

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se  
zdravotním postižením v Jihočeském kraji**

bakalářská práce

Autor práce: Bc. Kateřina Nováková  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory  
Vedoucí práce: Mgr. Dana Kopecká  
Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

## Abstrakt

Bakalářská práce zkoumá možnosti využívání sociálně aktivizačních služeb v Jihočeském kraji. Sociálně aktivizační služby jsou sociálními službami, které jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jsou poskytovány osobám v seniorském věku nebo osobám se zdravotním postižením. Tyto služby jsou pro zmíněné osoby velice důležité a potřebné, neboť prostřednictvím těchto služeb se tyto lidé aktivně zapojují do společnosti.

V teoretické části práce jsou vysvětleny důležité pojmy, které souvisejí s problematikou seniorů a osob s postižením. Dále je zde popis zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a přehled poskytovaných sociálních služeb. K vypracování byla použita obsahová analýza relevantních dokumentů.

Výzkumná část byla uskutečněna metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo celkem 11 zařízení v Jihočeském kraji, které poskytují sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Rozhovor obsahoval 10 otázek. Cílem bylo zmapovat možnosti a využívání sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že aktuální kapacita registrované sociální služby sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením pokrývá potřeby uživatelů Jihočeského kraje.

Bakalářská práce může být použita pro poskytovatele a uživatele, kteří se zabývají danou problematikou. Závěry z výzkumné části bakalářské práce mohou být podkladem pro zpracování komunitních plánů sociálních služeb obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji a Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

**Klíčová slova:** senioři, osoby se zdravotním postižením, sociální služby, sociálně aktivizační služby

## **Abstract**

The bachelor thesis explores possibilities of using social activation services in the South Bohemian Region. Social activation services are the social services that are embodied in the Act No. 108/2006 Coll., on Social Services, and they are provided to people in the senior age or to people with disabilities. These services are very important and necessary for the mentioned persons, because through these services the people can get actively involved into the society.

In the theoretical part there are explained important concepts relating to the issue of the seniors and persons with disabilities. Further there is also a description of the Act No. 108/2006 Coll., on Social Services and an overview of the provided social services. A content analysis of relevant documents was used to work out the thesis.

The research part was carried out by an interviewing method, a technique of a semi-structured interview. In total 11 facilities providing social activation services for seniors and persons with disabilities in the South Bohemian Region took part in the research. The interview consisted of 10 questions. The aim was to explore the possibilities and the use of social activation services for seniors and persons with disabilities in the South Bohemian Region.

The research results show that a current capacity of the registered social service of the social activation service for seniors and persons with disabilities meets the needs of users of the South Bohemian Region.

The bachelor thesis can be used for providers and users dealing with this issue. Findings from the research part of the bachelor thesis could be a basis for a processing of community plans of social services of municipalities with extended powers in the South Bohemian Region and the Medium-Term Plan for the Development of Social Services of the South Bohemian Region.

**Keywords:** Seniors, People with disabilities, Social services, Social activation services

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....  
Kateřina Nováková

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Daně Kopecké za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce, dále také všem pracovníkům, kteří mi poskytli rozhovor.

# OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Senioři	9
1.1.1 Členění jednotlivých věkových kategorií v dospělosti a ve stáří	9
1.1.2 Životní změny ve stáří	11
1.1.2.1 Psychické změny ve stáří	11
1.1.2.2 Sociální změny ve stáří	13
1.1.2.3 Biologické změny ve stáří	14
1.1.3 Komunikace se seniory	17
1.1.3.1 Význam komunikace při poskytování sociálních služeb	18
1.2 Osoby se zdravotním postižením	19
1.2.1 Definice a dělení zdravotního postižení	20
1.2.1.1 Tělesné postižení	21
1.2.1.2 Smyslové postižení	25
1.2.1.3 Mentální a duševní postižení	29
1.2.1.4 Kombinovaná postižení	32
1.2.1.5 Postižení s vnitřními chorobami	33
1.3 Sociální služby v České republice	33
1.3.1 Zákon o sociálních službách	33
1.3.2 Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	38
1.3.3 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	43
2 Cíl práce a výzkumné otázky	44
2.1 Cíl práce	44
2.2 Výzkumné otázky	44

<b>3</b>	<b>Metodika</b>	<b>45</b>
	<b>3.1 Použitá metodika</b>	<b>45</b>
	<b>3.2 Výzkumný soubor</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>Výsledky</b>	<b>46</b>
	<b>4.1 Obecné údaje o zařízení poskytující SAS</b>	<b>46</b>
	<b>4.2 Obecné údaje o uživatelích</b>	<b>51</b>
	<b>4.3 Obecné údaje o pracovnících</b>	<b>54</b>
	<b>4.4 Informace o činnostech</b>	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>Diskuze</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b>	<b>71</b>

## **Seznam použitých zkratk**

CNS – Centrální nervová soustava

ČSÚ – Český statistický úřad

DMO – Dětská mozková obrna

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

SO ORP – Správní obvod obce s rozšířenou působností

SAS – Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením



# ÚVOD

*„Každá lidská bytost má absolutní hodnotu,  
protože je neopakovatelná.“*

*T. G. Masaryk*

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou poskytování sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji. Sociálně aktivizační služby patří mezi sociální služby, jejichž poskytování je legislativně zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. SAS mohou být poskytovány formou ambulantních popřípadě terénních služeb a jsou poskytované osobám v seniorském věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Poskytované služby jsou velmi důležité a potřebné pro seniory i osoby se zdravotním postižením, neboť prostřednictvím těchto služeb se tito lidé aktivně zapojují do společnosti.

Bakalářská práce je členěna na dvě části - část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vysvětlením důležitých pojmů, které souvisejí s problematikou péče při poskytování sociálních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením. Součástí práce této části je také přehled poskytovaných sociálních služeb vhodných pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

V praktické části jsem využila metodu kvalitativního výzkumu, který jsem realizovala prostřednictvím metody dotazování, za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda je současná kapacita sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji dostačující.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Seniori

Seniorů v naší populaci přibývá jednak relativně – poklesem porodnosti, tak i absolutně – prodlužováním střední délky života. Střední délka života (life expectancy) je významným demografickým ukazatelem, který je konstruován z úmrtnostních tabulek a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví. Již od konce osmdesátých let minulého století v České republice střední délka života u obou pohlaví trvale rostla a od roku 1990 narůstala patrně nejrychleji ze všech evropských zemí. V roce 1994 byla střední délka života pro muže 69,5 a pro ženy 76,6 let, v roce 2003 to bylo již 72,1 let u mužů a 78,7 let u žen, prognózy do roku 2020 počítají s věkem 76,9 u muže a věkem 80,6 pro ženy. Současně dochází k prodlužování života ve stáří a přibývá seniorů v pokročilém věku (8).

Podle projekce demografického vývoje zpracovaného Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3%, to jsou asi tři miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6 % obyvatel České republiky (13).

### 1.1.1 ČLENĚNÍ VĚKOVÝCH KATEGORIÍ V DOSPĚLOSTI A VE STÁŘÍ

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Jde o důležitý ukazatel. Samotný věkový údaj však nemá dostatečnou vypovídající hodnotu, a to zejména ve stáří. Věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení: (Malíková, 2011)

30 – 44 let      dospělost

45 – 59 let      střední věk (nebo též zralý věk)

- 60 – 74 let    senescence (počínající, časná stáří)
- 75 – 89 let    kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více    patriarchum (dlouhověkost) (13)

Psycholog Jaro Křivohlavý (2011) hovoří o čtyřech základních úsecích, etapách, fázích, stupních či stadiích života:

- Mládí – od narození do dosažení dospělosti (0 – 30 let)
- Střední věk – době dospělosti (30 – 65 let)
- Život v době důchodu (bez ohledu na to, zda daný člověk důchod dostává, či ne: 65 – 85 let)
- Příprava na odchod (exit, odchod (85 a více). (11)

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlpachra (2004):

- 65 – 74 let    mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75 – 84 let    staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více    velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení). (17)

Podle Vágnerové je členění stáří podobné:

- 60 – 75 let    období raného stáří
- 75 a více let    období pravého stáří. (29)

### **1.1.2 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

V organismu probíhá ve stáří řada změn. Venglářová (2007) je popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální. (31)

Vágnerová (2007) uvádí, že starší člověk je nucen se neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám. Dochází ke zhoršení psychického i somatického stavu. Změny psychické i duševní bývají individuálně různorodé z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Velkou roli zde hraje hlavně dědičnost a důsledky vnějších faktorů, které se v průběhu života člověka nakumulovaly. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné. (29)

V následujících podkapitolách se na jednotlivé oblasti, ve kterých jsou změny zachytitelné, více zaměřím.

#### **1.1.2.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Díky velkým změnám, které doprovázejí stáří, jsou senioři vystaveni velkému psychickému zatížení, a které již často nemají dostatek sil a proto jsou více zranitelnější a labilnější. Proto je na jejich rodinách nebo profesionálních pracovnících, aby respektovali tyto okolnosti a snažili se podle možností seniorům vyjít vstříc.

V období stáří můžeme pozorovat změnu i v mnohých psychických funkcích. Některé psychické změny jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů. V mnohých případech se však jedná o jejich vzájemnou interakci. Biologicky podmíněné změny se dotýkají hlavně změny v prožívání, uvažování a chování starších lidí. Jedná se zvláště o celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavování věcí, snížení frustrační tolerance. Typickým projevem procesu stárnutí je úbytek mozkové tkáně (atrofie). Psycho-sociálně podmíněné změny

nejvíce ovlivňují faktory jako je individuální životní styl a různé návyky. Tyto změny se nejvíce týkají stagnace většiny kompetencí seniorů. Rovněž dochází k poklesu nároků a povinností, které společně vedou k větší pohodlnosti starších lidí. Dále dochází k postupnému poklesu funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností, včetně kognitivních kompetencí, u kterých hlavně dochází k celkovému zpomalení poznávacích procesů. (29)

*Podle Jedličky: „Také u starého nemocného člověka hraje psychická rovnováha, její zachování či opětovné dosažení, významnou roli. Často je psychický potenciál limitujícím faktorem celkového uzdravení. Psychologické aspekty stáří se staly předmětem odborného a systematického studia prakticky až ve 20. století, a to zejména po II. světové válce. Přesto jsou současné znalosti o psychice stárnoucího a starého člověka neúplné, mozaikovitě a dosud chybí celistvý model. Příčiny jsou mnohé; nejdůležitější je fakt, že psychika starých lidí je metodicky obtížně přístupná. (9)*

V období stáří je velmi podstatné, aby starý člověk byl stále sociálně integrován, neboť izolovanost od okolního světa a nezapojení se do aktivit v jeho okolí může mít nezvratný vliv na psychický stav člověka. V tomto období je totiž velmi důležitá potřeba seberealizace a sounáležitosti. (24)

Přehled základních psychických změn ve stáří dle Venglářové:

- a) zhoršení paměti;
- b) obtížnější osvojování nového;
- c) nedůvěřivost;
- d) snížená sebedůvěra;
- e) sugestibilita;
- f) emoční labilita;
- g) změny vnímání;
- h) zhoršení úsudku. (31)

### 1.1.2.2 SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Venglářová uvádí základní sociální změny ve stáří:

- a) odchod do penze;
- b) změna životního stylu;
- c) stěhování;
- d) ztráty blízkých lidí;
- e) osamělost;
- f) finanční obtíže. (31)

