout.

Myslím si, že by bylo vhodné se dané problematice více věnovat. Poskytnout široké veřejnosti dostatečné množství informací o možném řešení nepříznivé sociální situace, nejen za využití vlastních zdrojů, ale také za pomoci sociálních služeb. Poukázat na to, kde lze získat potřebné informace. Domnívám se, že když nejsou o sociálních službách informovány osoby, jejichž člen v současnosti některou ze sociálních služeb využívá, nebude to jiné ani u ostatních členů společnosti – tedy u potenciálních uživatelů sociálních služeb.

7 POUŽITÉ ZDROJE

1. BÁRTLOVÁ, S. – MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci, rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1. vyd. Osveta: Martin, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BAŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735.
3. BLANSKO. *Odbor sociálních věcí. Komunitní plánování. II. Komunitní plán sociálních služeb města Blansko 2010-2011*. [online] [cit. 2011-04-22] Dostupné z: <http://www.blansko.cz/urad/odbory/socialni/files/ii_komunitni_plan.pdf>.
4. BOSKOVICE. *Zdraví a sociální služby. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2009 – 2011*. [online] 2009 [cit. 2011-04-22] Dostupné z: <http://www.boskovice.cz/temata/soc/doc/3_navrh_strednedobeho_planu.pdf>.
5. BICKOVÁ, L. *Kvalita života ve stáří a standardy kvality sociálních služeb*. In: Sborník III. ročníku konference SENIOR LIVING. České Budějovice: Ledax, 2009. 98 s. ISBN 978-80-254-3823-7.
6. BURIÁNEK, J. *Sociologie pro střední školy a vyšší odborné školy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 128 s. ISBN 80-7168-754-5.
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Jihomoravský kraj. Věkové složení a pohyb obyvatelstva v Jihomoravském kraji v roce 2009*. [online] 15.6. 2010 [cit. 2011-04-22] Dostupné z: <[http://www.brno.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/3D0030FB67/\\$File/w-64400310b02.pdf](http://www.brno.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/3D0030FB67/$File/w-64400310b02.pdf)>.

8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Jihomoravský kraj. Věkové složení a pohyb obyvatelstva v Jihomoravském kraji v roce 2009*. [online] 15.6. 2010 [cit. 2011-04-22] Dostupné z: <[http://www.brno.czso.cz/csu/2010ediciplan.nsf/t/3D00400299/\\$File/w-64400310c02.pdf](http://www.brno.czso.cz/csu/2010ediciplan.nsf/t/3D00400299/$File/w-64400310c02.pdf)>.
9. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Jihomoravský kraj. Charakteristika okresu Blansko*. [online] 19.11. 2009 [cit. 2011-03-29] Dostupné z: <http://www.brno.czso.cz/xb/redakce.nsf/i/charakteristika_okresu_blansko>.
10. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
11. DOČKAL, J. *Člověk v současném světě. Než začneme studovat sociální práci*. 1. vyd. Vimperk: Akcent, 2008. 158 s. ISBN 978-80-86057-53-8.
12. DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociální starostlivost*. 1. vyd. Osveta: Martin, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
13. DUBOIS, B. – MILEY K. K. *Social work: an empowering profession*. 4. vyd. USA: Allyn and Bacon, 2002. 524 s. ISBN 0-205-34067-9.
14. DVOŘÁK, V. *Sociální služby – přítomnost a budoucnost*. In: Kontakt 6: 1-69. České Budějovice: Johanus, 2004. 69 s. ISSN 1212-4117.
15. FISHER, S. – ŠKODA, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-7387-014-0.

16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
17. HAVLÍK, R. – KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vyd. Portál: Praha, 2002. 184 s. ISBN 80-7178-635-7.
18. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
19. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
20. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
21. JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
22. KAHOUN, V. – KOZLOVÁ, L. – TÓTHOVÁ V. *Sociální práce*. Triton: Praha, 2003. 1. vyd. 336 s. ISBN 80-7254-138-2.
23. KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha, Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
24. KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

25. KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
26. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti. Výzkumné přístupy*. [online] [cit. 2011-04-01] Dostupné z: < http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
27. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
28. KRAMÁŘOVÁ, N. – TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: JU - ZSF, 2005. 55 s. ISBN 80-7040-829-4.
29. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd. Ostrava: ANAG: 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7.
30. KRAUSOVÁ, J. *Komunitní plánování*. In: *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách. Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 351 s. ISBN 978-80-7368-229-3.
31. KREBS, V. et al. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
32. LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
33. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.

34. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Ústí nad Labem: Nakladatelství H & H, 2001. 146 s. ISBN 80-86022-92-7.
35. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
36. MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
37. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
38. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
39. MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství: syntéza teoretických východisek a konceptů*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2007. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3.
40. MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. 64 s. ISBN 80-903640-9-8.
41. MICHALÍK, J. et al. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008. 144 s. ISBN 978-80-903658-2-7.
42. MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008. 224 s. ISBN 80-903658-1-7.

43. MICHKOVÁ, A. *Supervize*. 1. vyd. České Budějovice: JU, 2008. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
44. MINIBERGEROVÁ, L. – DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
45. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb. Sociální služby*. [online] [cit. 2011-02-17] Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1297957987509_9>.
46. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb. Vyhledávání služby. Jihomoravský kraj. Okres Blansko*. [online] [cit. 2011-03-06] Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1299413327275_8>.
47. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Komunitní plánování. Věc veřejná*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. 16 s. ISBN 80-86552-30-6.
48. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
49. MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. 1. vyd. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.
50. MUCHA, I. *Sociologie – základní texty*. 3. vyd. Jesenice u Prahy: Tiskárna a vydavatelství 999, 2007. 302 s. ISBN 978-80-86391-26-7.

51. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
52. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
53. PAVLÍČEK, P. *Poradna pro uživatele sociálních služeb*. [online] 16. 9. 2008 [cit. 2011-03-14] Dostupné z: <<http://www.poradnaprouzivatele.cz/>>.
54. PEŠOVÁ, I. – ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
55. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
56. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
57. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-30006-6.
58. RENOTIÉROVÁ, M. – LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
59. SIROVÁTKA, T. – MAREŠ, P. *Rodina, sociální rizika a sociální politika*. In: Děti, mládež a rodiny v období transformace. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. 290 s. ISBN 80-86598-36-5.

60. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
61. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
62. SOKOL, R. – TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
63. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
64. SVOBODOVÁ, K. *Demografické informační centrum. Analýza: příprava na stáří*. [online] 19. 7. 2010 [cit. 2011-04-16] ISSN 1801-2914. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=714>.
65. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
66. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
67. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
68. TOMESŠ, I. et al. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.
69. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

70. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
71. VALENTA, M. – MÜLER O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
72. VARVAŽOVSKÁ, P. *Role neziskových organizací v oblasti sociálních služeb osobní asistence*. In: *Problematika generace 50 plus. Příspěvky z V. mezinárodní konference, která se konala 27. a 28. května 2008 v objektu ZSF JU „Vltava“ České Budějovice*. České Budějovice: JU, 2008. 145 s. ISBN 978-80-7394-100-0.
73. Vyhláška č. 505/ 2006, kterou se *provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* v platném znění.
74. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.
75. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách* v platném znění.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SS – sociální služba

ZSS – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

KÚ – krajský úřad

NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky

BK – Blansko

JmK – Jihomoravský kraj

ORP – obec s rozšířenou působností

KP – komunitní plánování

DpS – domov pro seniory

DS – denní stacionář

9 KLÍČOVÁ SLOVA

Osoba s mentálním postižením

Rodina

Senior

Sociální práce s rodinou

Sociální služby

Uživatel sociální služby

10 PŘÍLOHY

Příloha 1: Okruhy otázek pro účel rozhovoru

Příloha 2: Seznam poskytovatelů sociálních služeb pro seniory a osoby
s mentálním postižením na okrese Blansko (Jihomoravský kraj)

Příloha 1

Okruhy otázek pro účel rozhovoru

1. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTA:

- věk, profese, rodinný stav, bydliště?

2. CHARAKTERISTIKA UŽIVATELE SS:

- pohlaví, věk, zdravotní stav (stanovená diagnóza), povahové vlastnosti, příspěvek na péči (stupeň), zbavení způsobilosti k právním úkonům (rozsah)?

3. VLASTNÍ POBYT UŽIVATELE SS V ZAŘÍZENÍ:

- jak vypadala péče před zahájením docházení do DS/umístěním do DpS?
- od koho jste se dozvěděli o činnosti zařízení?
- byli jste si zařízení před vlastním nástupem prohlédnout?
- jak dlouho trvalo, než se Vám podařilo umístit Vašeho příbuzného do zařízení, kdo Vám s tím pomáhal?
- měli jste podanou žádost o umístění i do jiného zařízení?
- využíval Váš příbuzný jinou sociální službu před nástupem do zařízení?
- jak dlouho navštěvuje DS (kolikrát týdně)/jak dlouho je umístěn v DpS?
- jak reagoval na zahájení docházení do DS/nastoupení do DpS?
- z jakých příjmů hradíte pobyt v zařízení?
- jak se dopravuje do DS?
- jak často jezdíte na návštěvu do DpS (kdo jiný navštěvuje Vašeho příbuzného?)

4. VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE RODINY A PRACOVNÍKŮ V ZAŘÍZENÍ SS:

- jak vnímáte činnost zařízení Vy sami?
- jaké máte s daným zařízením zkušenosti?
- znáte všechny pracovníky v zařízení osobně?
- znáte klíčového sociálního pracovníka Vašeho příbuzného?

- jaký styl komunikace s pracovníky v zařízení nejraději preferujete (telefon, osobně, mail, písemné vzkazy)?
- na koho se obracíte v případě problému?
- jaké problémy, podněty nejčastěji s pracovníky řešíte?
- znáte činnosti, kterých se Váš příbuzný v zařízení účastní?
- které aktivity, co se v zařízení dělají, se Vám nejvíce zamlouvají a proč?
- které aktivity naopak v zařízení postrádáte a z jakého důvodu?
- účastníte se aktivit, které zařízení pořádá?
- myslíte si, že Váš příbuzný dochází/pobývá v zařízení rád? Jak se to projevuje?
- došlo u Vašeho příbuzného po nástupu do zařízení k určitému posunu? Pokud ano, v jaké oblasti (samostatnost, hospodaření s penězi, komunikace, pracovní návyky)? Jak se zapojil do kolektivu?
- jak máte péči o Vašeho příbuzného (jen u osoby s mentálním postižením) namyšlenou do budoucna – SS či rodina?

5. INFORMOVANOST RESPONDENTA O SS:

- co si představíte pod pojmem SS?
- kde byste hledal(a) informace o sociálních službách?
- znáte jiné poskytovatele sociálních služeb ve Vašem okolí, které by případně mohl navštěvovat Váš příbuzný (pokud ano, jmenujte)?
- myslíte si, že je Vaše informovanost o sociálních službách dostačující?

Příloha 2

Seznam poskytovatelů sociálních služeb pro seniory a osoby s mentálním postižením na okrese Blansko (Jihomoravský kraj)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Betany Boskovice** (Dukelská 68/12a, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **denní stacionář**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladší děti (7 – 10 let), starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 516 452 147; e-mail: betany.boskovice@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Hnutí Humanitární Pomoci

Zařízení poskytovatele: **Domov OLGA** (L. Janáčka 2184/15, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **denní stacionář**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 516 418 727; e-mail: olga@hnp.cz; web: <http://www.hnp.cz> (46)

Název poskytovatele: Centrum sociálních služeb města Letovice, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Centrum sociálních služeb města Letovice, příspěvková organizace** (J. Haška 1082/12, 679 61 Letovice)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov pro seniory**

Cílová skupina klientů:

senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 481 200; e-mail: kubin@cssletovice.cz;

web: <http://www.cssletovice.cz> (46)

Název poskytovatele: Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace** (Zámecká 1, 679 21 Černá Hora)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov pro seniory**

Cílová skupina klientů:

senioři, osoby se zdravotním postižením

Věková kategorie klientů:

mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 426 441; e-mail: ddch@ddch.cz; web: www.domovch.cz (46)

Název poskytovatele: Městská správa sociálních služeb

Zařízení poskytovatele: **Domov pro seniory** (Sadová 1091/18, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov pro seniory**

Cílová skupina klientů:

senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 452 686; e-mail: msss@boskovice.cz;

web: <http://www.msssboskovice.cz> (46)

Název poskytovatele: SENIOR centrum Blansko, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **SENIOR centrum Blansko, příspěvková organizace** (Pod Sanatorkou 2363/3, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov pro seniory**

Cílová skupina klientů:

senioři

Věková kategorie klientů:

mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 410 206; e-mail: ddblansko@dblansko.cz;

web: <http://www.ddblansko.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Okno dokořán Blansko** (Komenského 2366/19, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **krizová pomoc**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

(dále např. imigranti a azylanti, oběti trestné činnosti, osoby bez přístřeší, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby vedoucí rizikový způsob života, rodiny s dětmi, etnické menšiny)

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 417 351; e-mail: krizovapomoc.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Odlehčovací služba** (Sadová 149/2, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **odlehčovací služby**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

bez omezení věku

Kontakty:

telefon: 731 405 507; e-mail: hana.stloukalova@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Centrum sociálních služeb města Letovice, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Centrum sociálních služeb města Letovice, příspěvková organizace** (J. Haška 1082/12, 679 61 Letovice)

Forma poskytované SS: ambulantní, terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 481 200; e-mail: kubin@cssletovice.cz;

web: <http://www.cssletovice.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Charitní pečovatelská služba Blansko** (Sadová 149/2, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