Ohledně sociálního významu stáří Vágnerová uvádí: „*Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní, odmítavý a podceňující. Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepší případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam a z pragmatického pohledu není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém současné společnosti, který klade důraz na zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládeži (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré lidi silně znevýhodňuje.*“ Dle Vágnerové vychází z uvedeného hodnotového systému ageismus – obecný postoj, vyjadřující přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti seniorského věku. Z pohledu ageismu je stáří obdobím „*ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života...*“ Ageistický postoj spočívá v podceňování, odmítání a v krajním případě až v odporu vůči seniorům, čímž dochází k symbolické nebo faktické diskriminaci jen na základě stáří. Vágnerová dále podotýká, že: „*I když je součástí aktuálních sociálních norem proklamovaný ohled ke starším lidem a nutnost poskytnout jim potřebné zabezpečení, není zde zahrnutý respekt a ochota přijímat je jako rovnocenné partnery a brát v úvahu jejich názory.*“ (29)

Jedlička poukazuje na fakt, jak má vlastně senior smysluplně vyplnit 15 – 20 let svého života v důchodu „*než se dostaví etapa vyzrálého stáří*“? Pouhé pěstování koníčků a osobních zálib většině starých lidí nestačí, je nezbytná i společenská akceptace jejich činnosti. Proto dle téhož autora vyvstává aktuální otázka tzv. druhého životního programu pro účinné a aktivní vyplnění „*důchodcovských*“ dnů. (9)

Postoj k důchodu i jeho sociální dopad je genderově podmíněný. Především u mužů je ztráta profesní pozice vnímána jako úbytek mužské přitažlivosti a společenské prestiže. V případě žen nemá ztráta profesní pozice na jejich přitažlivost takový dopad. Ženám zůstává uplatnění v domácnosti a péče o rodinu. (3)

### **1.1.2.3 BIOLOGICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Biologické změny ve stáří a s tím spojené biologické stáří, se týká hlavně toho, do jaké míry dochází k involučním změnám, které jsou obvykle těsně propojeny se změnami způsobenými chorobami vyskytujícími se s vyšší frekvencí převážně ve vyšším věku. (24)

Pojem biologické stáří je používán především k vyjádření celkového stavu organismu. Pokusy o určení biologického stáří, které by lépe vystihovalo stáří, než kalendářní věk se nezdařily, a proto se stanovení biologického stáří nepoužívá. Stále chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatností. (17)

Biologické změny označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalení a úbytek). Základem fyzických změn ve stáří je podle Gregora opotřebenost orgánů, zpomalený metabolismus a pokles biologických adaptačních mechanismů. (8)

Po šedesátém roce života nabývají tělesné změny rychlejšího tempa. Tyto změny můžeme pozorovat především v křehkosti kostí a s tím spojenou atrofií svalů. Pokožka a svaly ztrácí na elasticitě. Dochází rovněž ke zpomalení reflexů a změnám ve fungování smyslových orgánů. (17)

Smysly slouží mozku jako nástroj kontaktu s okolním prostředím, a proto jakýkoli

úpadek smyslů ovlivňuje funkci mozku. Ve stáří může tudíž dojít ke zhoršenému vnímání a možnosti plně prožívat okolní svět. Stárnutí smyslových orgánů se dotýká všech pěti smyslů (zrak, sluch, chuť, čich, hmat), změnu můžeme pozorovat i ve vnímání citlivosti na bolest. (24)

- **Zrak**

Změny se týkají především ztráty pružnosti čočky a s tím spojenou ztrátou schopnosti zaostřovat. U většiny starých lidí dochází ke ztrátě zrakové ostrosti. Podle odhadů zhruba 75% starých lidí potřebuje brýle, avšak řada z nich nevidí dobře ani s jejich pomocí. Změny je možné zaznamenat i v intenzitě vnímání světla. Starší lidé vidí pouze intenzivnější světlo. Zhoršuje se i funkce znovu vidět po oslnění. Dochází také ke zmenšení zorného pole a k pomalejšímu zpracovávání zrakových podnětů. (24)

- **Sluch**

Postupujeme-li zvnějšku do středního ucha, můžeme zaznamenat některé změny. Zvukovod starších lidí se snáze zanáší, což vede k oslabení sluchu. Závažnější změny můžeme zaznamenat ve středním uchu, kde důsledkem přibývajících věku dochází ke ztvárnění ušních kůstek, což má vliv na přenos zvuku. Výrazné zhoršení je ve vnímání zvuku o vysokých a nízkých frekvencích. Zhoršení sluchu může mít negativní dopad na sociální život starého člověka. (24)

- **Chuť**

Nepanuje jednotný názor, zda stárnutí ovlivňuje citlivost chuti. Někteří badatelé se přiklání k názoru, že s rostoucím věkem dochází ke zhoršení citlivosti, naopak citlivost na hořkou chuť s věkem stoupá. Jiní zastávají mínění, že citlivost klesá na hořké a slané chutě, ale změny na kyselou a sladkou chuť nejsou výrazné. (24)

- **Čich**

V oblasti čichu nejsou s věkem u zdravých lidí zaznamenány výrazné změny.



Nicméně u nemocných starých lidí je slábnutí čichu znatelné. (24)

- **Hmat**

K změnám v citlivosti hmatu dochází především v důsledku ztenčování a zvrásnění kůže. U starých lidí se zvyšuje hmatový práh citlivosti. Citlivost k teplotě předmětů klesá. Tyto změny nemusí být výrazné a zřejmé. (24)

- **Bolest**

U starších lidí můžeme zaznamenat zvýšený práh citlivosti na bolest. Zjednodušeně řečeno jsou starší lidé schopni snášet intenzivnější podněty, aniž by je vnímali jako bolest.

Celkový obraz biologických změn provázející stárnutí se rovněž dotýká funkce orgánových soustav. Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při exkreci škodlivin a toxinů. Trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin. Dýchací soustava nedokáže zajistit stejný přívod kyslíku jako dřív. V oběhové soustavě dochází k tomu, že srdce ztrácí svoji sílu a rovněž dochází k zužování a snížení pružnosti periferních cév. Někteří odborníci tvrdí, že všechny tyto změny mohou být zmírněny vhodnou stravou a cvičením. (24)

Přehled biologických (tělesných) změn podle Venglářové je:

- Změny vzhledu
- Degenerativní změny kloubů
- Úbytek svalové hmoty
- Změny termoregulace
- Změny činnosti smyslů
- Změny trávicího systému
- Změny sexuální aktivity

- Kardiopulmonální změny (31)

### 1.1.3 KOMUNIKACE SE SENIORY

Komunikace (z lat. *communicatio* , které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vztahů vzájemných. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz *interakce*, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících. (20)

Komunikace zahrnuje nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvoř apod. Studium lidské komunikace se dostalo do popředí zájmu. Zhruba od poloviny 20. století zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií, který zasahuje do všech oblastí lidské činnosti, a tak jako do oblastí ošetrovatelství a zdravotnictví. (21)

Komunikace je ovlivněna mnoha faktory, které mohou být podle druhu situace a okolností velmi pestré a rozdílné. Ovlivňující faktory mohou být: prostředí, doba, momentální stav a osobní situace účastníků rozhovoru, jejich ochota ke komunikaci, předchozí zkušenosti a mnoho dalších. (13)

Podle V. Zachové (2007) probíhá komunikace jako proces složený z pěti složek (Malíková, E. 2011):

- **Komunikátor (mluvčí)** – osoba, která sděluje určité informace
- **Komunikant (příjemce)** – osoba, která přijímá určité informace
- **Komuniké** – zpráva neboli sdělení komunikátora

- **Zpětná vazba** (reakce, odpověď) – informace o tom, že sdělení bylo komunikantem přijato
- **Situační kontext** – situace a prostředí, v němž komunikace probíhá; může významně ovlivnit komunikaci a význam sděleného obsahu (13)

### 1.1.3.1. Význam komunikace při poskytování sociálních služeb

Vhodná komunikace s klientem je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi pečovatelem a klientem. Komunikace je předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, v komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. Dáváme najevo, co si o něm myslíme, zda jsou naše city k němu pozitivní nebo negativní, zda ho máme v oblibě či nikoliv. K předávání informací slouží jak verbální složka komunikace, tak i neverbální. Mnohdy zapomínáme, že to jsou právě mimoslovní signály, které sdělují, co si právě myslíme. (16)

M. Venglářová (2007) uvádí, že přestože světem vládnu slova, ať už vyslovená, či psaná, většinu informací přijímáme mimoslovně. O pravdivosti sdělení více vypovídá tón pohledu, gesta či mimika. Kdo umí dobře naslouchat druhým, vždy sleduje i mimořečové signály. Tak dobře pozná, zda se ptát, pokračovat v rozhovoru či ustát, mlčet, zůstat či odejít. Předpokladem příjemné a jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. (28)

Ke kvalitnímu poskytování sociální služby seniorům v sociálních službách je pro všechny pracovníky zcela nezbytné ovládat dobře komunikaci. To je možné jen při dobré znalosti celé oblasti komunikace a soustavném nácviku komunikačních dovedností. Nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozuměním, problémům a nespokojenosti, a to většinou na obou zúčastněných stranách. Neúspěch v komunikaci také zvyšují nejistotou a nespokojenost klientů i pracovníků. Důsledek této situace se pak nejvíce projevuje v taktéž oboustranném snížení ochoty k další komunikaci. Výměna informací pak vážne a to na sebe řetězově nabaluje další problémy z dalších

nedorozumění; klienti i pracovníci totiž často situaci řeší tím, že omezují komunikaci na nezbytné minimum a přitom v sobě stále mají pocit křivdy a nepochopení, vytvářejí si mylné názory a závěry atd. Vzniká tak začarovaný kruh, který je možné přetnout a vystoupit z něj pouze správně vedenou komunikací alespoň z jedné strany, v tomto případě zcela jednoznačně ze strany pracovníků. (13)

## **1.2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Světová zdravotnická organizace (WHO) věnuje problémům osob se zdravotním postižením (podle nové terminologie osobám se specifickými potřebami) velkou pozornost. V roce 1980 přijala dokument vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, který v České republice známe pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO jeho upravenou revizi pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF). Tento dokument se stává základem hodnocení a posuzování nároků k vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a zavádí nové pojmy:

- Impairment – porucha strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů jedince neomezuje závažným způsobem a upravuje se většinou v krátké době.
- Activity – aktivita, schopnost – podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu nebo více orgánů.
- Participation – (participace) je zapojení do života (v různých směrech a rozsahu) v různých situacích v poměru k poruchám, disabilitám (aktivitám) a zdravotní kondici a spolupůsobícím faktorů života společnosti. (6)

MKF nehodnotí člověka jako takového, ale hodnotí situace, ve kterých se člověk nachází a které mohou být pro něho omezující (disabling), ve kterých je disabled, ale jinak je zdravý. Na tomto se samozřejmě výrazně podílí velmi důležitý faktor prostředí, což je nová komponenta klasifikace. Můžou danou situaci významným způsobem ovlivnit příznivě (facilitujícím působením) nebo naopak nepříznivě ve smyslu vytváření

bariér. (34)

V běžném životě se setkáváme s jedinci odlišujícími se nějakým způsobem od většiny. Mezi ně patří i zdravotně postižení. I oni jsou přirozenou integrální součástí naší společnosti a každého člověka bychom měli vnímat především jako lidskou bytost. Postižení bychom měli vnímat jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr neboli kvalitu. (7)

„Potřeba citového vztahu a bezpečí je u postižených dětí stejně velká jako u zdravých, snad je ještě větší, protože citová vazba pomáhá překonat mnohé problémy, které onemocnění přináší a jistota citové opory je velmi významným harmonizačním faktorem v mnoha životních situacích.“ (27)

Je nutné si uvědomit, že všechny děti potřebují totéž: citovou náklonnost, zábavu, podněty a každodenní péči (stravu, oblečení, bydlení). To vše lze vyjádřit jedním slovem – potřebují především lásku a to se týká i dítěte s postižením. Jeho specifické potřeby vyjadřují i specifický rodičovský přístup. (10)

### **1.2.1 DEFINICE A DĚLENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ**

V rámci VŠPO (Výběrové šetření osob se zdravotním postižením) bylo nutné stanovit definici zdravotně postižené osoby. Byla stanovena takto: „Zdravotně postiženou je osoba jejíž tělesné, smyslové a duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od stavu typického pro její věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“

Samozřejmě je možné nalézt mnoho dalších popisů a definic. Například zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. (23)

Příčiny vzniku zdravotního postižení jsou různé. Podílí se na nich poruchy genetických dispozic, ale i vlivy vnějšího prostředí (vlivy působící prenatálně,

perinatálně i postnatálně). (1)

Zdravotní postižení můžeme dělit z různých hledisek. Jedním z nich je podle doby vzniku:

- Vrozené – dítě se s nemocí nebo poruchou již narodí. Porucha může být geneticky podmíněná nebo získaná v průběhu těhotenství (vliv infekce u matky, škodliviny vnějšího prostředí, drogy, alkohol). Nejrizikovějším obdobím jsou první tři měsíce nitroděložního vývoje, kdy dochází k vývoji orgánů.
- Získané – poruchy zapříčiněné okolnostmi při porodu nebo po porodu (hypoxie, infekce, krvácení do mozku), úrazy. (19)

Dělení zdravotního postižení podle systémů, které postihují:

- tělesné postižení
- smyslové postižení
- mentální a duševní postižení
- kombinované postižení
- vnitřní (33)

### **1.2.1.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ**

V obecné rovině se tělesné (somatické) postižení projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jsou to především poruchy nervového systému, které mají za následek poruchu hybnosti. Dále sem patří poruchy pohybového nosného (muskuloskeletárního) aparátu. Tyto skutečnosti pak mohou negativně ovlivňovat také vývoj osobnosti dítěte s postižením. (7)

#### **Druhy tělesného postižení:**

*Dětská mozková obrna*

Nejčastějším tělesným postižením je dětská mozková obrna (dále jen již DMO). Příčina poruchy je v mozku a nemoc způsobuje poruchu hybnosti těla. Jedná se o poruchu vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku, která se projevuje špatnou kontrolou hybnosti a vadným držením trupu a končetin. DMO se může projevit

jakýmkoli stupněm pohybového postižení a je podmíněna poškozením nezralého mozku během jeho vývoje. (18)

Tento pojem zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze. Vzhledem k tomu, že ne všechny motorické projevy mají charakter obrny, používá se pro toto onemocnění také označení encefalopatie (blíže nespecifikované poškození mozku). (7)

Klasifikace DMO nejčastěji vychází z klinického obrazu a podle typu hybného postižení se rozlišují dvě základní formy onemocnění:

#### 1. spastické DMO:

*forma diparetická (paraparetická)* s různým stupněm postižení zejména dolních končetin, méně často a v menší míře mohou být postiženy i horní končetiny, jedná se ale o nezralost nervového systému a typickým projevem je tzv. nůžkovitá chůze

*hemiparetická forma* – jedná se o hemisferální postižení, projevuje se postižením jedné poloviny těla s patrnou převahou postižení horní končetiny (připomíná složené ptačí křídlo) *kvadruparetická forma* je typická poškozením všech čtyř končetin, přičemž u každé se může jednat o různý stupeň postižení (7)

#### 2. nespastické DMO:

*hypotonická forma* s dominujícím oslabením svalového tonu trupu i končetin, která je centrálního původu

*extrapyramidová (dyskenitická) forma* se projevuje atetoidními dyskinézami, grimasováním a hadovitými hyperkinézami hlavy, trupu i končetin. Hyperkinetický syndrom je typický pro perinatální období a na jeho vzniku má podíl poporodní žloutenka. (7)

Dětská mozková obrna se často vyskytuje spolu s přidruženými poruchami. Za nejzávadnější vzhledem na sociální důsledky lze považovat mentální retardaci. Jedná se o trvalý stav celkového snížení intelektových schopností. Další velmi závažnou a častou poruchou je epilepsie, která může být překážkou při zapojení člověka s postižením do

aktivního života. Často se v kombinaci s DMO vyskytují také smyslové poruchy. Jedná se o zrakové obtíže, poruchy sluchu a s tím související i poruchy řeči. Vzácné nejsou ani ortopedické komplikace. Nejčastěji je to zkrácení Achillových a koleních šlach, které brání v chůzi a je nutné je prolongovat. Někdy je nutná úprava flexorů kyčle a aduktorů stehna, objevit se může dysplazie kyčelních kloubů a skolióza (vychýlení páteře do strany). Častěji se také u dětí s DMO vyskytují emoční poruchy. (7)

#### *Neuromuskulární a svalová onemocnění*

Klinickými příznaky této skupiny onemocnění jsou například periferní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, bolesti a změny konzistence svalu, poruchy čítí a chůze a další.

Patří sem:

- artrorypóza vzniklá v rámci myopatií – mnohočetné kloubní deformity
- myopatie – porucha hybnosti je přímo ve svalu, jde o poškození svalového vlákna
- progresivní svalová dystrofie – degenerace příčně pruhovaného svalstva
- Duchennova svalová dystrofie – dědičná, postihuje mužské pohlaví, dochází k postupnému úbytku svalstva
- Charcotova-Marieova-Toothova choroba – postupný zánik osových vláken a myelinových pochev u periferních nervů
- metabolické myopatie – např. glykogenózy, při kterých se neuvolňuje ze svalového glykogenu glukóza (7)

#### *Další somatická postižení včetně postižení nervové soustavy*

Somatických postižení je celá řada, patří sem například i různé deformity jako mikrocefalie (zmenšení obvodu hlavičky dítěte) a makrocefalie (rychlý růst obvodu hlavičky novorozence), která je většinou spojena s mentální retardací. Vrozeným onemocněním mozku je tuberkulózní skleróza, která se projevuje kožními a nervovými příznaky a častou epilepsií. Do této skupiny patří i tumory centrální nervové soustavy, které mohou zastavit psychomotorický růst dítěte. Časté jsou také stavy po poranění



mozku nebo poranění páteře a míchy v důsledku úrazu. Významnou skupinou jsou také degenerativní onemocnění nervové soustavy, např.

Friedrichova ataxie (deformita dolních končetin). (7)

### **Ortopedická a jiná postižení**

Nejznámější ortopedické postižení je vrozené vykloubení kyčlí. Poměrně často se zejména u chlapců ve věku 5 – 7 let vyskytuje tzv. Perthesova choroba (hlavice stehenní kosti se třísťí na jakési ostrůvky), choroba má vcelku příznivou prognózu.

Časté jsou různé deformace páteře (hyperkyfózy, skoliózy). Scheuermannova nemoc může vzniknout v období puberty a adolescence, projevuje se bolestí zad a změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách. Vrozeným onemocněním s narušeným vývojem chrupavky je chondrodystrofie (trpaslictví) a patří sem i dysmélie (porucha zárodečného vývoje končetin). V neposlední řadě se sem řadí i různé amputace a to nejčastěji v důsledku úrazu. (7)

### **Tělesné postižení, léčba a péče**

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

- Medicínská léčba – může být důležitá pro zlepšení, resp. udržení přijatelného stavu, v závislosti na typu postižení.
- Rehabilitační péče – různé formy fyzioterapie slouží k dosažení, maximálně možného stupně hybnosti, resp. k uchování stávajícího stavu, pokud by existovalo riziko jeho zhoršení.
- Kompenzační pomůcky – (např. berle, vozík) umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti.
- Psychoterapeutická péče – je indikována u starších dětí a dospělých, kteří mají v důsledku svého postižení problémy v kontaktu s ostatními lidmi, v navazování vztahů a ve svém začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na změnu postoje k

vlastním potížím.

- Terapeutická práce s rodinou – je velmi důležitá, pomoc potřebují i ostatní členové rodiny, protože zvládnutí této situace není snadné ani pro ně.
- Socioterapie – člověk s poruchou hybnosti může potřebovat pomoc při hledání bezbariérového bydlení, vhodného zaměstnání apod. V dětském věku je důležitá mimoškolní činnost – podpora různých aktivit těchto dětí, letních táborů apod. (28)

### **1.2.1.2 SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ**

Mezi smyslová postižení patří postižení zraku, sluchu nebo řeči, často jde i o kombinaci vad.

#### **Zrakové postižení, léčba a péče**

Z hlediska etiologie rozlišujeme u zrakových postižení poruchu:

- orgánovou (porucha zasahuje zrakový orgán jako celek nebo jeho jednotlivé části)
- funkční (oslabuje výkon zrakového orgánu). (20)

Nejčastější dělení je podle stupně zrakové vady:

- Slabozrakost – je nezvratný pokles zrakové ostrosti nebo je zorné pole zúženo. Dělí se do dvou stupňů – lehká a těžká. Projevuje se sníženou nebo zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a omezením a deformací zrakových představ.
- Zbytky zraku – jedinci se zbytky zraku tvoří mezistupeň mezi slabozrakostí a praktickou nevidomostí.
- Nevidomost – je ireverzibilní proces centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Rozlišujeme nevidomost praktickou a totální slepotu (amaurosu).
- Poruchy binokulárního vidění – jsou funkční poruchy a vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Dělíme je na šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopii). (20)

## **Léčba a péče o osoby se zrakovým postižením**

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

- Léčba základního onemocnění, resp. volba kompenzačních pomůcek – nejběžnější kompenzační pomůckou jsou brýle, které musí odpovídat závažnosti i typu postižení. Mohou to být i různé speciální optické pomůcky, např. turmon. Dále to jsou elektronické přístroje, které pomáhají přiměřeným způsobem zvětšit běžný text, např. televizní lupa, nebo různě upravené počítače (např. se zvukovým výstupem nebo s braillovým řádkem), digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem atd. Nevidomý potřebují také speciální Pichtův psací stroj, kterým lze psát v Braillově písmu. (4)
- Práce s rodinou – je velmi důležitá, zejména v období zjištění, resp. vzniku postižení, protože pomoc potřebuje i rodina s těžce zrakově postiženým, dítětem i dospělým. Užitečné jsou svépomocné aktivity zrakově postižených, resp. rodičů těchto dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, pocitu pochopení a sdílení podobných problémů, mnohdy i v poskytnutí užitečných informací a zkušeností.
- Speciálně-pedagogická péče – pomáhá rozvoji, resp. zachování všech funkcí, které jsou zrakově postižením omezeny. V raném věku učí rodiče pracovat s jejich dítětem odborníci centra rané péče, ve školním věku poskytují potřebnou pomoc speciálně-pedagogická centra a speciální školy pro zrakově postižené. Výuka v těchto školách využívá různých kompenzačních metod, vyučuje se zde i Braillovo písmo, které je určené pro hmatové vnímání a jehož základem je kombinace šesti bodů. Pomoc poskytují i centra pro zrakově postižené studenty na vysokých školách, které jim připravují různé studijní materiály a umožňují jim tak dosáhnout vysokoškolského vzdělání.
- Socioterapie – pomáhá při začleňování zrakově postiženého člověka do společnosti – při hledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci, nácviku orientace s bílou holí, resp. s pomocí vodícího psa, domácích a sebeobslužných činností apod. (20)

## **Sluchové postižení, léčba a péče**

– vada sluchu je trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.

Poruchy sluchu se dělí na dva základní druhy:

- periferní:
    - převodní nedoslýchavost – znemožněn mechanický převod zvukových vln od zvukovodu do tekutin vnitřního ucha (vrozená vývojová vada, perforace bubínku apod.)
    - percepční nedoslýchavost – porušená funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry)
  - centrální – komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují podkorový a korový systém sluchových drah. Změny mohou být organické i funkční.
- (4)

## **Léčba a péče o osoby s postižením sluchu**

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

▪ Léčba a volba kompenzačních pomůcek – nejběžnější kompenzační pomůckou jsou sluchadla různého typu, která musí odpovídat míře i typu postižení a musí být seřízena podle potřeby postiženého. Další možností je kochleární implantát, jenž umožňuje přijímat zvukové podněty pomocí mikroelektrického zařízení. Je vhodný pro později ohluhlé, kteří mají zachovanou řeč a dovedou se na tento náhradní způsob snadněji adaptovat. Prelingválně postiženým dětem mohou kochleární implantáty účinněji pomoci jen tehdy, když je získají před druhým rokem života.