(dále např. osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením)

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 410 825; e-mail: chps.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Město Adamov

Zařízení poskytovatele: **Pečovatelská služba města Adamova** (Pod Horkou 101/2, Adamov, 679 04 Adamov 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby s tělesným postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 499 624; e-mail: social@adamov.cz;

web: <http://www.adamov.cz> (46)

Název poskytovatele: Město Blansko

Zařízení poskytovatele: **Pečovatelská služba Města Blansko** (nám. Republiky 1316/1, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19-26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 775 513; e-mail: cipkova@blansko.cz;

web: <http://www.blansko.cz> (46)

Název poskytovatele: Městská správa sociálních služeb

Zařízení poskytovatele: **Pečovatelská služba** (Havlíčkova 2126/19, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 452 283; e-mail: sankova.msss@boskovice.cz;

web: <http://www.msssboskovice.cz> (46)

Název poskytovatele: Městys Jedovnice

Zařízení poskytovatele: **Dům s pečovatelskou službou** (Zahradní 699, 679 06 Jedovnice)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

senioři

Věková kategorie klientů:

mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 442 245; e-mail: pecovatelky@jedovnice.cz;

web: <http://www.jedovnice.cz> (46)

Název poskytovatele: Obec Petrovice

Zařízení poskytovatele: **Pečovatelská služba Petrovice** (Petrovice 134, 679 02 Rájec-Jestřebí)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 833 208; e-mail: ou.petrovice@seznam.cz;

web: <http://www.oupetrovice.cz> (46)

Název poskytovatele: Oblastní spolek Českého červeného kříže Blansko

Zařízení poskytovatele: **Pečovatelská služba Českého červeného kříže Blansko**
(Sadová 149/2, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **pečovatelská služba**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let), děti kojeneckého věku (do 1 roku)

Kontakty:

telefon: 516 418 624; e-mail: blansko@cervenykriz.eu;

web: <http://www.cck-blansko.cz> (46)

Název poskytovatele: ProDeep, o.s.

Zařízení poskytovatele: **ProDeep, o.s.** (Antonína Navrátila 1219/13, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **průvodcovské a předčitatelské služby**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 453 339; e-mail: info@prodeep.cz; web: <http://www.prodeep.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Pěkná modrá Doubravice** (Soukopovo náměstí 91, 679 11 Doubravice nad Svitavou)

Forma poskytované SS: ambulantní, terénní

Druh poskytované SS: **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 515 538 565; e-mail: peknamodra.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: ProDeep, o.s.

Zařízení poskytovatele: **ProDeep, o.s.** (Antonína Navrátila 1219/13, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, osoby s kombinovaným postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

telefon: 516 453 339; e-mail: info@prodeep.cz; web: [http:// www.prodeep.cz](http://www.prodeep.cz) (46)

Název poskytovatele: Svaz tělesně postižených v České republice, o.s. okresní organizace Blansko

Zařízení poskytovatele: **Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace** (Čapkova 1302/6, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

bez omezení věku

Kontakty:

telefon: 516 411 117 (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Charitní poradna** (U Lázní 1734, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: ambulantní, terénní

Druh poskytované SS: **odborné sociální poradenství**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

(dále např. imigranti a azylantí, oběti domácího násilí a trestné činnosti, osoby bez přístřeší, osoby ohrožené závislé na návykových látkách, rodiny s dětmi)

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 411 583; e-mail: poradna.boskovice@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Linka důvěry Blansko** (Komenského 2366/19, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **telefonická krizová pomoc**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

(dále např. oběti domácího násilí, osoby bez přístřeší, osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby se zdravotním postižením, děti a mládež ohrožené společensky nežádoucími jevy, osoby v krizi, rodiny s dítětem/děťmi, etnické menšiny)

Věková kategorie klientů: bez omezení věku

Kontakty:

telefon: 516 417 351; e-mail: soslinka.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **SPONA Blansko** (Komenského 2366/19, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **terénní programy**

Cílová skupina klientů:

senioři

(dále děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy, oběti domácího násilí, osoby v krizi, rodiny s dětmi)

Věková kategorie klientů:

mladší děti (7 – 10 let), starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty: telefon: 516 417 351; e-mail: spona.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Okno dokořán Blansko** (Komenského 2366/19, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: terénní

Druh poskytované SS: **terénní programy**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením, senioři

(dále např. oběti trestné činnosti, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, etnické menšiny)

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty: telefon: 516 417 351; e-mail: teren.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diakonie ČCE - středisko v Brně