Pokud není sluchové centrum v mozku stimulováno, postupně dochází k jeho atrofii a už není schopné na tyto podněty reagovat. Dítě s kochleárním implantátem se musí naučit vnímat a diferencovat jednotlivé zvuky, což není snadné. (28)

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

- Speciálně-pedagogická péče – uplatňuje se na několika úrovních. V raném věku jsou to speciální centra a speciální školy pro sluchově postižené. Výuka v těchto školách obvykle využívá znakový i český jazyk, především při výuce čtení a psaní. Její významnou složkou je logopedická terapie, která komplexním způsobem pomáhá v rozvoji řečových dovedností. Důležitá je i mimoškolní činnost, podporující např. sportovní aktivity sluchově postižených dětí.
- Socioterapie – pomáhá při začleňování sluchově postiženého člověka do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání či rekvalifikaci. (28)

### **Poruchy řeči, léčba a péče**

Podle etapy komunikačního procesu, kdy došlo k vadě, poškození nebo narušení lze rozdělit poruchy na:

- narušení receptivní složky řeči (poruchy rozumění řeči)
- narušení centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí)
- narušení složky expresivní (poruchy řečové produkce)
- opoždění vývoje řeči dětí (nevhodné, nepodnětné, nestimulující prostředí)
- poruchy psychotické povahy (narušení sociální interakce). (33)

### **Léčba a péče o osoby s postižením jazyka a řeči**

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

- Farmakologická léčba – medikace může být účelná, pokud je řečová porucha spojená s jiným postižením či onemocněním, eventuálně pokud je třeba snížit úzkost apod.
- Specifická neuropsychologická rehabilitace a stimulační programy, které pomáhají rozvíjet různé dílčí kompetence.
- Psychoterapeutická péče – je indikována u starších, tj. školních dětí, eventuálně dospělých, u nichž narušení řeči vede k problémům ve školní práci či v kontaktu s vrstevníky, v navazování různých vztahů a v jejich začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik

sociálních dovedností, relaxační techniky, skupinová psychoterapie apod.

Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na eliminaci strachu z řeči a na změnu postoje k vlastním potížím.

- Terapeutická práce s rodinou – je velmi důležitá, protože pomoc potřebuje i rodina s takto postiženým dítětem. Rodiče se musí naučit porozumět podstatě jeho postižení i vhodným způsobům výchovného vedení dítěte.
- Logopedická péče – práce logopeda není zaměřena jen na úpravu výslovnosti, resp. plynulosti řeči, ale na celkový rozvoj komunikace a na využití aktuálních verbálních i neverbálních kompetencí.
- Socioterapie – člověk s poruchou řeči může potřebovat pomoc při začleňování do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání. V dětském věku je důležitá i mimoškolní činnost, která by mohla kompenzovat školní stres vyplývající z potíží vyjadřování, ebeny. i porozumění. (28)

### **1.2.1.3 MENTÁLNÍ A DUŠEVNÍ POSTIŽENÍ**

Historicky nejranější zmínka o mentálním postižení byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem. Postoj k mentálně postiženým byl v průběhu celého historického vývoje značně ambivalentní. Takto (i jinak) postižení byli již v dětském věku usmrcováni, sloužili jako dvorní šašci, byli zneužíváni, ale i ochraňováni (Hartus, 1998). Záleželo na tom, zda je lidi přijímali jako ty, kdo potřebují jejich ochranu, nebo je zavrhovali jako méněcenné, či dokonce nebezpečné bytosti.

Zahrnuje poruchy myšlení, kognitivních funkcí a duševní poruchy. Duševní poruchy jsou spolu s poruchami chování zařazeny do V. kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí pod písmenem F. (30)

#### **Mentální retardace**

Mentální retardace patří mezi nejvíce rozšířené onemocnění. Je to vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií. (30)

Rozdělení mentální retardace:

- lehká mentální retardace – opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně závislá na sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů.
- středně těžká – myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnost sebeobsluhy, klienti potřebují chráněné bydlení a zaměstnání po celý život
- těžká – výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni
- hluboká – nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké senzorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. (30)

### **Pervazivní vývojové poruchy**

Pervazivní vývojové poruchy (pervazivní = vším pronikající) – patří sem např. autismus, Rettův syndrom, Aspergův syndrom, jiné dezintegrační poruchy v dětství (Keller syndrom), elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti v dětství, sociální fobie a další. (12)

### **Děti s poruchami chování a emocí**

Děti s poruchami chování a emocí - z hlediska zdravotního postižení sem řadíme zejména hyperkinetické poruchy při ADHD („Attention Deficit Hyperaktivity Disorders“ – hyperaktivita s poruchou pozornosti), které se objevují do pátého roku života dítěte, vyznačují se hyperaktivitou, porušenou schopností vytrvat při činnosti. Patří sem např. Tourettův syndrom, provázený motorickými a vokálními tiky, případně s neovladatelnou vulgární gestikulací, parodováním cizího chování, hyperaktivitou a zvýšenou potřebou dotyků. (30)

Schizofrenické poruchy – jsou charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Vyskytuje se ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmítání myšlenek, bludné vnímání, sluchové halucinace apod. Schizofrenií můžou onemocnět i děti. (30)

### *Downův syndrom*

Příkladem mentální retardace vzniklé na základě chromozomální odchylky je Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu). Nejde ovšem jen o negativní vliv jednoho nadbytečného chromozomu, bylo zjištěno, že u zárodků s touto trizonií chybí celá jedna skupina genů, které se podílejí na diferenciaci neuronů a tvorbě synapsí. Jde o geny pro určitý transkripční faktor, působící především v období vývoje, v dospělosti se uplatňuje selektivně, v těchto oblastech CNS, které jsou spojeny s učením a pamětí.

Postižení Downovým syndromem mají typický habitus, tj. jsou na první pohled tělesně odlišní. Tato odlišnost může zvýšit riziko sociálního odmítání, resp. vyhraněnějšího přístupu ostatních lidí. (Na druhou stranu bývají vzhledem ke své sociální adaptabilitě akceptováni spíše pozitivně.) Jejich mentální defekt bývá rovnoměrnější, zpravidla na hranici lehčího až středně těžkého stupně. Jedinci s Downovým syndromem bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní a ulpívaví, avšak emocionálně dobře ladění a přizpůsobivý, nemívají větší výkyvy v chování ani prožívání. Učí se sice pomalu, ale dovedou své schopnosti využít. V dospělosti jsou obvykle schopni pracovat pod dohledem a vedením. (28)

### **Léčba a péče o mentálně postižené**

Obecně platí, že mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit. Veškeré terapeutické metody tudíž slouží k podpoře přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí, v němž žijí, včetně rodiny.

- Farmakoterapie – je jen podpůrnou a doplňkovou léčbou, která se používá např. ke korekci poruch chování či zlepšení koncentrace pozornosti. Stimulační léčba není považována za vhodnou, protože aktivizuje i negativní projevy, jako je neklid a agresivita



- Psychoterapie - u mentálně postižených má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj dovedností nebo návyků. V případě lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování, resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (daným obvykle také nápadnostmi jejich celkového projevu).
- Práce s rodinou – je velmi důležitá, protože rodiče i sourozenci mentálně postiženého dítěte prožívají tuto situaci jako stresovou a mnohdy potřebují pomoc, aby se s ní vyrovnali. K tomuto účelu lze použít rodinnou psychoterapii. Užitečné jsou i svépomocné skupiny rodičů mentálně postižených dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v poskytnutí opory, navození pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i získání užitečných informací a zkušeností.
- Socioterapie – pomáhá při začleňování mentálně postiženého jedince do společnosti (např. při hledání vhodného zaměstnání) a poskytuje pomoc jeho rodině, aby byla schopna plnit své úkoly. Tato podpora může mít různý charakter, může jít o sociální dávky, pomoc osobního asistenta, zařazení a dopravu do denního stacionáře apod.
- Speciálně-pedagogická pomoc – poskytují ji již v raném věku centra rané péče, speciálně-pedagogická centra, denní stacionáře i speciální školy a instituce (jako je např. ústav sociální péče). Jejich hlavním úkolem je podpora dosažitelného rozvoje mentálně postiženého. (28)

#### **1.2.1.4 KOMBINOVANÁ POSTIŽENÍ**

Jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích. Je současně narušeno několik funkcí (systémů). Většinou se jedná o kombinaci DMO s dalšími onemocněními. Velkou roli zde hraje vlastní kombinace postižení a také to, které postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Etiologie kombinovaných vad je velice rozmanitá, příčiny lze nalézt ve všech etapách života. Nejtěžší případy mají obvykle příčiny v prenatálním stádiu vývoje. Jedná se o genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, mechanické

poškození, ale i psychologické faktory, traumata a další. (19)

### **1.2.1.5 POSTIŽENÍ S VNITŘNÍMI CHOROBAMI**

Tyto choroby se někdy označují také jako nemoci civilizační. Patří sem srdeční onemocnění, těžké alergie, astma, selhávání ledvin, kolostomie, ileostomie, onkologická onemocnění, kožní, imunogenní, metabolické poruchy a další závažná onemocnění. Tato chronická onemocnění výrazně jedince znevýhodňují. Zejména u dětí komplikují jejich celkový vývoj a socializační proces, což má vliv i na jejich integraci do společnosti. (5)

## **1.3. SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE**

V této kapitole bych se ráda zabývala, jakým způsobem jsou sociální služby v České republice poskytovány. MPSV definuje sociální služby podle zákona číslo 108/2006 Sb.: „*jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ (35)

Sociální služby jsou poskytovány na smluvním základě, kde účastníci (poskytovatel a zájemce o službu) vyjednávají podmínky poskytnutí služby. Zájemce o službu smlouvu uzavírá dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem za podmínek, na nichž se obě strany shodnou. Sama smlouva se obecně řídí občanským zákoníkem, tedy právní normou, pro kterou je typická právě rovnost účastníků právního vztahu. (2)

### **1.3.1 Zákon o sociálních službách**

Změny v oblasti sociálních služeb nastaly přijetím nového zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl své účinnosti dnem 1. 1. 2007. Společně s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., O životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi) došlo k výrazné změně v systému sociální pomoci, na kterou se čekalo od revoluce v roce 1989. Koncepce sociálních služeb

začala být směřována především k zabezpečení ochrany základních práv lidí, kteří se dostali často bez vlastního zapříčinění do nepříznivé životní situace, kterou mnohdy z důvodu svého handicapu nejsou schopni sami vyřešit. Zákon vytváří podmínky: „*pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.*“ (35)

Matoušek (2007) uvádí, že sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, které si kladou za cíl zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. (14)

Ustanovení §2 ze zákona číslo 108/2006 Sb., stanoví základní zásady poskytování sociálních služeb: „*každá osoba má nárok a bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.*“ (35)

Na základě výše zmíněných základních zásad zákona lze podle Matouška vyčíst charakteristiky nového systému sociálních služeb. Jedná se o následující znaky:

- Základní je poskytnout odpovídající informace osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, tak aby ji mohla řešit v první řadě sama a vlastním přičiněním.
- Teprve poté jsou-li tyto informace nedostačující, nastupují sociální služby.

- Sociální služby by měly odpovídat potřebám konkrétního jedince.
- Sociální služby mají především aktivační charakter, tzn., že podporují samostatnost klientů a předchází delšímu trvání nepříznivé situace.
- Kvalita sociálních služeb vychází ze souvislosti respektováním lidských práv a základních svobod. (14)

Zákon o sociálních službách definuje tři druhy služeb:

**Sociální poradenství** – sociální poradenství zahrnuje *základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství*. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. (35)

**Služby sociální péče** – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotních zařízeních ústavní péče. (35)

**Služby sociální prevence** – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života

vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostřední a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi služby sociální prevence zákon zahrnuje ranou péči, telefonickou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. (35)

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování. Zákon č. 10/2006 Sb., O sociálních službách upravuje formy poskytování sociálních služeb v § 33 takto:

- *pobytové* – pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (35) a jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale patří sem také např. chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší. (36)
- *ambulantní* – ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování (35) Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách apod. (36)
- *terénní* – terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (35), jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný

čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež. (36)

Zákonem o sociálních službách jsou vymezeny činnosti, které jsou u jednotlivých druhů služeb různě kombinovány tak, aby byl naplněn cíl, poslání a charakter služby, jedná se o tzv. **základní činnosti při poskytování sociálních služeb**, kterými jsou: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. (36)

### ***Úhrada sociálních služeb***

Sociální služby jsou poskytovány buď bezplatně, částečně se hradí, nebo si je klient hradí v celé výši. (14)

Zákon také stanovuje, které sociální služby jsou poskytovány bezplatně. Bez úhrady jsou poskytovány následující služby, jedná se o služby sociální prevence :

- sociální poradenství
- raná péče
- telefonická krizová pomoc
- tlumočnické služby
- krizová pomoc
- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- terénní programy
- sociální rehabilitace
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež
- služby sociálně terapeutických dílen
- sociální služby intervenčních center

Všechny ostatní poskytované služby jsou poskytovány buď za částečnou či plnou úhradu. Výši úhrady vyjádřenou v procentech dále stanovuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění a vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb. v platném znění.

### **1.3.2 Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění, které jsou určeny především cílovou skupinou seniorů a osob se zdravotním postižením.

**Sociální poradenství** – sociální poradenství zahrnuje *základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství*.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Součástí odborného poradenství je půjčování kompenzačních pomůcek. (35)

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

zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. (35)

Mezi ambulantní, terénní nebo pobytové formy služeb sociální péče , které jsou určeny pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením, lze zařadit následující služby:

- § 39 Osobní asistence – je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. (35)
- § 40 Pečovatelská služba – je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. (35)
- § 41 Tísňová péče – je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopnosti. (35)
- §42 Průvodcovské a předčitatelské služby – jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb. (35)
- § 44 Odlehčovací služby – jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.



- § 45 Centra denních služeb – poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (35)
- § 46 Denní stacionáře – poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (35)
- § 47 Týdenní stacionáře – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (35)

Mezi pobytové služby sociální péče, které jsou určeny především **pro seniory**, lze zařadit následující služby:

- § 49 Domovy pro seniory – zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (35)
- § 50 Domovy se zvláštním režimem – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (35)

Mezi terénní a pobytové služby sociální péče, určené pouze **pro osoby se zdravotním postižením**, lze zařadit následující služby:

- § 43 Podpora samostatného bydlení – je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace

vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (35)

- § 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (35)
- § 51 Chráněné bydlení – je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinovou, popřípadě individuálního bydlení. (35)

**Služby sociální prevence** – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostřední a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Mezi služby sociální prevence, které mohou využívat **senioři nebo osoby se zdravotním postižením**, lze zařadit následující služby:

- §55 Telefonická krizová pomoc – je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. (35)
- § 60 Krizová pomoc – je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svou nepříznivou sociální situaci vlastními silami. (35)
- § 66 Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením –

jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. (35)

Mezi služby sociální prevence, které jsou určeny především pro osoby se zdravotním postižením, lze zařadit následující služby:

- § 54 Raná péče – je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřená na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (35)
- § 56 Tlumočnické služby – jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. (35)
- § 67 Sociálně terapeutické dílny – jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. (35)
- § 70 Sociální rehabilitace – je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajících zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (35)

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

O této konkrétní sociální službě pojednává zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, v § 66. Služba je poskytována buď jako ambulantní, popřípadě terénní sociální služba seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, u kterých hrozí sociální vyloučení. (35)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením by měly právě těmto osobám pomoci navázat nové kontakty s lidmi s podobným postižením nebo s podobným osudem. Měly by také napomáhat k rozšíření každodenních aktivit o smysluplnou náplň v podobě různých volnočasových, kulturních akcí. V rámci této služby mají klienti možnost rozvíjet své zájmy a také se zapojovat do společnosti. (12)

Služba nabízí tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí. (35)

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

Základní činnosti při poskytování sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity,
- b) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
  1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
  2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí. (

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat možnosti a využívání sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji. Závěry z výzkumné části bakalářské práce mohou být podkladem pro zpracování komunitních plánů sociálních služeb obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji a Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### Hlavní výzkumná otázka:

Jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji kapacitně vyhovující?

#### Dílčí otázky:

1. Probíhají sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením současně s jinými sociálními službami?
2. Jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením určeny zejména pro seniory?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použitá metodika**

Teoretická část mé bakalářské práce byla zpracována pomocí obsahové analýzy relevantních dokumentů.

Pro výzkumnou část jsem použila kvalitativní výzkum. Výzkum byl uskutečněn prostřednictvím metody dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Tato technika se vyznačuje tím, že umožňuje výzkumníkovi částečně modifikovat otázky v průběhu rozhovoru a pořadí otázek není předem striktně stanoveno, v případě potřeby lze rovněž klást doplňující otázky. Tazatel musí mít předem připraveny pouze okruhy otázek. (22) Výhodou této techniky je, že kombinuje prvky jak strukturovaného, tak nestrukturovaného rozhovoru, a jeví se tak jako ideální nástroj pro kvalitativní výzkum. (15)

Jako další zdroj sloužil Registr poskytovatelů sociálních služeb spravovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Zde byla použita obsahová analýza dat.

### **3.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvoří 11 zařízení v Jihočeském kraji, která poskytují sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s postižením. Zařízení byla vybírána podle Registru poskytovatelů sociálních služeb spravovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí v ČR. Rozhovor poskytli sociální pracovníci, popřípadě pracovníci v sociálních službách, kteří mají SAS na starosti.

Předtím, než k rozhovorům došlo, jsem všechny seznámila s tím, za jakým účelem rozhovory provádím. Stejně tak jsem všechny ujistila, že informace, které získám, budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Rozhovory se uskutečnily na přelomu března a dubna roku 2013. Od dotazovaných jsem se snažila získat veškeré informace, týkající se zařízení, které poskytují SAS. Rozhovory s pracovníky ze zařízení mimo České Budějovice, se uskutečnily telefonicky.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Obecné údaje o zařízení poskytující SAS

Výzkumu se zúčastnilo 11 zařízení, která poskytují SAS v Jihočeském kraji. Pro větší přehlednost jsou informace, které jsem získala, zpracované do tabulky.

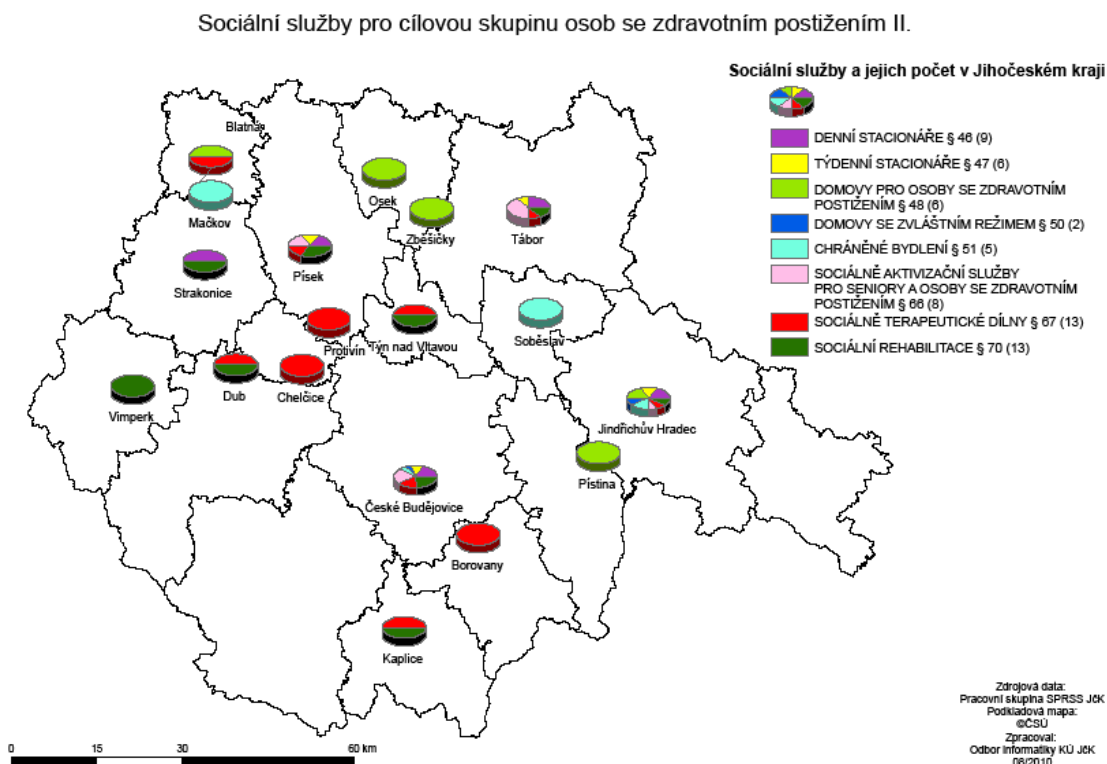
**Tabulka 1: Místo, kde je SAS poskytována**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>SÍDLO ZAŘÍZENÍ A ÚZEMÍ, KDE SLUŽBY ZAJIŠŤUJÍ</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s.</b>	Temelín, Týn nad Vltavou
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Jindřichův Hradec
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Písek
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Tábor
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	České Budějovice
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých ČR</b>	České Budějovice
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Tábor
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	České Budějovice
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Tábor, Jihočeský kraj
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	České Budějovice
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Písek

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle tabulky 1 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením realizují poskytovatelé sociálních služeb na území pěti SO ORP v JČK – České Budějovice, Jindřichův Hradec, Tábor, Písek a Týn nad Vltavou. Ostatních deset SO ORP (Blatná, Dačice, Kaplice, Milevsko, Soběslav, Trhové Sviny, Prachatice, Strakonice, Třeboň, Vimperk) nemá na svém území k dispozici tuto službu.