Zařízení poskytovatele: **Centrum denních služeb Letovice** (Alšova 635/3, 679 61 Letovice)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **centra denních služeb**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

osoby ve věku 19 - 64 let

Kontakty:

telefon: 739 244 678; e-mail: letovice@diakoniecce.cz;

web: <http://brno.diakoniecce.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Emanuel Boskovice** (U Lázní 1734, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **centra denních služeb**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

děti předškolního věku (1 - 6 let), mladší děti (7 –10 let), starší děti (11 – 15 let),

dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), děti

kojeneckého věku (do 1 roku)

Kontakty:

telefon: 516 454 604; e-mail: Emanuel.boskovice@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Paprsek, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Paprsek, příspěvková organizace** (K Čihadlu 679, 679 63 Velké Opatovice)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 478 444; e-mail: reditel@uspvo.net;

web: <http://www.uspvo.net> (46)

Název poskytovatele: Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace** (Šebetov 1, 679 35 Šebetov)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

e-mail: posta@socialnisluzbysebetov.cz;

web: <http://socialnisluzbysebetov.cz> (46)

Název poskytovatele: Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace** (Zámecká 1, 679 21 Černá Hora)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov se zvláštním režimem**

Cílová skupina klientů:

osoby se zdravotním postižením, senioři

Věková kategorie klientů:

mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 426 441; e-mail: ddch@ddch.cz;

web: <http://www.domovch.cz> (46)

Název poskytovatele: Městská správa sociálních služeb

Zařízení poskytovatele: **Domov se zvláštním režimem** (Sadová 1091/18, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov se zvláštním režimem**

Cílová skupina klientů:

osoby s chronickým duševním onemocněním, senioři

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 452 686; e-mail: msss@boskovice.cz;

web: <http://www.msssboskovice.cz> (46)

Název poskytovatele: SENIOR centrum Blansko, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **SENIOR centrum Blansko, příspěvková organizace**

(Pod Sanatorkou 2363/3, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov se zvláštním režimem**

Cílová skupina klientů:

osoby s chronickým duševním onemocněním, senioři

Věková kategorie klientů:

mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 410 206; e-mail: ddblansko@ddblansko.cz;

web: <http://www.ddblansko.cz> (46)

Název poskytovatele: Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: **Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace**

(Šebetov 1, 679 35 Šebetov)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **domov se zvláštním režimem**

Cílová skupina klientů:

osoby s chronickým duševním onemocněním

Věková kategorie klientů:

dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 465 438; e-mail: posta@socialnisluzbysebetov.cz;

web: <http://www.socialnisluzbysebetov.cz> (46)

Název poskytovatele: Diakonie ČCE - středisko v Brně

Zařízení poskytovatele: **Chráněné bydlení Letovice** (Alšova 635/3, 679 61 Letovice)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **chráněné bydlení**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 739 244 678; web: <http://brno.diakoniecce.cz> (46)

Název poskytovatele: Hnutí Humanitární Pomoci

Zařízení poskytovatele: **Chráněné bydlení Centrum VELAN** (Dlouhá 3, Klepačov, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: pobytové

Druh poskytované SS: **chráněné bydlení**

Cílová skupina klientů:

osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 516 414 534; e-mail: centrum@hnp.cz;

web <http://www.hnp.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Stará fabrika Blansko** (Sadová 149/2, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **nízkoprahové denní centrum**

Cílová skupina klientů:

osoby bez přístřeší

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 412 137; e-mail: dennicentrum.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Noclehárna pro muže Blansko** (Luční 399/10, Blansko, 678 01 Blansko 1)

Forma poskytované SS: ambulantní

Druh poskytované SS: **noclehárny**

Cílová skupina klientů:

osoby bez přístřeší, osoby v krizi, osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy, etnické menšiny

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let)

Kontakty:

telefon: 516 410 467; e-mail: nocleharna.blansko@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele:

Emanuel Doubravice (Soukopovo náměstí 453, 679 11 Doubravice nad Svitavou)

Emanuel Boskovice (U Lázní 1734, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: pobytové, ambulantní

Druh poskytované SS: **sociální rehabilitace**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 516 454 604; e-mail: emanuel.boskovice@caritas.cz;

web: <http://www.caritas.cz> (46)

Název poskytovatele: Diecézní charita Brno

Zařízení poskytovatele: **Betany Boskovice** (Dukelská 68/12a, 680 01 Boskovice)

Forma poskytované SS: pobytová, ambulantní

Druh poskytované SS: **sociální rehabilitace**

Cílová skupina klientů:

osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů:

mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)

Kontakty:

telefon: 516 452 147; e-mail: betany.boskovice@caritas.cz;

web: <http://www.blansko.caritas.cz> (46)