**Mapa 1: Sociální služby v Jihočeském kraji**

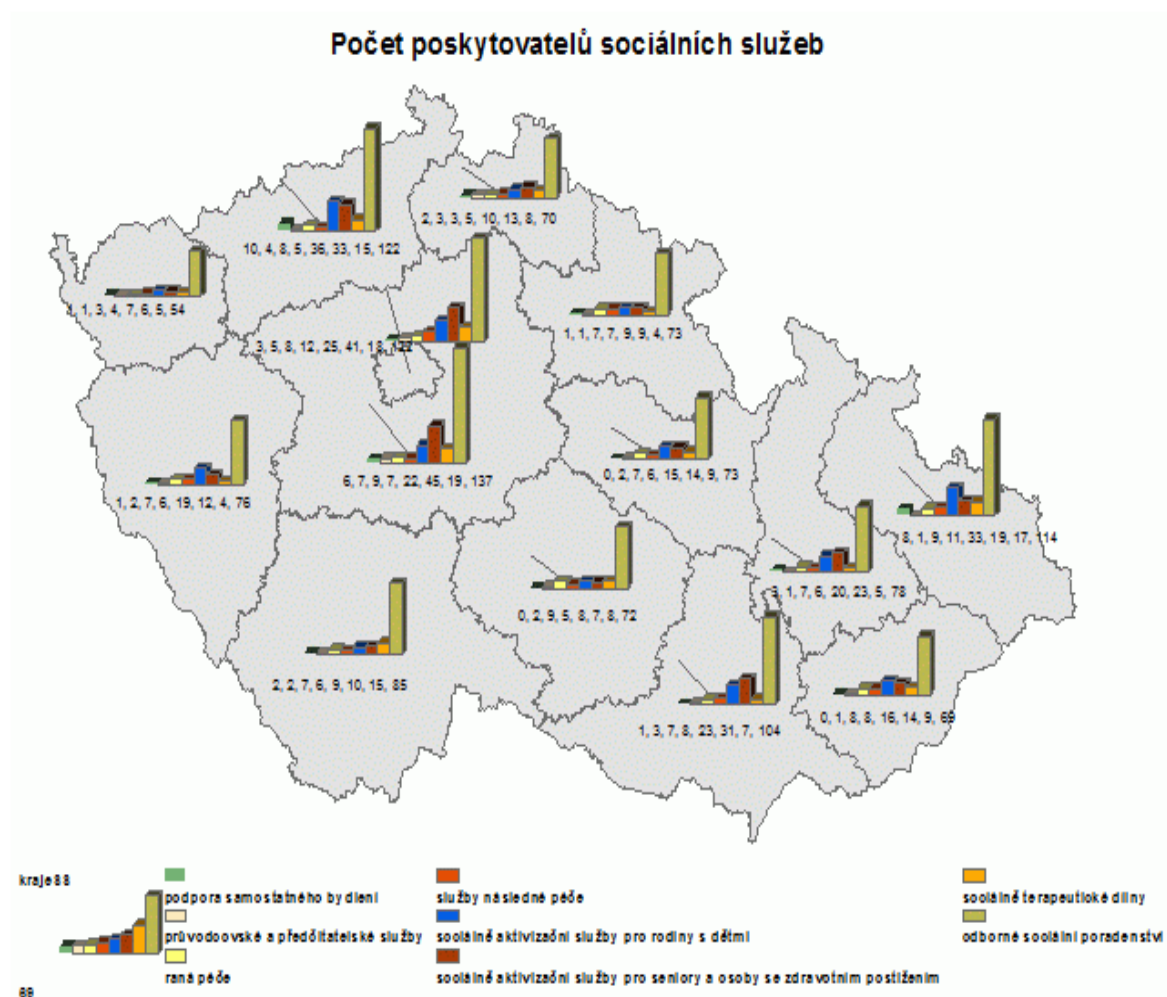


Zdroj: ČSÚ 2010

Na mapě 1 můžeme vidět rozložení vybraných sociálních služeb v Jihočeském kraji v roce 2010. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou vyznačeny růžovou barvou. V roce 2010 byly služby SAS poskytovány pouze na území 4 SO ORP: České Budějovice, Jindřichův Hradec, Tábor a Písek.



**Mapa 2: Počty vybraných poskytovatelů sociálních služeb v ČR**



Zdroj: MPSV ČR, 2010

Na mapě 2 jsou zobrazeny počty vybraných poskytovatelů sociálních služeb v ČR. V Jihočeském kraji je v roce 2010 registrováno celkem deset poskytovatelů sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

**Tabulka 2: Složení obyvatelstva v jednotlivých krajích ČR**

ÚZEMNÍ JEDNOTKA	STAV K 31.12.2011
Hl. město Praha	1 241 273
Středočeský kraj	1 279 128

<b>Jihočeský kraj</b>	639 099
<b>Plzeňský kraj</b>	571 644
<b>Karlovarský kraj</b>	303 107
<b>Ústecký kraj</b>	827 992
<b>Liberecký kraj</b>	438 558
<b>Královehradecký kraj</b>	553 805
<b>Pardubický kraj</b>	516 378
<b>Kraj Vysočina</b>	511 925
<b>Jihomoravský kraj</b>	1 166 179
<b>Olomoucký kraj</b>	638 591
<b>Zlínský kraj</b>	588 990
<b>Moravskoslezský kraj</b>	1 230 534

Zdroj: ČSÚ 2011

V tabulce 3 jsou počty uvedeny počty obyvatel v jednotlivých krajích ČR. Podobné složení obyvatel jako Jihočeský kraj má Olomoucký kraj.

**Tabulka 3: Délka poskytování SAS**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>OD JAKÉHO ROKU POSKYTUJETE SAS?</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	Od 1.7.2011
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Od 1.1.2007
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Od 1.1.2012
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Od 1.7.2007

<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Od 3.10.2008
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Od roku 2007
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Od 1.9.2009
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Od 1.7.2009
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Od 1.2.2010
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Od roku 2007
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Od 1.1.2007

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 3 vyplývá, že celkem 5 5 poskytovatelů SAS ( Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a MESADA, občanské sdružení) poskytují své služby již od nabytí platnosti zákona č. 108/2006 Sb. Mezi nejnovější poskytovatele SAS v Jihočeském kraji patří Pečovatelská služba a jesle města Písku, která poskytuje SAS teprve od roku 2012.

## 4.2 Obecné údaje o uživateli

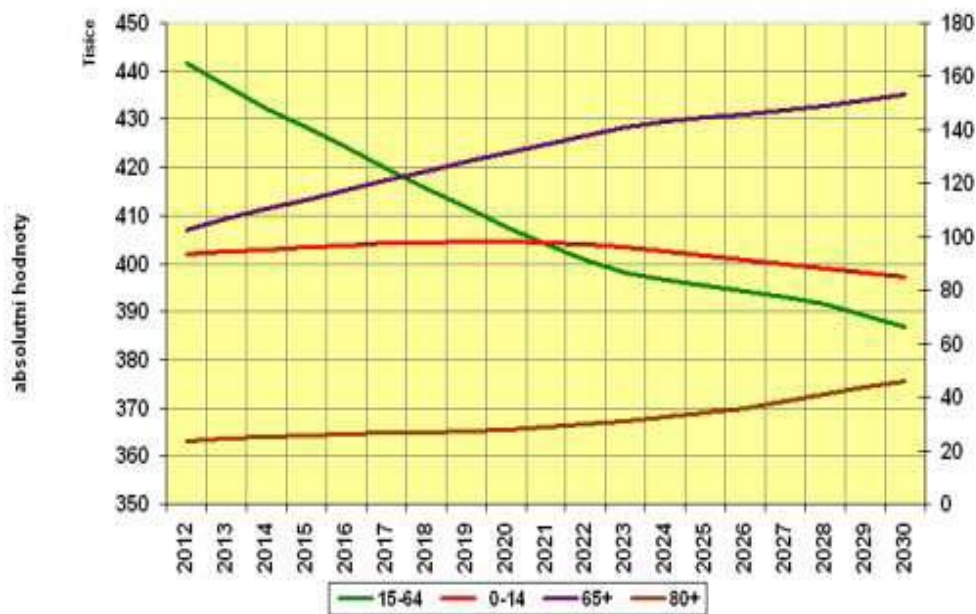
Tabulka 4: Cílová skupina uživatelů SAS

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	CÍLOVÁ SKUPINA
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	<b>Senioři</b>
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Osoby s tělesným postižením Osoby se sluchovým postižením Osoby se zdravotním postižením Osoby se zrakovým postižením <b>Senioři</b>
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Osoby s chronickým onemocněním Osoby se zdravotním postižením <b>Senioři</b>
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Dorost Dospělí <b>Senioři</b>
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Osoby se zdravotním postižením <b>Senioři</b>
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Osoby s kombinovaným postižením <b>Senioři</b>
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Dorost Dospělí Senioři
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	<b>Senioři</b>
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	<b>Děti</b> <b>Dorost</b> Dospělí Senioři
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	<b>Děti</b> <b>Dorost</b> Dospělí Senioři
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Osoby s kombinovaným postižením Osoby se zdravotním postižením Osoby se zrakovým postižením Osoby s mentálním postižením Osoby s tělesným postižením Osoby se sluchovým postižením <b>Rodiny s dětmi</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 jsou uvedeni cílové skupiny uživatelů, které SAS u poskytovatelů v Jihočeském kraji využívají. Převažující sílová skupina uvedená poskytovateli je zvýrazněná. Nejčastěji se mezi cílovými skupinami objevují senioři. Pouze u jednoho poskytovatele - Asociaci rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, nebyli uvedeni mezi cílovou skupinou. Zde jsou SAS určeny pro rodiny s dětmi, osoby se sluchovým postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby s mentálním postižením a osoby s tělesným postižením.

**Graf 1: Prognóza vývoje obyvatel v rámci věkových kohort – Jihočeský kraj (absolutní hodnoty)**



Zdroj: ČSÚ, 2007-2011

Křivky v grafu 1 ilustrují nárůst populace starší 65 let a pokles populace mladší.

**Tabulka 5: Počty uživatelů využívající SAS a jejich věková struktura?**

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	POČET UŽIVATELŮ	VĚKOVÉ ROZMEZÍ	POČET SENIORŮ
<b>Domovy KLAS, o.p.s.</b>	15	Od 60 let	15
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	45	Od 19 let	36
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	100	50 – 90 let	95
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	30	Od 16 let	24
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	29	Od 18 let	24
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	100	neomezené	70
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	23	Od 16 let	4
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	15	Od 60 let	15
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	125	neomezené	5
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	30	neomezené	15
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	50	3 – 40 let	0
<b>Celkem</b>	562	3-90 let	303

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 je uvedeno kolik uživatelů zařízení navštěvuje celkem, jaká je jejich věková struktura a počet seniorů z celkového počtu uživatelů. Domovy KLAS, o.s. a Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace využívá 15 uživatelů ve věkovém rozmezí od 60 let. Mezi 23 – 30 uživateli uvádí 3 poskytovatelé: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, KONÍČEK, občanské sdružení

a Sdružení postižené dítě, o.s. Věkové rozmezí je od 16 let, ve Sdružení postižené dítě, o.s. neomezené. Organizace MESADA, občanské sdružení a Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček navštěvuje 45 - 50 uživatelů. Zbývá tři zařízení uvádí počty uživatelů v rozmezí 100 – 125 uživatelů. Celkem využívá SAS 562 uživatelů, z toho 303 je seniorů.

### 4.3 Obecné údaje o pracovnících

**Tabulka 6: Personální zajištění SAS**

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	POČET PRACOVNÍKŮ	PRACOVNÍ ÚVAZEK
<b>Domovy KLAS, o.p.s.</b>	Sociální pracovník 2 pracovníci v sociálních službách	0,08 0,3
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Sociální pracovnice (vedoucí pobočky) Pracovník v sociálních službách Sociální pracovník	0,0625 1 0,25
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Sociální pracovnice Pracovník v sociálních službách	1 1
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Sociální pracovník	0,5
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Vedoucí služby Sociální pracovník Pracovník v sociálních službách	0,2 0,75 0,5
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Sociální pracovník Pracovník v sociálních službách	0,4 0,5
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Vedoucí pracovník Sociální pracovník 2 pracovníci v sociálních službách	0,125 0,175 0,6 a 0,8
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	2 sociální pracovnice 2 výchovné nepedagogické pracovnice	Dohromady 1 0,5
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Sociální pracovník Pracovník v sociálních	1 0,5

	službách	
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Sociální pracovník	0,5
	2 zaměstnanci v přímé péči	0,5
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Sociální pracovník	0,5
	2 pracovníci sociálních služeb	0,5
	Pedagog volného času	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 6 vyplývá, že ve všech zařízeních SAS pracuje minimálně jeden sociální pracovník a 1 pracovník v sociálních službách. Jedinou výjimku tvoří Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, kde byl v rozhovoru uveden pouze sociální pracovník. V druhé, sloupcí tabulky jsou uvedeny pracovní úvazky, které jsou ve většině případů zkrácené.

**Tabulka 7: Počet pracovníků a průměrný počet uživatelů na jeden pracovní úvazek**

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	CELKEM PRACOVNÍKŮ	ÚVAZEK	POČET UŽIVATELŮ	POČET UŽIVATELŮ NA 1 PRACOVNÍ ÚVAZEK
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	3	0,68	15	22
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	3	1,3125	45	34
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	2	2	100	50
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	1	0,5	30	60



<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	3	1,45	29	20
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	2	0,9	100	111
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	4	1,7	23	14
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	4	2	15	8
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	2	1,5	125	83
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	3	1,5	30	20
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	4	2,5	50	20

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7 zachycuje počet pracovníků v jednotlivých zařízeních a jejich celkový úvazek v SAS. Dále obsahuje přepočtený počet uživatelů na jeden pracovní úvazek. Největší počet uživatelů na 1 pracovní úvazek připadá u Svazu neslyšících a nedoslýchavých v ČR – 111 uživatelů. Naopak nejmenší přepočtený počet uživatelů na 1 pracovní úvazek – 8 uživatelů připadá na Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace.

#### 4.4 Informace o činnostech

**Tabulka 8: Přehled nejčastějších činností, které SAS uživatelům nabízí**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>ČINNOSTI</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	Kino, výlety
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Výlety, koncerty
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Trénování paměti, počítače a cvičení
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Zdravotní procházky, návštěvy divadel, koncertů, vernisáží a výstav, různé exkurze. Ze sociálně-terapeutických programů jsou to kurzy keramiky, pedigu
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Muzikoterapie, dramaterapie, práce s počítačem, zooterapie, výlety
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Tlumočnické služby pro sluchově postižené, kurzy znakového jazyka pro veřejnost, poradenské centrum pro sluchově postižené, informace o kompenzačních pomůckách, sociálněprávní poradenství, členství v organizaci nedoslýchavých, členství v Pražském spolku neslyšících, pomoc při jednání na úřadech
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Plavání v malém bazénu, hipoterapie, hudebně pohybová výchova, ozdravné a rehabilitační pobyty, výlety
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Pedikúra, regenerační péče, výlety, přednášky
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Terapeutická činnost – nácviky sociálních dovedností, individuální terapie, terapie problémového chování, konzultace, individuální nácviky dle IVP, poradenství – sociální poradenství

<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Plavání
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Keramický kroužek, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle tabulky 8 patří mezi nejčastější nabízené činnosti plavání a to v zařízení KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér a Sdružení postižené dítě, o.s. Dále zmiňované jsou terapie – arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie a zooterapie (zejména hipoterapie).

**Tabulka 9: Nabídka dalších registrovaných služeb**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>DALŠÍ REGISTROVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	-
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Osobní asistence Sociální rehabilitace
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Odlehčovací služby Osobní asistence Sociální rehabilitace
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Odborné sociální poradenství
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Odborné sociální poradenství Sociální rehabilitace
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Odborné sociální poradenství
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	-
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Domov pro seniory Odlehčovací služby Pečovatelská služba
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Odlehčovací služby
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	-
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Odborné sociální poradenství

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 9 jsou uvedeny další sociální služby, které zařízení poskytují současně se SAS. Jednou z nejčastějších je Odborné sociální poradenství, které uvedly Asociace

rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a KONÍČEK, občanské sdružení. V dalších zařízeních probíhají Odlehčovací služby, Sociální rehabilitace, Domov pro seniory, Pečovatelská služba a Osobní asistence. Tři zařízení mají registrovanou pouze SAS – KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér, Domovy KLAS, o.p.s a Sdružení postižené dítě, o.s.

**Tabulka 10 Forma poskytování SAS**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>FORMA POSKYTOVÁNÍ SAS</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	Ambulantní
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Ambulantní
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Ambulantní
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Ambulantní i terénní
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Ambulantní
<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Ambulantní i terénní
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Ambulantní
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Ambulantní
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Ambulantní i terénní
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Ambulantní
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Ambulantní i terénní

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 10 obsahuje formy poskytování sociálních služeb jednotlivých SAS. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s., Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR a Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR poskytují SAS ambulantní i terénní formou. Zbývající organizace nabízí pouze ambulantní formu poskytování SAS.

**Tabulka 11: Způsoby šíření informací o nabízených službách SAS**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>ZPŮSOBY ŠÍŘENÍ INFORMACÍ</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s</b>	Internetové stránky, letáky
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Internetové stránky, od známých, letáky
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Noviny, internet, od známých
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Internet, katalog poskytovatelů sociálních služeb, od známých
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Od známých, letáky, internet
<b>Swaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Internet, letáky, od známých
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Letáky, průvodce sociálními službami
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Internetové stránky, letáky, od známých
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Internetové stránky, letáky
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Internetové stránky, od známých, letáky
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Od známých, internet

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 11 jsou uvedeny informační zdroje, díky kterým se uživatelé dozvěděli o organizacích, které mají zaregistrovanou SAS. Mezi nejčastěji využívané zdroje patří internetové stránky, informace od známých a letáky.

**Tabulka 12: Kapacita služby SAS**

<b>NÁZEV ZAŘÍZENÍ</b>	<b>POČET NEUSPOKOJENÝCH ZÁJEMCŮ O SLUŽBU SAS</b>
<b>Domovy KLAS, o.p.s.</b>	Ne
<b>MESADA, občanské sdružení</b>	Ne
<b>Pečovatelská služba a jesle města Písku</b>	Ne
<b>Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR</b>	Ne
<b>KONÍČEK, občanské sdružení</b>	Ne

<b>Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR</b>	Ne
<b>Sdružení postižené dítě, o.s.</b>	Ne
<b>Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace</b>	Ne
<b>Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s.</b>	Ne
<b>KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér</b>	Ne
<b>Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček</b>	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 12 je patrné, že všechna zařízení jsou schopna uspokojit veškeré zájemce o službu.

## 5 DISKUZE

V první části výzkumu se zabývám obecnými údaji o zařízeních, které poskytují SAS. V tabulce 1 a tabulce 2 jsem zjišťovala, v jakém roce byly služby SAS registrovány a na kterých územích Jihočeského kraje poskytují SAS své služby.

SAS jsou poskytovány v Jihočeském kraji na území 5 SO ORP, jsou to: České Budějovice, Tábor, Písek, Jindřichův Hradec a Týn nad Vltavou. Na ostatních 10 SO ORP (Blatná, Dačice, Kaplice, Milevsko, Soběslav, Trhové Sviny, Prachatice, Strakonice, Třeboň, Vimperk) SAS nejsou poskytovány. V mapě 1 jsou zachyceny i jiné sociální služby, které v rámci svých služeb poskytují některé stejné základní činnosti jako SAS a jsou zařazeny také mezi služby sociální prevence. Jako příklad lze uvést Týn nad Vltavou, Prachatice a Kaplice poskytující služby Sociálně terapeutické dílny a služby Sociální rehabilitace.

Důležitým principem systému sociálních služeb je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob. Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7% populace České republiky. Síť sociálních služeb není na území JčK a ČR zcela rovnoměrná, což dokládá i mapa 1, která zobrazuje síť vybraných sociálních služeb na území JčK v roce 2010. Služby jsou lépe dostupné v městských aglomeracích. Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacitních možností poskytovatelů a cílů veřejné správy. Plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv. Zákonem o sociálních službách je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat uživatelé služeb, poskytovatelé služeb a obce. (36)

Dále jsem zjišťovala, jak je na tom s poskytováním SAS Jihočeský kraj v porovnání s celou Českou republikou. Na mapě 2 je zachyceno deset zařízení, které v roce 2010 poskytovaly SAS. Pro porovnání s jinými kraji v ČR, jsem použila tabulku

2, kde je uvedené složení obyvatelstva v jednotlivých krajích ČR. Zde jsem zjistila, že podobné složení obyvatelstva je v Olomouckém kraji, který jsem si vybrala na porovnání s Jihočeským krajem. Olomoucký kraj je na mapě 2 zobrazen jako druhý zprava a v roce 2010 měl 23 organizací, které poskytovaly SAS.. V porovnání s jihočeským krajem je to dvakrát více. Na rozložení sociálních služeb v ČR má vliv mnoho faktorů, jak zmiňují Víšek s Průšou, kteří ve své publikaci uvádějí, že systém sociálních služeb a celého sociálního systému navzájem ovlivňuje několik složek, které na sebe vzájemně působí, propojují se nebo mají i zpětnou vazbu. Jejich význam se v jednotlivých krajích či regionech mění podle historických událostí. Mluvíme především o následujících třech faktorech - demografický vývoj, ekonomické a sociální faktory a společensko-politické podmínky, včetně mezinárodních aspektů. (32)

V tabulce 3 jsem zjišťovala, od jakého roku jsou poskytovány SAS v Jihočeském kraji. Celkem 5 poskytovatelů (Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a MESADA, občanské sdružení) poskytují své služby již od nabytí platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tzn. od roku 2007. Mezi nejnovější poskytovatele SAS v Jihočeském kraji patří Pečovatelská služba a jesle města Písku, která začala poskytovat SAS až od roku 2012. I přes nepříznivé podmínky financování sociálních služeb, můžeme vnímat jako pozitivní, že tyto služby byly registrovány. Lze tedy usuzovat, že tato služba je potřebná.

Ve druhé části výzkumu jsem zjišťovala údaje o uživateli, kteří navštěvují SAS. V tabulce 4 jsou uvedeni uživatelé, kteří SAS v Jihočeském kraji využívají. Nejčastěji se mezi cílovými skupinami objevovali senioři. Svobodová ve svém článku popisuje demografické stárnutí jako proces, kdy se postupně mění věkové složení obyvatelstva tak, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let. Za hlavní příčinu označuje časté dožívání se vyššího či vysoké věku. Důsledky



demografického stárnutí zasahují do celého systému sociální politiky. Udržitelnost a schopnost financovat důchodový systém, růst nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči patří mezi největší problémy, které s sebou demografické stárnutí nese. (25)

Pouze u jednoho poskytovatele - Asociaci rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, nebyli senioři uvedeni mezi cílovou skupinou. Cílová skupina děti, dorost a dospělí využívají SAS v organizacích Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s. a Kontakt bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér. Cílová skupina dorost a dospělí je převažující i u Sdružení postižené dítě, o.s. a Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR. Cílová skupina osob se sluchovým, zdravotním, tělesným a zrakovým postižením má své zastoupení u dvou poskytovatelů SAS: MESADA, občanské sdružení a Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček (do tohoto zařízení spadá i cílová skupina osob s kombinovaným postižením). Osoby s kombinovaným postižením jsou cílovou skupinou i pro Svaz slyšících a nedoslýchavých v ČR. Jediné zařízení zahrnuje cílovou skupinu osob s chronickým onemocněním – Pečovatelství služby a jesle města Písku. Celkem využívá SAS 562 uživatelů, z toho 303 seniorů.

Závěrem lze říci, že cílové skupiny u SAS jsem velmi rozmanitou sociální službou, z hlediska cílové skupiny a věkové struktury.

V této části výzkumu jsem si i zodpověděla dílčí otázku, která zněla: „*Jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením určeny zejména pro seniory?*“

V tabulce 5 je uvedeno, kolik uživatelů zařízení navštěvuje a jaká je jejich věková struktura. Domovy KLAS, o.s. a Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace využívá 15 uživatelů ve věkovém rozmezí od 60 let. Mezi 23 – 30 uživateli mají Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, KONÍČEK, občanské sdružení a Sdružení postižené dítě, o.s. Věkové rozmezí je od 16 let, ve Sdružení postižené dítě, o.s. neomezené. Organizace MESADA, občanské sdružení a

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček navštěvuje 45 - 50 uživatelů. Zbývá tři zařízení mají 100 – 125 uživatelů.

Ve třetí části výzkumu zkoumám počet pracovníků SAS a jejich úvazky. V sociálních službách pracuje téměř 56 000 pracovníků (v přepočtu na celé pracovní úvazky). Pracovníci v sociálních službách reprezentují cca 1,2 % z celkového počtu 4 zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu je 39 000 pracovníků v přímé péči, což znamená, že zabezpečují službu v přímém kontaktu s klientem.

Počet pracovníků (celé úvazky) v letech 2008 až 2010:

rok 2008 - 54 652 úvazku , rok 2009 – 59 557 úvazku a rok 2010 – 55 986 úvazku. (36)

V sociálních službách z hlediska struktury pracovníků jednoznačně dominuje kategorie „pracovníci v sociálních službách“ – 46%, následuje kategorie tzv. „ostatních pracovníků“, což jsou především provozně technické profese a vedoucí pracovníci – 31%. Zdravotničtí pracovníci reprezentují 13% a sociální pracovníci pak 7,5%.

Z hlediska zastoupení pracovníků podle druhů služeb dominují pobytové služby sociální péče, tj. 65%. Dalším druhem sociální služby s výrazným zastoupením je pečovatelská služba, která zaměstnává 11% z celkového počtu pracovníků v sociálních službách. Ostatní druhy služeb pak reprezentují podíly v řádu jednotek procent. (36)

V mém výzkumu se potvrdilo, že v zařízeních, které poskytují SAS, převažují procentuálně sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách viz. tabulka 6

Podle zákona o č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, musí sociální pracovník a pracovník v sociálních službách splňovat předpoklady pro výkon profese podle paragrafu 116.

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně - právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (35).

Práce v sociálních službách je náročná a má vysoké požadavky na kvalifikaci pracovníka, vyžaduje i další vzdělávání pracovníků, jak je uvedeno v paragrafu 117 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Z rozhovoru s poskytovateli dále vyplynulo, že kromě sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách pracují v SAS i další pracovníci, kteří sice nepracují v přímé péči s uživateli, ale nejsou o nic méně důležití – ekonomka, účetní, ředitel, vedoucí sociálního úseku a další.

Sociální pracovnice z Centra sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace v rozhovoru uvedla: *„Počet pracovníků přesně nevím – v SAS jsou malými úvazky i uklízečka, vrátný, provozní, ekonomka, ředitel, vedoucí sociálního úseku... Sociální pracovnice jsou ale 2, výchovné nepedagogické pracovnice také 2. Dohromady jde zhruba o jeden úvazek.“*

Sociální pracovnice ze Sdružení postižené dítě, o.s. uvedla, i na kolik hodin jednotliví pracovníci v týdnu v SAS pracují: *„Máme 5 pracovníků; vedoucí pracovník 5 hodin týdně, sociální pracovník 7 hodin týdně, účetní 6 hodin týdně, pracovník v sociálních službách 32 hodin týdně + administrátor 4 hodiny týdně, pracovník v sociálních službách 24 hodin týdně + organizátor 1 hodina týdně.“*

V tabulce 7 jsem uvedla pracovníky v organizaci a jejich pracovní úvazky. Dále jsem spočítala, kolik uživatelů by vycházelo na jeden pracovní úvazek pracovníka v SS nebo sociálního pracovníka).

Na jeden pracovní úvazek mi vycházel počet uživatelů v rozmezí od 8 do 111 uživatelů. Předpokládám, že počet uživatelů na 1 úvazek souvisí s konkrétními činnostmi poskytovanými SAS. Větší počet uživatelů na 1 pracovní úvazek vyplývá pravděpodobně z nabídky sociálně terapeutických činností, které SAS převážně poskytuje – jedná se spíše o skupinové aktivity – výlety a terapie, jak je poukázáno v tabulce 8. Například KOŇÍČEK, občanské sdružení – muzikoterapie, dramaterapie apod. Na druhé straně některé poradenské služby vyžadují spíše individuální přístup a

jedná se spíše o jednorázovou aktivitu ( např. Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR - . sociálně právní poradenství, informace o kompenzačních pomůckách apod.)

Ve čtvrté části výzkumu se zabývám činnostmi, které SAS nabízí. Všechna zařízení poskytují základní činnosti, které jsou uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb. Jsou to: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání běžných činností. Podle tabulky 8 patří mezi nejvíce využívané činnosti patří plavání a to v zařízení KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér a Sdružení postižené dítě, o.s. Dále zmiňované jsou terapie – arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie a zooterapie (zejména hipoterapie).

Sdružení postižené dítě, o.s.: *„Poskytujeme zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – vše podle zákona. Největší zájem je o sociálně terapeutické činnosti (Plavání v malém bazénu, hipoterapie, hudebně pohybová výchova, ozdravné a rehabilitační pobyty, výlety).“*

V tabulce 9 jsou uvedeny další sociální služby, které zařízení poskytují současně se SAS. Jednou z nejčastěji uvedených je Odborné sociální poradenství, které uvedly Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a KONÍČEK, občanské sdružení. Další zařízeních nabízí současně i další návazné služby - Odlehčovací služby, Sociální rehabilitace, Domov pro seniory, Pečovatelská služba a Osobní asistence. Tři zařízení mají registrovanou pouze SAS – KONTAKT bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér, Domovy KLAS, o.p.s a Sdružení postižené dítě, o.s.

V této části jsem se mi potvrdila další dílčí otázka a to: *„Probíhají sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením současně s jinými sociálními službami?“*

Dílčí otázku jsem si zvolila proto, že jsem předpokládala, že SAS probíhají spíše v komplexu sociálních služeb, protože samostatné poskytování je finančně náročné. Odborné poradenství – má stejné základní činnosti jako SAS a to: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (35). Rozdíl je pouze v úkonech těchto dvou služeb . konkrétně u sociálně terapeutických činností, kdy u odborného poradenství jsou zaměřeny na poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání; Sociálně terapeutické činnosti u SAS vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Odpovědí na tuto dílčí otázku tedy je, že ve většině organizacích, které poskytují SAS v Jihočeském kraji, současně probíhají i další sociální služby.

V tabulce 10 je zpracováno, jakou formou SAS probíhá. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o.s. Klub Krteček, Asociace pomáhající lidem s autismem JČ, o.s., Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR a Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR poskytují SAS ambulantní i terénní formou. Většina organizací má pouze ambulantní formu.

Sociální pracovnice Sdružení postižené dítě, o.s. uvedla: *SAS probíhají ambulantní formou, scházíme se společně každý pracovní den od 13.00 – 18.00 hodin + probíhá nácvik praktických úkonů mimo tuto dobu (ve skupinkách nebo individuálně).*

Sociální pracovnice organizace KONÍČEK, občanské sdružení: *„SAS je poskytován ambulantní formou. Uživatelé většinou dochází samostatně do kanceláře, která je určena pro aktivitu.“*

Sociální pracovnice organizace Centra sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace: *„Praxe je taková, že, vzhledem k tomu, že jde o ambulantní typ*

*služby, klienti dochází do zařízení, na společenské aktivity z nabídky, popř. na individuální aktivity. Nabídka je na našich webových stránkách, kde si ji může každý zájemce prohlédnout.“*

Pracovnice v sociálních službách v zařízení Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR uvedla: *„SAS u nás probíhá jak ambulantní formou, tak i formou terénní. Bud' jsou SAS poskytovány ve společenské místnosti v organizaci nebo se odchází/odjíždí na různé akce ze střediska.“*

Další otázka je zpracována v tabulce 11. Zde se zabývám informačními zdroji, díky kterým se uživatelé dozvěděli o organizacích, které mají zaregistrovanou SAS. Mezi nejčastější patří internetové stránky, informace od známých a letáky. Mezi méně využívané patří Katalog poskytovatelů sociálních služeb.

Pro lidi se zdravotním postižením je mnohdy počítač a internet jediné spojení s ostatními lidmi ve společnosti. (26) Mohou zde proto i najít mnoho důležitých informací, jaké sociální služby mohou v jejich blízkém okolí navštěvovat.

V poslední části se zabývám hlavní výzkumnou otázkou: *„Jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji kapacitně vyhovující?“*

Pečovatelská služba a jesle města Písku: *„Jsme schopni uspokojit všechny, kromě zájemců o práci s počítačem, ti se zapisují do pořadníku. Důvodem je omezený počet klientů v jednom kurzu.“*

Z výzkumu tedy vyplynulo, že v současné době služby SAS jsou v Jihočeském kraji v dostatečné kapacitě.

Pokud je zjištěna ze strany uživatelů nebo poskytovatelů větší potřeba SAS, mělo by se to objevit v komunitních plánech nebo střednědobém plánu JČK. V SRPSS Jihočeského kraje na rok 2011-2013 není žádná potřeba rozvoje služby SAS zaznamenána. Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacitních

možností poskytovatelů a cílů veřejné správy. Plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv. Zákonem o sociálních službách je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat uživatelé služeb, poskytovatelé služeb a obce. (3)

## **6 ZÁVĚR**

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá pojmy, které souvisejí s problematikou seniorů a osob se zdravotním postižením. Dále je zde popis zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a přehled poskytovaných sociálních služeb. K vypracování byla použita obsahová analýza relevantních dokumentů.

V druhé části byl použit kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit hlavní výzkumnou otázku: Jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji kapacitně vyhovující? Dále byly stanoveny dvě dílčí otázky, které byly zodpovězeny během rozhovorů s pracovníky.

Kvalitativní výzkum byl uskutečněn metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo celkem 11 zařízení v Jihočeském kraji, které poskytují sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Rozhovor obsahoval 10 otázek. Cílem bylo zmapovat možnosti a využívání sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji.

Z výzkumu vyplynulo, že v současné době tyto služby kapacitně zcela vyhovují, ba naopak jsou ještě nevyužity. Demografická křivka seniorů a osob se zdravotním postižením však neustále stoupá a kapacita nebude stačit do nekonečna, proto by se měl zvýšit počet zařízení v Jihočeském kraji, která poskytují Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24s. ISBN 978-80-86991-21-4.
2. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby (Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb)*. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011. 223s. ISBN 978-80-2543-427-7.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství: Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDV PZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
4. HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
5. CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.
6. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
7. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: ZSF OU v Ostravě, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
9. JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie: určeno pro zdravotní sestry pracovně zaměřené na nemocné osoby vyššího věku*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.



10. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál 1997. 165s. ISBN 80-7178-147-9.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
12. MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
13. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
14. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 76 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
15. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
16. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
17. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
18. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
19. PÁNÍKOVÁ, A. *Integrace dětí s kombinovaným postižením*. České Budějovice, 2007. 62 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Jana Zierhutová.

20. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
21. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8.
22. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
23. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje: 2008 – 2010.1.vyd. České Budějovice: VŠERS, 2007. 138 s. ISBN 978-80-86708-48-5.
24. STUART, H. I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
25. SVOBODOVÁ, K. Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografické informační centrum*. [online] 2013-07-23.[cit. 2013-07-25]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: <  
[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)>.
26. ŠPINAR, D. *Tvoříme přístupné webové stránky: připraveno s ohledem na novelu Zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy*. 1.vyd. Brno: Zoner Press, 2004, 360 s. ISBN 80-868-1511-0.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu, Část 3, Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita. 78 s. ISBN 80-7083-210-8.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II., Dospělosti a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 9788024613185.

30. VALENTA, M., MÜLLER, O *Psychologie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2007. 40 – 43 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
31. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, s. 12. ISBN 978-80-247-2170-5.
32. VÍŠEK, P., L. PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012. s. 23. [cit. 2013-07-13]. Dostupné z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_343.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf)>.
33. VÍTKOVÁ, M. et al. *Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a speciální*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 2004, s. 463. ISBN 80-7315-071-9.
34. VOTAVA J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vyd.Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
35. Česko. MPSV ČR. Zákon 108/2006 Sb.: O sociálních službách [cit. 2013-06-28], dostupný z [www:http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)
36. Česko. MPSV ČR. *Analýza financování sociálních služeb*.
37. Česko. MPSV ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [online]. 2006. vyd. Praha, 2006 [cit.2013-07-13],dostupný [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v\\_505\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf)