

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Domácí péče na Trhvosvinensku

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Lucie Kavalíková, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

2012

Prohlášení o samostatném zpracování bakalářské práce a souhlas se zveřejněním práce

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111ú1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 23. 1. 2012

.....

Podpis studenta

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalovi Opatrnému, Dr. theol. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Úvod..... | 6 |
| 2 | Vymezení domácí péče..... | 7 |
| 2.1 | Definice domácí péče | 7 |
| 2.2 | Formy domácí péče..... | 7 |
| 2.3 | Poskytovatelé domácí péče | 8 |
| 2.4 | Cílové skupiny klientů | 9 |
| 3 | Význam domácí péče..... | 10 |
| 3.1 | Současné trendy ve zdravotnictví a sociální práci..... | 10 |
| 3.1.1 | Trendy ve zdravotnictví..... | 10 |
| 3.1.2 | Trendy v sociální práci..... | 11 |
| 3.2 | Domácí X ústavní péče: výhody, nevýhody | 14 |
| 3.3 | Důvody proč zavádět domácí péči: shrnutí..... | 17 |
| 4 | Dostupnost domácí péče..... | 19 |
| 5 | Domácí péče na Trhvosvinensku | 22 |
| 5.1 | Metodický postup..... | 23 |
| 5.1.1 | Předmět a cíl výzkumu | 23 |
| 5.1.2 | Vymezení pojmů pro účely výzkumu | 24 |
| 5.1.3 | Výzkumné hypotézy | 25 |
| 5.1.4 | Objekt zkoumání a vzorek..... | 26 |
| 5.1.5 | Techniky sběru dat..... | 27 |
| 5.1.6 | Metody vyhodnocování dat | 28 |
| 5.1.7 | Realizace výzkumu - harmonogram | 28 |
| 5.2 | Výsledky výzkumu..... | 29 |
| 5.2.1 | Sociální služby na Trhvosvinensku: výchozí analýza situace | 29 |
| 5.2.2 | Dostupnost domácí péče na Trhvosvinensku: dotazníkové šetření ... | 32 |
| 5.2.2.1 | Zjištěné výsledky dotazníkového šetření | 32 |
| 5.2.2.2 | Shrnutí výsledků dotazníkového šetření | 37 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------|-----------|
| 5.2.3 | Porovnání získaných výsledků | 38 |
| 6 | Závěr..... | 41 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 42 |
| 7.1 | Literatura..... | 42 |
| 7.2 | Jiné informační zdroje | 43 |
| 8 | Seznam zkratk..... | 46 |
| 9 | Seznam příloh..... | 47 |
| 10 | Přílohy..... | 48 |
| 11 | Abstrakt..... | 62 |
| 12 | Abstract..... | 63 |

1 ÚVOD

Myšlenka domácí péče - jakožto komplexní zdravotně sociální pomoci klientům v jejich domácím prostředí - získává poslední dobou v rámci sociální práce na významu. Fungující terénní služby umožňují lidem, kteří mají omezenou schopnost postarat se sami o sebe, žít co nejvíce podobně, jako kdyby omezení neměli. Existují ovšem regiony, kde je poskytování služeb domácí péče problémem, ať již z důvodů finančních, díky horší dopravní obslužnosti nebo postojům potencionálních uživatelů či jejich blízkých k využívání těchto služeb. Proto jsem se rozhodla bakalářskou práci zaměřit na toto téma.

Cílem práce je zmapovat a popsat dostupnost domácí péče v oblasti Trhvosvinenska. Jedná se o odlehlejší region a proto předpokládám, že možnost využít služeb domácí péče bude problematická. Monitoring je proveden na základě výchozí analýzy situace, uskutečněného dotazníkového šetření a závěrečného porovnání výsledků s výstupy z komunitního plánování, které mezitím v dané lokalitě proběhlo.

V první části práce se zaměřuji na teoretická východiska jako je stručné vymezení domácí péče, její význam a výhody, zvláště v porovnání s péčí ústavní a také na jeden z hlavních problémů, který současnou domácí péči provází - její dostupnost. Poté navazuji praktickou částí, zaměřenou na dostupnost domácí péče v konkrétní lokalitě Trhvosvinenska. Je zde popsán způsob realizace provedeného výzkumu a shrnuty zjištěné výsledky.

Při shromažďování informací jsem vycházela především z dostupných tištěných monografií zaměřujících se na příslušné téma, elektronických dokumentů (webové stránky poskytovatelů jednotlivých sociálních služeb) a také z Komunitního plánu sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny na období 2011-2015.

2 VYMEZENÍ DOMÁCÍ PÉČE

Vzhledem k možné rozsáhlosti tématu se v této kapitole omezím jen na základní vymezení domácí péče v kategoriích co (definice), jak (formy), kdo (poskyvatel) a komu (klienti).

2.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je komplexní zdravotně sociální pomoc poskytovaná klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí. WHO (1993) definuje domácí péči jako „jakoukoli formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech“, která zajišťuje fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby¹. Řada definic² zdůrazňuje 2 hlavní aspekty domácí péče - komplexnost (ve smyslu holistického přístupu k lidské bytosti) a fakt, že se jedná o pomoc v přirozeném domácím prostředí klienta nebo-li o terénní sociální práci. Dalšími atributy, jimiž lze domácí péči popsat, jsou – vysoce humánní, individualizovaná, lidská práva respektující, využívající zbytkový potenciál klientů a podporu komunity, začleňující rodinu do týmu, efektivní, ekonomická atd³. Základní filosofie domácí péče vychází z principu vazby (interakce) člověka s jeho prostředím. Primárně je zaměřena na kvalitu života a důstojnost klienta, nikoliv na léčbu nemoci⁴.

2.2 FORMY DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče tedy znamená ucelenou pomoc zdravotní a sociální, tvoří předěl mezi nimi. Pro domácí zdravotní péči je používán pojem *home care*, je zvláštní formou ambulantní péče a je poskytována na základě indikace ošetřujícím lékařem. Zahrnuje

¹ JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 60.

² Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 240. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 60. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*, str. 5.

³ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 242.

⁴ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 60.

péči ošetrovatelskou, rehabilitační, lékařskou, psychologickou atd. Domácí sociální péče (*home help*) je poskytována na základě sociální diagnózy a jedná se hlavně o služby poskytované pečovatelskou službou (pomoc při uspokojování denních potřeb, udržování chodu domácnosti, doprovod atd.)⁵. Domácí péči v České republice popisuje Jarošová jako model s převahou zdravotní péče (na rozdíl od většiny evropských zemí)⁶. Naproti tomu jiní autoři považují systém domácí péče v ČR za převažující pečovatelskou službu, která je doplněná o základní ošetrovatelské intervence. Oproti jiným geografickým oblastem (Afrika, Asie), jsou rodinní příslušníci spíše pasivní⁷. Podle rozsahu rozdělujeme domácí péči na základní (hygiena, výživa, transport, doprovod atd.), odbornou (odběr biologického materiálu, aplikace léků, převazy ran, rehabilitace atd.) a specializovanou (diagnostika, psychoterapie, poradenství atd.)⁸. Domácí péče může mít tyto formy – domácí hospitalizace (pooperační a pouřazové stavy), dlouhodobá domácí péče (chronicky nemocní), preventivní domácí péče (hlavně terciární prevence) či domácí hospicová péče (preterminální a terminální stadium života)⁹.

2.3 POSKYTOVATELÉ DOMÁCÍ PÉČE

V České republice se podílejí na poskytování domácí péče 2 hlavní sektory – formální (profesionálové) a neformální (rodina, přátelé, sousedé, dobrovolníci), v ideálním případě zkombinované. Do formálního sektoru spadají služby veřejné (stát), soukromé (komerční aktivity) a služby nestátních neziskových organizací¹⁰. Neformální pomoc má v domácí péči významné místo a klient a jeho rodina by měli být aktivními participanty a plnohodnotnými členy multidisciplinárního týmu poskytujícího domácí péči. Jarošová staví neformální péči do role stěžejního pilíře a základního kamene

⁵ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*, str. 5, 21.

⁶ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, str. 65.

⁷ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*. Str. 238.

⁸ Tamtéž, str. 247.

⁹ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*.

¹⁰ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 10.

domácí péče¹¹. Domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem (odborníci z více oborů) a měla by být koordinována v rámci obce nebo z dispečinku agentury domácí péče¹².

2.4 CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ

O poskytnutí domácí péči rozhoduje ošetřující lékař (či do 14 dnů od ukončení hospitalizace odborný lékař) na základě zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu sociálního prostředí klienta – tedy v případech, že klient žádá o úhradu nákladů na domácí péči zdravotní pojišťovnou či z prostředků sociálního zabezpečení. Základní indikací je „funkční postižení takového rozsahu, že podstatně narušuje soběstačnost a bezpečnost klienta“¹³. Klientem domácí péče může být tedy kdokoli, kdo je z důvodu změněného zdravotního či sociálního stavu odkázán na pomoc druhé osoby a situaci nelze zvládnout laickou péčí. Cílovými skupinami klientů jsou tedy osoby všech věkových i indikačních skupin (děti či dospělí se zdravotním postižením, senioři atd.)¹⁴.

¹¹ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 25.

¹² Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*.

¹³ KALVACH, Z.: *Pečujeme doma: Příručka pro laické pečující*, str. 12.

¹⁴ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*.

3 VÝZNAM DOMÁCÍ PÉČE

V současné době je význam komplexní domácí péče nesporný. V této kapitole se zaměřím na zdůvodnění tohoto významu domácí péče, který podle mě spočívá hlavně v korespondenci koncepce domácí péče se současnými trendy ve zdravotnictví a v sociální práci a ve výhodách domácí péče oproti péči ústavní.

3.1 SOUČASNÉ TRENDY VE ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCI

3.1.1 Trendy ve zdravotnictví

Současné celosvětové tendence ve zdravotnictví jsou popsány ve strategickém programu „**Zdraví 21 (Zdraví pro všechny v jednadvacátém století)**“, který vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) roku 1998. Program Zdraví 21 klade m.j. důraz „na rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech a snahu přenést poskytování zdravotní péče blíže lidem“. Jako jednu z hlavních etických hodnot stanovuje „spoluúčast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství a institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví“¹⁵. Současné zdravotnictví má rozvíjet účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět (rodin, škol, pracovišť, místních společenství..) a smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost¹⁶.

S tím souvisí i prioritizace zaměření zdravotních služeb do oblasti **primární (zdravotní) péče**. Primární péče je „souborem činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných potřebnému klientovi v rámci komunity v první linii kontaktu“¹⁷. Jedná se o prevenci, vyšetřování, ošetřování, léčení, rehabilitaci, sociální služby a další činnosti, které jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu prostředí klienta a které respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Pro srovnání zdravotní péče sekundární je poskytovaná hlavně ve zdravotnických institucích a péče terciární je vysoce specializovaná zdravotní péče (např. onkologická). I ve zdravotnictví je tedy

¹⁵ JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 12.

¹⁶ Srov. Tamtéž, str. 12.

¹⁷ MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*.

patrná tendence institucionálně zaměřenou péči vracet zpět do komunit (zkracování doby hospitalizace)¹⁸.

Komplexní domácí péče je tedy v souladu se současnými prioritami způsobu poskytování zdravotnických služeb – důraz na rozvoj a odpovědnost komunity, přenesení péče blíže lidem a respektování holistického přístupu ke klientovi.

3.1.2 Trendy v sociální práci

V moderních zemích probíhají v posledních letech změny v koncepcích, metodách a paradigmatech v sociální práci, odrážející se i ve změnách sociální politiky. Také v České republice probíhala v 90. letech sociální reforma, jejíž cílem byla (kromě vytvoření nových sociálních systémů, transformace sociálního zabezpečení a financování sociálních služeb) reforma veřejné zprávy dle principu subsidiarity a vytvoření moderního systému sociální pomoci, který „bude respektovat důstojnost uživatelů, podporovat jejich nezávislost a zvyšovat jejich společenskou a ekonomickou participaci (...) a umožní žít uživatelům (...) pokud možno normálním životem v jejich vlastním domově“¹⁹. Z tendencí, které se v současné sociální práci objevují, vybírám ty, které se nějakým způsobem vztahují k domácí péči. Často spolu souvisí či se prolínají.

Holistický přístup. Člověk jako jednotný celek biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb, kdy všechny oblasti jsou ve vzájemné interakci. Tento princip začal být uplatňován v ošetrovatelství (je součástí programu Zdraví pro všechny do roku 2000) a brzy byl přejat také do sociální práce²⁰. Koncepce domácí péče jako komplexní zdravotně-sociální pomoci tento princip naplňuje víc než ostatní metody sociální práce.

Podpora soběstačnosti a autonomie klienta (zplnomocňování). Podpora zbytkového potenciálu uživatele a pomoc k tomu, aby mohl žít co nejvíce podobně, jako

¹⁸ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, str. 7, 20.

¹⁹ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 13, 39.

²⁰ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, str. 25, 66. MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví...*, str. 8. URBAN, D.: Charitativní práce se seniory, In OPATRŇÝ, M., LEHNER, M. a kol.: *Teorie a praxe charitativní práce*, str.51.

kdyby neměl omezení (z důvodu věku, zdravotního postižení atd.)²¹. I při porušení soběstačnosti klienta (soběstačnost jako „schopnost individua dělat sám běžné činnosti každodenního života“)²² lze podporovat a zachovat jeho autonomii (autonomie jako možnost jedince být samostatný v rozhodování, mít kontrolu nad svou životní situací a pocit vlastní kompetence)²³. S podporováním soběstačnosti a autonomie souvisí i pojem zplnomocňování klienta – znamená zaměření na silné stránky a schopnosti klienta, aktivní participace klienta na rozhodování o pomáhajícím procesu, partnerství, spolupráce a dojednávání²⁴. Domácí péče podporuje soběstačnost a autonomii klienta, uznává tyto jako podstatné a žádoucí znaky kvalitní péče.

Princip subsidiarity. Znamená přenášení co nejvíce možných kompetencí a odpovědnosti na nižší sociální jednotky (jednotlivce a skupiny v komunitě)²⁵ a aktivní přístup klienta. Dle Baumrukové „by měl konkrétní sociální aktivitu provozovat ten, kdo má nejbližší sociálnímu problému“²⁶. Domácí péče ve velké míře znamená pomoc ke svépomoci, v odpovídající míře zapojuje klienta (v oblasti sebepéče) a jeho rodinu jako aktivní participanty nikoliv pasivní příjemce pomoci. Domácí péče tak posiluje jejich spoluodpovědnost za kvalitu poskytované služby.²⁷ Princip subsidiarity se uplatnil i v proběhlé reformě veřejné správy, kdy byla nově stanovena hierarchie subjektů sociální pomoci (dříve poskytovatelem pouze stát, postupně se role státu snižovala a přenášela na kraje, obce i nestátním organizacím a nejvýznamnějším subjektem se stala rodina).²⁸

Komunitní přístup. Úzce souvisí s principem subsidiarity. Mobilizuje občanskou pomoc a svépomoc, propojuje zdroje veřejné a lokální a slouží jako alternativa institucionální péče (cílem je co nejdelší setrvání v komunitě). Komunitní péče si klade

²¹ Srov. HRDÁ, J.: *Osobní asistence*, str. 4.

²² SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří*, str. 76.

²³ Srov. Tamtéž, str. 12.

²⁴ Srov. GOJOVÁ, A.: *Teorie a modely komunitní práce*, str. 48-49.

²⁵ Srov. MARTINEK, M. a kol.: *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Kapitola 16, Teologický a pastorační aspekt komunitní práce, str. 166.

²⁶ BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 13.

²⁷ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 242.

²⁸ Srov. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 23, 38.

za cíl „poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti“²⁹. Komunitní přístup stejně jako komplexní domácí péče přesahuje klasické dělení na péči zdravotní a sociální³⁰.

Deinstitucionalizace. Přesun péče z institucí do přirozeného domácího prostředí, prioritou terénních služeb. Obecně platí, že „dlouhodobá péče by měla být pokud možno poskytována tam, kde si to člověk s chronickým zdravotním postižením přeje“³¹.

Demedicinalizace, deprofesionalizace. Důraz na kvalitu života, autonomii klienta, zapojení neformální pomoci³².

Multidisciplinarita. Propojení více oborů zabývajících se člověkem, vytváření multidisciplinárních týmů, spolupráce mezi resorty³³.

Komplexní domácí péče je tedy v souladu se všemi z výše jmenovaných moderních trendů v sociální práci. Do budoucna se dá očekávat ještě větší vzrůst jejího významu. Průša jako jednu z předpokládaných vývojových tendencí v sociální práci zmiňuje rostoucí důraz na rozvoj péče o občany v jejich vlastním sociálním prostředí, jelikož domácí péče je schopna poskytnout vyšší standard úrovně péče při snížení veřejných výdajů³⁴.

²⁹ JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 24, 30.

³⁰ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 176, 178. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 7-12. MISCONIOVÁ, B.: *Historie domácí péče*.

³¹ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 150, 154. KALVACH, Z.: *Pečujeme doma*, str. 21. ŠIKLOVÁ, J.: Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti, in MATOUŠEK, O. a kol.: *Základy sociální práce*, str. 152.

³² Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 149. HRDÁ, J.: *Osobní asistence*, str. 1. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 7-8.

³³ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 152. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 7.

³⁴ Srov. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 85.

3.2 DOMÁCÍ X ÚSTAVNÍ PÉČE: VÝHODY, NEVÝHODY

Ústavy sociální péče (ÚSP) poskytují služby různým skupinám uživatelů (dětem, dospělým s tělesným či mentálním postižením, seniorům), kteří potřebují komplexní péči a ta nemůže být zajištěna členy rodiny či pečovatelskou službou. V současné době ubývá ústavních forem péče ve prospěch forem neústavních³⁵ a jelikož vývoj nesoběstačnosti uživatelů probíhá postupně nikoliv ve skocích, stírá se také ostrá hranice mezi péčí terénní a institucionální³⁶. Domácí péče může sloužit jako důležitá alternativa péče ústavní. Proto se v této kapitole pokusím srovnat tyto dvě hlavní formy pomoci klientům, kteří jsou z různých důvodů omezeni v péči o vlastní osobu.

Jednou z hlavních výhod domácí péče je plně **individualizovaná pomoc** konkrétnímu uživateli respektující jeho integritu i s jeho sociálním prostředím, podporující autonomii a nezávislost a holistický přístup, zdůrazňující kvalitu života klienta a další principy v souladu s moderními trendy v pomáhajících profesích. Vědeckými studii bylo prokázáno, že psychická pohoda člověka (kterou při domácí péči značně příznivě podporuje domácí prostředí a přítomnost blízkých osob) má přímý vliv na stav imunitního systému a **urychluje proces uzdravování** či mírní negativní doprovodné příznaky u různých onemocnění³⁷.

Na rozdíl od toho je ústavní péče vážným zásahem do klientova osudu - omezuje jeho soukromí, svobodu a autonomii (nutnost podřítit se ústavním pravidlům, hierarchii společenských pozic, dodržovat denní režim), redukuje nároky kladené na klienta a celkovou stimulaci. Jsou známy následky citové deprivace dětí vychovávaných v ústavech. Klient ztrácí úzké vazby na prostředí a rodinu, je více ohrožen tzv. skrytým sociálním vyloučením (stav kdy jsou sice zajištěny všechny materiální potřeby, ale vytváří se komunita stejně postižených lidí, která zůstává vyloučena ze společnosti). Ústav funguje jako svět sám pro sebe s mnoha omezeními a systémem sankcí. Navíc i víceméně „dobrovolný“ vstup klienta do zařízení je vždy poznamenán nedobrovolností, kdy se klient musí rozhodovat v náročné životní situaci pod velkým

³⁵ Srov. MÜHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče*, str. 35.

³⁶ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 151.

³⁷ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Chci větší rozsah domácí péče...*

tlakem. Rezidenční péče znesnadňuje kontrolu a usnadňuje tak různé formy zneužívání, šikany či násilí na klientech a také vztahy mezi klienty navzájem či mezi klienty a personálem jsou často poznamenány tzv. ponorkovou nemocí, jejíž následkem se obyvatelé stávají méně tolerantní, vztahovační, agresivní či introvertní. Jako negativum institucionální péče se také ukazuje nedostatek personálního zajištění (v ÚSP zřizovaných státem dosud platí směrnice, které jsou i 30 let staré a podhodnocené co se týče počtu a kvalifikace personálu) a také velké riziko vzniku syndromu vyhoření. Nevyhovující bývají často také prostorové podmínky – velká část ústavů byla původně stavěna za jiným účelem a některé z nich jsou památkově chráněné, proto nejsou možné stavební úpravy.³⁸ Na obranu ústavní péče je nutno dodat, že v současné době tyto instituce procházejí přeměnou v moderní zařízení otevřená k okolní společnosti³⁹.

Domácí péče umožňuje **zkrátit dobu pobytu v lůžkových zařízeních** na nezbytně nutnou dobu či se mu úplně vyhnout a tím pomáhá zmírnit jeho negativní dopady (včetně eliminace nozokomiálních nákaz)⁴⁰. Podle Baumrukové pouze 2 % klientů nad 65 let potřebuje ústavní péči - zbytek tvoří cca 80 % klientů soběstačných s pomocí rodiny či okolí a 18 % klientů potřebujících pomoc v domácnosti či domácí péči⁴¹. Vhodně zkoordinovaná domácí péče je udržitelná **dlouhodobě**, aniž by snižovala kvalitu života klienta.

Další velkou výhodou domácí péče je její **ekonomičnost**. Od 70. let 20. století si Evropa začíná uvědomovat, že zdravotnictví je drahé a díky demografickým trendům přestává být vyhovující. Východiskem je návrat k myšlence primární domácí péče⁴². Domácí péče je oproti péči ústavní daleko levnější, náklady se mohou snížit o třetinu až polovinu⁴³. Jiné srovnání uvádí Průša: „podle údajů VZP připadaly v 1.pololetí 2001

³⁸ Srov. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*, str. 20-43. MÜHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče*, str. 35 – 42.

³⁹ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str.251.

⁴⁰ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*, str. 6.

⁴¹ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 157.

⁴² Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Historie domácí péče*.

⁴³ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 6.

na jednoho pojištěnce náklady na domácí zdravotní péči ve výši 29 Kč, zatímco náklady na ústavní péči (...) dosáhly úrovně 3 255 Kč^{44, 45}.

Pozitivem domácí péče, které péče ústavní zásadně nesplňuje, je přenos **odpovědnosti na komunitu** (rodinu). Podle odhadů je doma poskytováno 70-90 % péče⁴⁶, většinou se tedy jedná o neformální (laické) poskytovatele domácí péče. Triádou stěžejních zdrojů pomoci je rodina (partner, dospělé děti) – přátelé – sousedé⁴⁷. Domácí péče jako sociální služba nabývá významu hlavně při dlouhodobé péči, kdy je většinou pomoc neformálních pečovatелů potřeba podpořit profesionály a také u klientů osamělých a s více omezenou soběstačností⁴⁸. Pro samotného uživatele také může být v určitých případech jednodušší využít služby profesionálů – při péči poskytované vlastní rodinou mohou mít pocit závislosti, bezmocnosti, ztráty reciprocit a neschopnosti pomoc oplatit. Závazky plynoucí z profesionálně poskytovaných služeb se mažou společně s úhradou těchto služeb⁴⁹. Na druhou stranu v současné době díky přeměně moderní rodiny ubývá tradičních zdrojů společenské opory, proto ústav může být nezbytnou náhradou za nefunkční či chybějící rodinu a institucionální péče klientovi umožní důstojnou existenci a vyšší kvalitu života než jakou by měl v domácím prostředí⁵⁰. Ústavní péče podle Mühlpachera bude muset vždycky fungovat jako alternativa domácí péče⁵¹.

Při bilanci výhod a nevýhod, které přináší domácí a ústavní péče, se tedy ukazuje, že profesionální domácí péče může sloužit nejen jako plnohodnotná, ale v mnoha případech i jako vhodnější alternativa ústavní péče (podle Seznamu zdravotních výkonů má stejné kompetence a možnosti jako při hospitalizaci)⁵². Asociace domácí péče

⁴⁴ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 85.

⁴⁵ Nebylo uvedeno jakého časového období se částky týkají, předpokládám, že se jedná o náklady na jednoho klienta za jeden den péče. Údaje uvádím pouze pro ilustraci, o jak velký finanční rozdíl se jednalo, aktuálnější údaje se mi nepodařilo zjistit.

⁴⁶ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 25.

⁴⁷ Srov. SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří*, str. 113.

⁴⁸ Srov. KALVACH, Z.: *Pečujeme doma*, str. 11.

⁴⁹ Srov. SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří*, str. 110, 162.

⁵⁰ Srov. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*, str. 23.

⁵¹ Srov. MÜHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče*, str. 35.

⁵² Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 247.

formulovala tzv. princip první volby (1996) - „při indikaci následné péče by měl ošetřující lékař primárně zvážit, zda je z hlediska zdravotního stavu klienta a stavu jeho sociálního prostředí možné indukovat domácí zdravotní péče a teprve poté uvažovat o eventuální hospitalizaci, či umístění v jiných typech zdravotnických zařízení“⁵³.

3.3 DŮVODY PROČ ZAVÁDĚT DOMÁCÍ PÉČI: SHRUTÍ

V předchozích kapitolách jsem zdůvodňovala, proč má v současné době domácí péče tak velký význam v moderní sociální práci s klienty. Zde je shrnutí hlavních důvodů, proč je tedy podle mého názoru potřebné domácí péči zavádět na nových místech, popř. rozšiřovat tam, kde již určité služby už fungují:

- Domácí péče (DP) plně koresponduje s moderními trendy v pomáhajících profesích (důraz na primární péči, komplexnost, zplnomocňování a podpora soběstačnosti klientů, princip subsidiarity, posilování odpovědnosti komunit atd.).
- Poptávka po službách DP v současné době roste⁵⁴.
- Lze předpokládat, že význam DP v budoucnosti bude stoupat, m.j. díky demografickým trendům jako např. stárnutí populace⁵⁵.
- Předpovědi odborníků očekávají krizi modelu rodinné péče a s tím související nutnost „outsourcování“⁵⁶ či „defamilizace laické péče“⁵⁷, tzn. přenesení hlavní odpovědnosti za komunitní péči z rodiny na instituce a profesionály.
- DP je individualizovaná, komplexní a práva klienta respektující pomoc.
- DP má přímý pozitivní vliv na proces uzdravování a na kvalitu života klienta.

⁵³ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 247.

⁵⁴ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 27.

⁵⁵ Srov. BARVÍKOVÁ, J.: Rodinná péče a profesionální péče. In JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*, str. 59.

⁵⁶ Srov. Tamtéž, str. 59.

⁵⁷ Srov. Tamtéž, str. 73.

- DP zkracuje dobu hospitalizace a tím redukuje negativní následky pobytu v lůžkových zařízeních.
- DP nevyčleňuje v takové míře klienty z běžného života společnosti.
- Náklady na DP jsou nižší. Má blíže než ostatní formy péče k optimální integraci ekonomické a sociální racionálnosti.
- Profesionálně poskytovaná DP je často nutnou podporou/doplněním neformální domácí péče, která by jinak nemohla fungovat.

4 DOSTUPNOST DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče se v České republice stala od roku 1990, kdy začaly vznikat a legalizovat se první agentury domácí péče, nedílnou součástí systému zdravotní a sociální péče. Zpočátku byl postoj veřejnosti i profesionálů opatrný, ale postupně se podařilo získat respekt a podporu a začlenit domácí péči mezi plnohodnotné formy zdravotní péče. Dnes patří ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie institut domácí péče v České republice k jedním z nejlepších.⁵⁸

Jedním z problémů současné domácí péče v ČR je její dostupnost a to hlavně místní. Princip nepřetržitě **časové dostupnosti** (24 hodin denně po 7 dní v týdnu) bývá většinou zajištěn – hlavně pomocí tísňových linek, na které se mohou klienti či rodinní příslušníci obrátit, i když tomu tak není vždy, neboť „není s dostatečnou právní silou koncepčně zakotvena nutnost zajištění dostupnosti domácí péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu“⁵⁹.

Na rozdíl od toho se různí autoři⁶⁰ shodují, že **dostupnost** domácí péče **v místě** není uspokojivá. Průša udává, že pouze „z 53 % je zajištěna dostupnost domácí zdravotní péče všem občanům regionu a všechny potřeby občanů v této oblasti jsou uspokojovány i v obtížněji dostupných lokalitách“⁶¹. Při hodnocení rozdílů ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami je nutné vzít v úvahu různé ovlivňující faktory – míru urbanizace, strukturu obyvatelstva, velikost obcí, sociologické změny (míra realizace tradičních rodinných rolí v péči o seniory, rozpad vícegeneračních rodin atd.). Nelze tedy uplatňovat stejná hlediska např. v hlavním městě jako na venkově v Jihočeském kraji. Vyšší dostupnost sociálních služeb bývá větší např. v okresech, kde je narušena původní struktura osídlení a z toho vyplývající porušené úzké rodinné vazby (Ostrava, Sokolov, Cheb atd.) a poptávka po profesionálních službách je zde také

⁵⁸ Srov. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, str. 63. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče*, str. 3. MISCONIOVÁ, B.: *Historie domácí péče*. MISCONIOVÁ, B.: *Chci větší rozsah domácí péče...*

⁵⁹ MISCONIOVÁ, B.: *Klienti si někdy musí...*

⁶⁰ Srov. BARVÍKOVÁ, J.: Rodinná péče a profesionální péče, in JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*, str. 65. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 22, 103.

⁶¹ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 96.

vyšší⁶². Co se týče Jihočeského kraje, tak podle analýzy vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré občany, která aktualizovala tzv. normativy vybavenosti z 80. let, Jihočeský kraj dosahuje nejlepších výsledků co do počtu osob, kterým je poskytována pečovatelská služba⁶³. Naproti tomu Průša staví vybavenost domácí péči pro Jihočeský kraj až na deváté místo (viz „Příloha I.“). Pro zajímavost „Příloha II.“ rozepisuje hodnoty pro jednotlivé okresy – nejlépe z Jihočeského kraje si stojí okres Písek a České Budějovice, nejhůře okres Prachatice.

Příčinou nízké dostupnosti domácí péče v určitých oblastech může být fakt, že vybavenost regionů sociálními službami **není centrálně regulována** a existuje spíše jako výsledek živelného vývoje a reakce praxe a samozřejmě možností financování těchto služeb⁶⁴. Není stanovena žádná minimální/optimální vybavenost. Problémem je také **nedostatečná legislativa** v oblasti domácí péče (včetně politiky zdravotních pojišťoven). Domácí péče je v současných právních normách upravena velmi obecně (Misconiová vidí jako východisko vydat jako závaznou právní normu tzv. Koncepti domácí péče, která byla prozatím vydána jako metodické opatření MZ ČR). I přes volební programy politických stran či programová prohlášení vlády ohledně podpory rozvoje domácí péče zůstává hlavní část realizace myšlenky domácí péče již od roku 1998 hlavně na nestátních organizacích⁶⁵. Dalším problémem, který ovlivňuje nízkou dostupnost domácí péče v určitých oblastech, je **financování** této služby. Domácí péče bývá hrazena v kombinaci z komunálních zdrojů, z pojištění a přímou úhradou klienta⁶⁶. Systém financování sociálních služeb se během proběhlé sociální reformy příliš nezměnil (obsahuje prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení), konzervuje tak rozdíly ve vybavenosti jednotlivých regionů, potlačuje iniciativu obcí či nestátních neziskových organizací, nevytváří se konkurenční prostředí a tím se omezuje další rozvoj služeb.

⁶² Srov. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 47-49.

⁶³ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 103.

⁶⁴ Srov. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 48.

⁶⁵ Srov. MISCONIOVÁ, B.: *Klienti si někdy musí...*

⁶⁶ Srov. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*, str. 238.

Možnosti financování sociálních služeb také významně ovlivňuje **velikost obce** a jejího spádového území (menší obec dostává většinou menší dotace)⁶⁷, což může negativně ovlivnit rozvoj domácí péče v hůře dostupných lokalitách. Barvíková to popisuje takto: „Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby občanům v obcích mimo svoje hranice a malé obce nejsou ochotny, ale spíše z důvodu nedostatku finančních prostředků se nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby. (...) Vyloučení jsou tedy hlavně ti, kteří bydlí ve velké vzdálenosti od sídla pečovatelské služby a z obcí, kde je malý počet žadatelů“⁶⁸. V tom se shoduje s Baumrukovou, která tvrdí, že co se týče domácí péče je třeba věnovat pozornost hlavně obcím ve velikosti 2-10 000 obyvatel (pověřené obecní úřady)⁶⁹.

Celkově se tedy autoři shodují, že dostupnost domácí péče není ve všech regionech optimální. Na jedné straně stojí požadavek, aby každému byl umožněn přístup k celému spektru sociálních služeb, tzn. že „v každém území by měly být některou z forem občanům k dispozici všechny základní typy sociálních služeb“⁷⁰. Na druhé straně je ovšem nutno brát v úvahu jeden z hlavních ovlivňujících faktorů - velikost obce. Vystává otázka jaká je minimální velikost obce, v níž je možné kvalifikovaně a racionálně provozovat sociální služby? Baumruková uvádí za minimální hranici 2 000 – 5 000 obyvatel. Pokud je obec menší, provozování už přestává být racionální – není dostatečně velká problémová část či skupina, je méně možné kvalifikovat sociální pracovníky, funguje větší sociální kontrola a vzájemná pomoc a je méně potřeba některé služby shora organizovat či profesionalizovat. Při koncipování systému domácí péče je tedy třeba „hledat vyvážení mezi ekonomickou (provozní) a sociální (humánní) optimalitou“⁷¹.

⁶⁷ Srov. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 42-48, 62-68.

⁶⁸ BARVÍKOVÁ, J.: Rodinná péče a profesionální péče. In JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lid*, str. 65.

⁶⁹ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*. Str. 21.

⁷⁰ Tamtéž, str. 11.

⁷¹ Tamtéž, str. 20-29.

5 DOMÁCÍ PÉČE NA TRHOVOSVINENSKU

V předchozí kapitole jsem došla k závěru, že jedním z hlavních problémů současné domácí péče v ČR je její dostupnost a to zvláště místní. Nejvíce znevýhodněny jsou hůře dostupné lokality a menší obce, které mají větší problém s financováním služby. Na druhou stranu mohou v menších obcích a regionech s menší mírou urbanizace více fungovat tradiční rodinné a sousedské vztahy, tzn. poptávka po profesionální domácí péči je menší.

Oblast Trhvosvinenska „patří vzhledem ke své poloze a méně kvalitní dopravní dostupnosti k odlehlejším regionům v rámci celostátního měřítka“⁷². Podle sociodemografické analýzy regionu, která byla provedena v rámci komunitního plánování, má tato oblast v porovnání s celorepublikovým průměrem také malou hustotu zalidnění s výrazným podílem venkovských sídel do 500 obyvatel⁷³.

Tyto fakta svědčí pro předpoklad, že Trhvosvinensko je rizikovou lokalitou co se týče dostupnosti služeb domácí péče a že dostupnost domácí péče v regionu Trhvosvinenska nebude patřit k těm nejlepším. Jelikož prameny⁷⁴ uvádí různé údaje ohledně dostupnosti služeb domácí péče v Jihočeském kraji, zaměřuji tuto část bakalářské práce na analýzu současného stavu domácí péče v této lokalitě.

Níže následuje popis způsobu realizace a zjištěných výsledků výzkumu, který jsem v rámci této bakalářské práce provedla. Má zjišťovat, zda-li je domácí péče v oblasti Trhvosvinenska dostatečně poskytována a pokud ne, zda-li je po ní poptávka. Výzkum má dvě hlavní části – výchozí analýzu situace a dotazníkové šetření. Z důvodu obtížnosti kontaktování současných či potenciálních uživatelů sběr dat probíhal u veřejně činných osob, kteří s uživateli přicházejí do kontaktu (tzn. u místních lékařů, zástupců vedení obcí a poskytovatelů terénních i pobytových sociálních služeb).

⁷² JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *Komunitní plán sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny na období 2011-2015* (dále jen *KPSS na území ORP TS 2011-2015*). Příloha 1, str. 9.

⁷³ Srov. Tamtéž, str. 19.

⁷⁴ Srov. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*, str. 103. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 96.

Výstupem práce je monitoring současného stavu poskytování domácí péče ve vymezené lokalitě.

Jedním z podkladů pro zpracování této části bakalářské práce je i „Komunitní plán sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny na období 2011-2015“ (jeho součástí je i Sociodemografická analýza, analýza sociální situace a SWOT analýza sociální oblasti ORP Trhové Sviny)⁷⁵. Komunitní plánování proběhlo v období od 07/2010 do 05/2011. V určitých bodech se komunitní plán překrývá s touto bakalářskou prací. Hlavním důvodem je, že ve fázi, kdy jsem začala zpracovávat tuto bakalářskou práci (viz harmonogram výzkumu) nebyly ještě k dispozici žádné výstupy z komunitního plánování. Každopádně výstupy z komunitního plánování jsem dodatečně do této práce zařadila a mohou sloužit pro porovnání a rozšíření zjištěných výsledků.

5.1 METODICKÝ POSTUP

5.1.1 Předmět a cíl výzkumu

Předmětem tohoto výzkumu je tedy dostupnost služeb domácí péče na Trhovosvinensku, tzn. jakým způsobem je domácí péče v lokalitě poskytována a zda je ze strany uživatelů poptávka. Zdůvodněním tohoto tématu se podrobně zabývají kapitoly Dostupnost domácí péče a Význam domácí péče (viz výše). Došla jsem v nich k závěru, že existují určité lokality, jejichž kvality jsou z hlediska poskytování domácí péče méně výhodné a tudíž je domácí péče hůře dostupná. Předpokládám, že oblast Trhovosvinenska k nim díky své lokaci a malé hustotě obydlí náleží. Zároveň jsem se výše snažila shrnout výhody domácí péče a předpokládám, že vzhledem k nim je o služby domácí péče ze strany uživatelů poptávka.

Cílem výzkumu je deskripce či monitoring stávající situace. V první řadě byla provedena výchozí analýza situace (zdroje: internetové stránky, komunitní plán, katalog sociálních služeb v regionu atd.) a poté dotazníkové šetření dostupnosti domácí péče

⁷⁵ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*.

mezi veřejně činnými osobami, které přicházejí se současnými či potencionálními uživateli domácí péče do kontaktu.

5.1.2 Vymezení pojmů pro účely výzkumu

- **Domácí péče (služby domácí péče).** Terénní sociálně-zdravotní služby osobám se sníženou soběstačností v domácím prostředí (viz kapitola Vymezení domácí péče). Jedná se o všechny služby, které pomáhají zabezpečit bio-psycho-sociálně spirituální potřeby a umožňují, zkvalitňují či zjednodušují pobyt osob s omezenou soběstačností v domácím prostředí. Přesné definice těchto sociálních služeb jsou uvedeny v „Příloze III.“.

Tab. 3: Služby domácí péče

| Typ služby | Název služby |
|--|--|
| Zdravotní služby | Ošetrovatelská služba |
| Služby sociální péče ⁷⁶ | Pečovatelská služba |
| | Osobní asistence |
| | Tísňová péče |
| | Průvodcovské a předčitatelské služby |
| | Podpora samostatného bydlení |
| | Odlehčovací služby |
| Služby sociální prevence ⁷⁷ | Raná péče |
| | Telefonická krizová pomoc |
| | Tlumočnické služby |
| | Krizová pomoc |
| | Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi |
| | Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením |
| | Sociální rehabilitace |

- **Uživatel/klient domácí péče.** Osoby všech věkových a indikačních skupin, kteří z důvodu změněného zdravotního či sociálního stavu potřebují částečnou nebo

⁷⁶ Srov. Zákon č.108/2006 Sb, o sociálních službách, § 38-52.

⁷⁷ Srov. tamtéž, § 53-70.

úplnou podporu při zvládnání základních činností spojených s péčí o vlastní osobu (viz kapitola Vymezení domácí péče). Nejčastěji se jedná o tyto cílové skupiny klientů:

- Senioři
 - Osoby se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným)
 - Osoby s chronickým onemocněním (onkologické, degenerativní, stařecké demence, roztroušená skleróza, kolostomie, dekubity, inkontinence, stavy po cévní mozkové příhodě – obrny atd.)
 - Osoby po úrazech, operacích
 - Umírající
 - Rodiny s dětmi (s vícerčaty, s postiženými dětmi atd.)
- **Trhvosvinensko.** Při vymezení lokality vycházím z rozdělení původního českobudějovického okresu na 3 spádové oblasti – podle obcí s rozšířenou působností České Budějovice, Trhové Sviny a Týn nad Vltavou. Trhvosvinensko (území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny) (dále jen ORP Trhové Sviny) se nachází v jižní části Jihočeského kraje a jeho správní obvod je vymezen územím 16 členských obcí. O jaká konkrétní města a obce se jedná je uvedeno v „Příloze IV.“ (mapy) a „Příloze V“ (seznam obcí).⁷⁸

5.1.3 Výzkumné hypotézy

Zdůvodnění výzkumných hypotéz vychází z první části této bakalářské práce, konkrétně z kapitol Dostupnost domácí péče a Význam domácí péče. Pro účely tohoto výzkumu jsem tedy stanovila dvě pracovní hypotézy:

Hypotéza 1: Domácí péče na Trhvosvinensku není podle respondentů dostatečně poskytována

⁷⁸ Srov. STEINBAUEROVÁ, J., STEINBAUER, P.: *Trhosvinensko. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 4.

(zdůvodnění: Trhvosvinensko je v rámci celorepublikového průměru regionem odlehlým, s horší dopravní obslužností, menší hustotou zalidnění a velkým poměrem vesnic, z čehož předpokládám, že služby domácí péče budou nedostatečně poskytovány) (viz kapitola Dostupnost domácí péče).

Hypotéza 2: Dle respondentů je ze strany klientů poptávka po domácí péči (zdůvodnění: domácí péče je formou zdravotně-sociální pomoci uživatelům se sníženou soběstačností, která s sebou nese spoustu výhod a díky tomu je od klientů žádaná) (viz kapitola Význam domácí péče).

5.1.4 Objekt zkoumání a vzorek

Jelikož kontaktování současných či potenciálních uživatelů služeb domácí péče by bylo časově i organizačně náročné, objektem (populací), u které byl výzkumný problém zkoumán, jsou veřejně činné osoby, které s uživateli přichází do kontaktu. Jsou to tyto 3 skupiny respondentů:

- **Poskytovatelé sociálních služeb.** Terénní, ambulantní a pobytové sociální služby v příslušné lokalitě a také v oblastech přilehlých (České Budějovice), v případě, že daná služba na Trhvosvinensku nefunguje. Služby zaměřující se na cílové skupiny shodující se s cílovými skupinami služeb domácí péče.
- **Zástupci vedení obcí.** Obce jakožto zadavatelé sociálních služeb.
- **Lékaři.** Lékaři, kteří přicházejí do styku s potenciálními či současnými uživateli služeb domácí péče (praktický lékař pro dospělé, lékař pro děti a dorost, internista, oční, ortoped, chirurg, rehabilitační).

Výzkumným vzorkem byli (vzhledem k malému počtu daného objektu zkoumání) všichni výše zmínění respondenti v dané lokalitě. Velikost výběrového souboru, u kterého jsem výzkum provedla, byla 50 osob. Seznam respondentů je uveden v „Příloze VI.“.

5.1.5 Techniky sběru dat

Z technik sloužících ke sběru dat jsem se rozhodla pro dotazník vzhledem k jeho výhodám: anonymita, možnost sejmout odpovědi najednou u více respondentů (časová úspora), lepší kvantifikovatelnost a relativně snadná administrace. Za účelem získání potřebných informací byl tedy sestaven dotazník „**Domácí péče na Trhvosvinensku**“ (viz „Příloha VII“), který splňoval určité požadavky – jednoduchý, krátký (maximální rozsah 1 strana A4), s převahou otázek uzavřených či polouzavřených (max. 1 otevřená otázka). Důvodem bylo snížit zátěž respondentů spojenou s vyplněním dotazníků a maximalizovat tím ochotu pravdivě dotazník vyplnit (díky předpokládané pracovní vytíženosti respondentů a zahlcenosti různými jinými anketami).

Struktura dotazníku:

- **Hlavička dotazníku.** Název dotazníku „Domácí péče na Trhvosvinensku“ má již od začátku říci, o jaké téma jde. Instrukce k vyplnění a termín a způsob odeslání vyplněného dotazníku.
- **Vymezení pojmů.** Pojmy Trhvosvinensko a Domácí péče jsem díky jejich možnému zavádějícímu významu raději jednoduše vymezila.
- **Vlastní otázky.** Dotazník obsahuje celkem 4 otázky, z toho 2 uzavřené, 1 polouzavřenou a 1 otevřenou.
- **Poděkování za vyplnění dotazníku.**

Pro všechny skupiny respondentů jsem použila stejnou verzi dotazníku, z důvodu srovnatelnosti odpovědí (pozměněné bylo pouze slovo pacient/klient, adekvátně k tomu, o kterou skupinu respondentů se jednalo). Dotazník byl rozeslán společně s průvodním dopisem, který obsahoval informace o účelu dotazníkového šetření, délce trvání vyplnění, anonymitě údajů a prosbu o vyplnění. Způsob doručování dotazníků: pokud byly dostupné e-mailové kontakty na respondenty, dotazník byl rozeslán elektronicky. Zbytek dotazníků byl doručen poštou (společně s prázdnou ofrankovanou obálkou na zaslání vyplněného dotazníku). Návratnost dotazníků byla 46 % (viz „Příloha VI“).

5.1.6 Metody vyhodnocování dat

K vyhodnocování sebraných dat bylo použito především metody kvantitativní analýzy (uzavřené a polouzavřené otázky), při vyhodnocování otázky č. 4 (otevřená otázka) kvalitativní analýza. Výsledky zjištěné v rámci tohoto výzkumu byly nakonec porovnány s „Komunitním plánem sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny na období 2011-2015“.

5.1.7 Realizace výzkumu - harmonogram

Od srpna do prosince 2010 proběhla fáze přípravy výzkumu, která se skládala ze zpracování teoretické části této bakalářské práce (sloužící k přesnější orientaci v daném problému), metodiky výzkumu a výchozí analýzy současného stavu domácí péče v daném regionu, včetně sestavení dotazníku a jeho připravení k odeslání respondentům. Sběr dat proběhl v období 4. - 14. 1. 2011. Práce na výzkumu pak byla přerušena předčasným nástupem na mateřskou dovolenou. K vyhodnocení a analýze sebraných dat tedy došlo až na konci roku 2011 a k obhajobě bakalářské práce v červnu 2012.

Tab. 10: Harmonogram výzkumu

| Kroky výzkumu | Časový harmonogram |
|--|---------------------------|
| Přípravy (teorie, metodika výzkumu, výchozí analýza situace) | 08/2010 – 12/2010 |
| Sestavení a tisk dotazníku | 12/2010 |
| Sběr dat | 01/2011 |
| Vyhodnocení dat | 11/2011 |
| Zpětná vazba respondentům, kteří o ní měli zájem | 03/2012 |

5.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tuto kapitolu jsem rozdělila do dvou hlavních částí – v první je popsána výchozí analýza současné situace, týkající se stavu sociálních služeb (se zaměřením na služby domácí péče) na Trhvosvinensku. Po ní následuje vyhodnocení dat, sebraných v rámci dotazníkového šetření, které jsem provedla.

5.2.1 Sociální služby na Trhvosvinensku: výchozí analýza situace

Jako první krok praktické části této bakalářské práce jsem provedla analýzu stavu sociálních služeb (vztahujících se k domácí péči) na Trhvosvinensku. Vzhledem k tématu BP jsem se zaměřila hlavně na současné poskytovatele terénních sociálních služeb (organizace, které mají svoje služby registrované podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách) a na další subjekty, jejichž činnost úzce souvisí se sociální tematikou a zahrnuje obdobné cílové skupiny jako registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Hledala jsem poskytovatele jak přímo v dané lokalitě, tak i v nejbližším největším městě, tj. v Českých Budějovicích, protože poskytovatelé služeb domácí péče často přímo na spádovém území ORP Trhové Sviny nesídlí či zde neposkytují služby, ale přesto jsou občany Trhvosvinenska využívány. Dále jsem se zajímala také o poskytovatele ambulantních a pobytových služeb v dané lokalitě, zaměřených na stejné cílové skupiny klientů, kteří by měli mít názor na dostupnost domácí péče na Trhvosvinensku. Tuto výchozí analýzu situace jsem potřebovala k objektivnějšímu pohledu na problematiku a také jako souhrn respondentů následujícího výzkumu. Seznam poskytovatelů sociálních a doprovodných služeb v je uveden v „Příloze VI“ (Seznam respondentů).

Podle sociodemografické analýzy, která byla provedena v rámci komunitního plánování, je vybavenost regionu Trhvosvinenska zdravotnickými a sociálními službami pro současnou potřebu optimální (tj. jsou dostatečně dimenzovány i racionálně rozloženy).⁷⁹

⁷⁹ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 11.

Co se týče terénních sociálních služeb dobře si stojí **pečovatelská služba**. Ta je v současné době zajišťována 2 hlavními poskytovateli (*Tab. 11*):

| Poskytovatel: | Počet klientů: |
|--------------------------------------|----------------|
| Ledax o.p.s., středisko Trhové Sviny | 175 |
| Občanské sdružení Borůvka, Borovany | 8 |

Celkem je v regionu pečovatelská služba poskytována 183 osobám a to především v domech s pečovatelskou službou a v domácím prostředí klientů. V oblasti funguje 5 spádových Domů s pečovatelskou službou, avšak ve 2 z nich není pečovatelská služba poskytována. Kapacita pečovatelské služby je využita asi jen ze 70-80 % (uvádí Ledax). Hlavními cílovými skupinami pečovatelské služby na Trhvosvinensku jsou senioři (cca 80 % uživatelů) a osoby se zdravotním postižením (cca 20 %).⁸⁰ Většina obcí v této lokalitě přispívá finančně na zajištění terénní pečovatelské služby pro své občany (jedná se o částku 4.000 Kč ročně na 1 klienta).⁸¹

Naproti tomu služba **osobní asistence** momentálně na Trhvosvinensku poskytována není a „bylo identifikováno, že v rámci ORP Trhové Sviny existuje po této sociální službě reálná potřeba“.⁸² Ledax o.p.s. již provedl registraci této služby a předpokládá zavedení do roku 2013. Občanské sdružení Hever, o.s., které poskytovalo osobní asistenci v Jihočeském kraji bylo k 31.10.2011 zrušeno.⁸³

V rámci komunitního plánování v ORP Trhové Sviny pro období 2011-2015 byla také identifikována potřeba **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**, která dosud v regionu nefunguje. Vznik této nové služby je jedním z doporučených opatření komunitního plánu. Předpokládaným realizátorem je také Ledax, o.p.s., plánovaná kapacita 160 klientů a zavedení služby je předběžně určeno na rok 2014.⁸⁴

⁸⁰ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 31-33, 59.

⁸¹ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 66.

⁸² JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 49.

⁸³ Srov. HEWER: *Služby osobní asistence*.

⁸⁴ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 50.

Další služby, které umožňují, zkvalitňují či zjednodušují pobyt osob s omezenou soběstačností v domácím prostředí, dostupné na Trhvosvinensku:

- Pro zájemce je možno zajistit službu **tísňové péče** (prostřednictvím občanského sdružení Život 90)⁸⁵.
- **Průvodcovská a předčitatelská služba.** V regionu je zajišťována Českou Maltézskou pomocí České Budějovice pro 5 klientů. Jedná se především o doprovázení dětí, mládeže a dospělých se zdravotním postižením do škol, k lékaři a na zájmové či volnočasové aktivity (většinou do Č.Budějovic). Na Trhvosvinensku je provozována jedna z 5ti pravidelných tras (Trasa B – Trhové Sviny, Borovany, Srubec, České Budějovice).⁸⁶
- **Půjčovna kompenzačních pomůcek.** Provozuje ji Nazaret v Borovanech a je určena hlavně zdravotně postiženým, seniorům, lidem po úrazech, a rodinným příslušníkům k usnadnění péče o své blízké.⁸⁷
- **Raná péče.** V současné době je v regionu poskytována 2 rodinám dětí se zdravotním postižením a to občanským sdružením „I MY“ (Středisko rané péče pro jihočeský region), které sídlí v Soběslavi. Na území ORP Trhové Sviny byla identifikována vyšší potřeba této služby.⁸⁸

Můžeme tedy shrnout, že stav poskytování jednotlivých služeb domácí péče na Trhvosvinensku se liší. Pečovatelská služba plně pokrývá poptávku a disponuje určitou volnou kapacitou pro potenciální uživatele. Její slabou stránkou je, že není dostupná o víkendech. V regionu je možné nechat si zavést tísnovou péči, vypůjčit si kompenzační pomůcky, sjednat si odvoz do zařízení v Českých Budějovicích. Na druhou stranu zde existuje poptávka po zatím chybějící službě osobní asistence a sociálně aktivizačních službách (senioři i zdravotně postižení). Také co se týče terénních služeb pro rodiny s dětmi nejsou pokryty potřeby a to obzvlášť v okrajových

⁸⁵ Srov. KONÍČEK, J.: *Tísňová péče AREÍON*.

⁸⁶ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 42-43.

⁸⁷ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *Katalog sociálních a souvisejících služeb v území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny*, str. 34.

⁸⁸ JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 38-39.

částech regionu⁸⁹. Zajímavé je, že komunitní plánování se vůbec nezabývá ošetrovatelskou službou. Přestože se jedná o službu zdravotnickou a ne sociální, myslím si, že díky úzkému provázání s domácí pečovatelskou službou měla být ošetrovatelská služba zohledněna.

5.2.2 Dostupnost domácí péče na Trhvosvinensku: dotazníkové šetření

Tato kapitola se týká dotazníkového šetření, které jsem provedla, abych doplnila informace ohledně dostupnosti služeb domácí péče v dané lokalitě.

5.2.2.1 *ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ*

Níže uvádím zdůvodnění formulací a zjištěné výsledky jednotlivých otázek dotazníku.

Otázka 1: Myslíte si, že je domácí péče na Trhvosvinensku dostatečně poskytována? Dostupná všem klientům, kteří by o ní měli zájem?

Formulace otázky: otázka je uzavřená (předložené varianty odpovědí – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE, NEVÍM), zjišťuje názor respondenta na dostupnost domácí péče. Zjištěné výsledky: zhruba polovina respondentů si myslí, že poskytování služeb domácí péče je dostatečné nebo téměř dostatečné (X 36 % respondentů, kteří si toto nemyslí). Počet jednotlivých odpovědí je uveden níže.

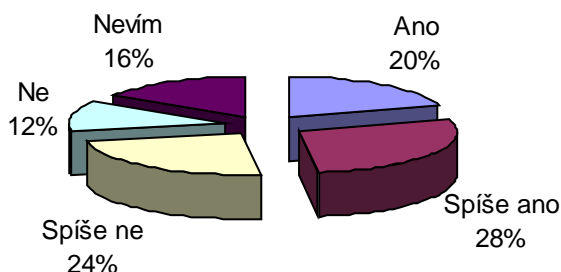
Tab. 12: Odpovědi na otázku 1

| Odpověď: | Počet odpovědí: |
|-----------------|------------------------|
| Ano | 5 |
| Spíše ano | 7 |
| Spíše ne | 6 |
| Ne | 3 |
| Nevím | 4 |
| Celkem | 25⁹⁰ |

⁸⁹ JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 68-71.

⁹⁰ Celkový počet odpovědí se neshoduje s počtem respondentů - 1 respondent uvedl na danou otázku 3 odpovědi.

Je domácí péče na Trhvosvinensku dostupná všem zájemcům?

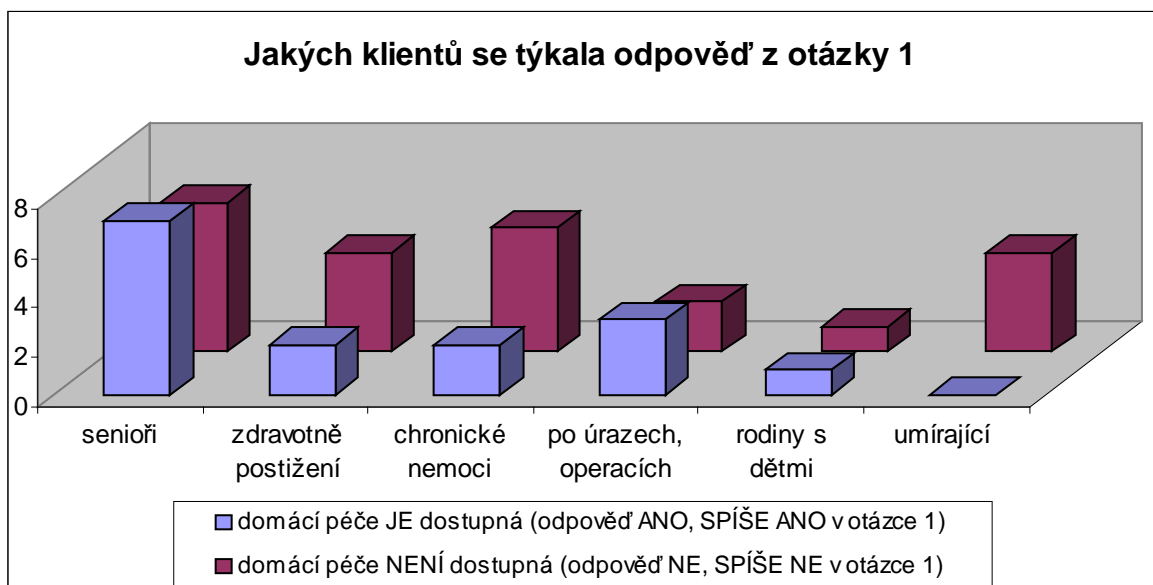


Otázka 2: Které z níže uvedených typů klientů se týkala Vaše předchozí odpověď?

Formulace otázky: otázka je polouzavřená (předložené varianty odpovědí – SENIOŘI, ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ, OSOBY S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM, OSOBY PO ÚRAZECH, OPERACÍCH, RODINY S DĚTMI, UMÍRAJÍCÍ, JINÉ). Varianty odpovědí se snaží postihovat nejčastější cílové skupiny domácí péče (viz kapitola 2: Vymezení domácí péče). Otázka má zpřesňovat odpovědi z otázky 1 (tzn. jakých klientů se týká názor ohledně dostupnosti či nedostupnosti domácí péče). Zjištěné výsledky: Porovnání odpovědí je uvedeno v následující tabulce a grafu.

Tab. 13: Porovnání odpovědí na otázky 1 a 2

| | senioři | zdravotně postižení | chronické nemoci | po úrazech, operacích | rodiny s dětmi | s umírající |
|---|---------|---------------------|------------------|-----------------------|----------------|-------------|
| domácí péče JE dostupná (odpověď ANO, SPÍŠE ANO v otázce 1) | 7 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| domácí péče NENÍ dostupná (odpověď NE, SPÍŠE NE v otázce 1) | 6 | 4 | 5 | 2 | 1 | 4 |



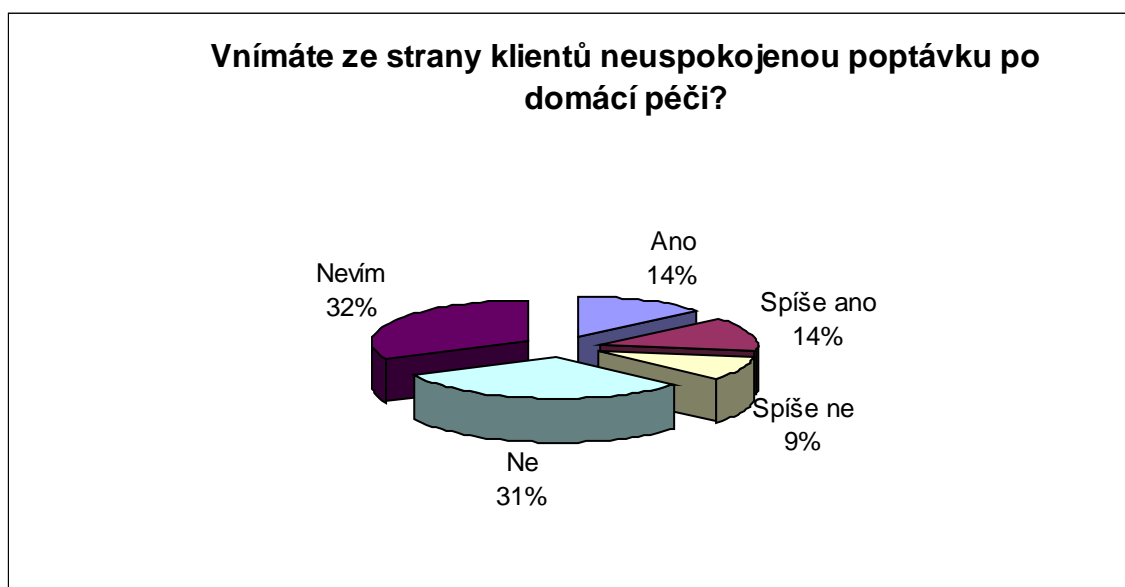
Celkově tedy více respondentů odpovědělo, že domácí péče je dostatečně či téměř dostatečně poskytována, ale to se týkalo hlavně seniorů, osob po úrazech nebo operacích a rodin s dětmi. U osob se zdravotním postižením, s chronickými nemocemi či umírajících respondenti častěji uváděli, že si myslí, že je domácí péče nedostatečná.

Otázka 3: Vnímáte ze strany klientů či jejich rodinných příslušníků neuspokojenou poptávku po domácí péči?

Formulace otázky: otázka je uzavřená (předložené varianty odpovědí – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE, NEVÍM), ptá se na zkušenosti respondentů s výpověďmi klientů, se kterými přichází do kontaktu. Zjištěné výsledky: je opět více respondentů (40 %), kteří ze strany svých klientů neuspokojenou poptávku po domácí péči nevnímají (odpovědi NE, SPÍŠE NE). Jeden z možných důvodů, proč klienti o domácí péči nežadají, nastiňuje jeden z respondentů (lékař): „*Sám to cítím, většinou potřební čekají na návrh svého lékaře. Zřejmě to bude tím, že se o této službě moc neví a není moc k dosažení.*“ Naproti tomu cca 30 % respondentů neuspokojenou poptávku po domácí péči ze strany klientů či rodinných příslušníků vnímá (odpovědi ANO, SPÍŠE ANO). Přesný počet jednotlivých odpovědí je uveden níže.

Tab. 14: Odpovědi na otázku 3

| Odpověď: | Počet odpovědí: |
|---------------|------------------------|
| Ano | 3 |
| Spíše ano | 3 |
| Spíše ne | 2 |
| Ne | 7 |
| Nevím | 7 |
| Celkem | 22⁹¹ |



Otázka 4: Co si myslíte o rozšíření domácí péče na Trhvosvinensku (je potřebné, reálné, jaké jsou překážky. Můžete zde uvést Vaše další návrhy a postřehy).

Formulace otázky: otázka je jako jediná otevřená, proto zařazená až na konci (aby na začátku neodradila náročností), dává prostor pro postřehy, návrhy a jiná sdělení respondentů. Zjištěné výsledky: odpovědi v této otázce jsou různého druhu. Některé shrnují dostupnost domácí péče – v podobném poměru kladně („domácí péče je dostatečná, přiměřená“) i záporně („domácí péče není vůbec“, „klienti netuší, že jinde funguje“, „v oblasti mého působení – Nové Hrady – žádná domácí péče není“).

⁹¹ Celkový počet odpovědí se neshoduje s počtem respondentů – 1 odpověď se nedá hodnotit.

Podrobně názor na stav domácí péče rozvádí jeden z respondentů: „Podle mého názoru terénní pečovatelská služba na Trhosvinensku je rozšířena na celou oblast, snaží se poskytovat péči profesionálně a kvalitně podle kapacity samotné služby a pro uživatele, jimž je služba ze zákona určena. Z pohledu návaznosti péče je zde menší dostupnost a právě návaznost s domácí ošetrovatelskou péčí, protože samotná pečovatelská služba zákonně nemůže poskytovat zdravotnické výkony např. ošetření a převazy bércových vředů, podávání léků, inzulinu apod. Pro domácí hospicovou péče na Trhosvinensku myslím není ani registrovaný poskytovatel, či-li zcela chybí – i když jistě poptávka ze strany rodiny a možných uživatelů by byla. Podle dostupných informací osobní asistence je rozšířena jen okrajově a jen u několika málo uživatelů.“

Další skupina odpovědí se zabývá **rozšířením služeb domácí péče**, kdy respondenti většinou uznávají rozšíření za potřebné (hlavně v menších obcích, o víkendech a vzhledem ke stárnutí populace) a **překážkami**, které rozšíření domácí péče brání. Jako hlavní překážku vidí respondenti nedostatek finančních prostředků na její zajištění, dále „vztahy v rodinách, které ovlivňují rozhodování o domácí péči“, to, že není dobře odlišena péče sociální a zdravotní, „rozlehlost a komplikovanost celého terénu Trhosvinenska a nedostatečný počet registrovaných poskytovatelů, kteří tuto péči mohou nabízet“. Jeden z respondentů (lékař) vidí problém v hrazení domácí péče ze zdravotního pojištění: „Jistě by byla potřeba domácí péče větší a to mnohem, ale jsem zásadně proti, aby byla hrazena ze zdravotního pojištění, jak je tomu dosud, ale ze zdrojů jiných, hlavně vlastních (příspěvek na péči). Pokud bude hrazena ze zdravotního pojištění, budu ji využívat jen pro nej nej nej...potřebnější. (...) Protože pokud bude domácí péče financována ze zdravotního pojištění, nikdo ji nebude nebo minimálně indikovat. Zdravotníci jsou totiž velmi razantně regulováni, a to s postihem týkajícím se vlastního zisku (pokud nějaký je).“

Jako **návrh** možného rozšíření domácí péče uvádí jeden z respondentů toto: „Přinejmenším by bylo vhodné při některé existující organizaci vytvořit poradenské centrum, aby bylo schopné sdělit, kde jsou potřebné služby dostupné a zároveň mapovat potřeby regionu.“

5.2.2.2 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této podkapitole je provedeno shrnutí výsledků dotazníkového šetření a to hlavně ve vztahu ke stanoveným pracovním hypotézám. Obě z hypotéz nebyly zjištěnými odpověďmi potvrzeny.

Hypotéza 1 (**Domácí péče na Trhvosvinensku není podle respondentů dostatečně poskytována**) byla vyvrácena odpověďmi na otázku 1, kdy největší část respondentů (48%) sdělovala, že podle jejich názoru je domácí péče v ORP Trhové Sviny dostatečná.

Tab. 15: Vyvrácení hypotézy 1

| | ANO, SPÍŠE ANO | NE, SPÍŠE NE | NEVÍM |
|---|---------------------------|-----------------|-------|
| Otázka 1: Myslíte si, že je domácí péče na Trhvosvinensku dostatečně poskytována? Dostupná všem klientům, kteří by o ní měli zájem? | 48% | 36% | 16% |

Hypotéza 2 (**Dle respondentů je ze strany klientů poptávka po domácí péči**) nebyla rovněž potvrzena a to odpověďmi na otázku 3. Podle nich většina respondentů nevnímá ze strany klientů neuspokojenou poptávku po domácí péči.

Tab. 16: Vyvrácení hypotézy 2

| | ANO, SPÍŠE ANO | NE, SPÍŠE NE | NEVÍM |
|--|---------------------------|-------------------------|-------|
| Otázka 3: Vnímáte ze strany klientů či jejich rodinných příslušníků neuspokojenou poptávku po domácí péči? | 28% | 40% | 32% |

Pokud tedy shrneme výsledky provedeného dotazníkového šetření, tak odpovědi hodnocené kvantitativní analýzou nepotvrzují stanovené pracovní hypotézy. Podle většiny respondentů je domácí péče na Trhvosvinensku dostatečně poskytována a ani ze strany klientů nevnímají poptávku po ní. Zpřesňující otázka 2 a otevřená otázka 4 ale ukazují na možnou problémovost tématu. Odpovědi respondentů se mohly týkat hlavně určitých cílových skupin (např. seniorů), u kterých služby domácí péče

fungují lépe (otázka 2). Také volné odpovědi z velké části vypovídají o nedostatečné dostupnosti domácí péče (otázka 4).

5.2.3 Porovnání získaných výsledků

Ve finální fázi výzkumu jsem provedla porovnání všech získaných výsledků, tzn. dotazníkového šetření a výchozí analýzy situace provedených v rámci této bakalářské práce a také anketního šetření⁹², které proběhlo na konci roku 2010 v rámci komunitního plánování na Trhvosvinensku a zabývalo se podobnou tematikou. Tato anketa se týkala poskytování sociálních služeb a zjišťovala mj. spokojenost místních obyvatel s kvalitou a rozsahem sociálních služeb v daném regionu a byla určena běžným občanům. Vyjímám výsledky, které souvisí s mou bakalářskou prací:

- 83 % respondentů je s kvalitou poskytovaných služeb v regionu zcela nebo převážně spokojena.
- Jen 16% respondentů postrádá na území ORP Trhové Sviny nějakou sociální službu. „Ti, kteří byli nespokojeni, uváděli nejčastěji chybějící odlehčovací služby, víceúčelová hřiště a sportovní vyžití. Nedostatek hospiců, osobní asistence či donáška jídel domů uvedli respondenti pouze v 1 případě“. Ale vzhledem k malému počtu konkrétních odpovědí nelze dělat závěry⁹³.

Pro lepší orientaci v situaci uvádím stručnou sumarizaci získaných poznatků, svědčících buď pro anebo proti dostatečné dostupnosti domácí péče na Trhvosvinensku, v následující tabulce.

⁹² Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 43-51.

⁹³ Tamtéž, str. 47.

Tab. 17: Dostupnost domácí péče na Trhvosvinensku - shrnutí

| DP NA TRHOSVINENSKU JE DOSTATEČNÁ: | DP NA TRHOSVINENSKU NENÍ DOSTATEČNÁ: |
|---|--|
| Pečovatelská služba plně pokrývá poptávku (má volnou kapacitu). ⁹⁴ | Pečovatelská služba není dostupná o víkendech. ⁹⁵ |
| Funguje průvodcovská a pečovatelská služba. ⁹⁶ | Chybí služba osobní asistence. Potřeba identifikována. ⁹⁷ |
| Funguje půjčovna kompenzačních pomůcek. ⁹⁸ | Chybí služba Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Potřeba identifikována. ⁹⁹ |
| Možnost služby tísňová péče. ¹⁰⁰ | Chybí domácí hospicová péče. ¹⁰¹ |
| Občané jsou s vybaveností sociálními službami v regionu spokojeni. ¹⁰² | Chybí ošetřovatelská služba. ¹⁰³ |
| Podle veřejně činných osob je domácí péče na Trhvosvinensku dostatečně poskytována a ani ze strany klientů nevnímají poptávku po ní. ¹⁰⁴ | Nedostatečné terénní služby pro rodiny s dětmi. Vyšší potřeba identifikována. ¹⁰⁵ |

Z tabulky je patrné, že závěr ohledně dostupnosti domácí péče není jednoznačný. Existují tedy služby domácí péče, které jsou na území Trhvosvinenska poskytovány v optimálním rozsahu. Zároveň jsou ale v regionu identifikovány potřeby, které naplněny nejsou. Tato situace se odráží i v tzv. prioritách Komunitního plánu sociálních služeb na území ORP Trhové Sviny na období 2011-2015¹⁰⁶. Priorita č. 1 zahrnuje

⁹⁴ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 31-33, 59.

⁹⁵ Údaje získány při dotazníkovém šetření v rámci této bakalářské práce.

⁹⁶ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 42-43.

⁹⁷ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 49.

⁹⁸ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *Katalog sociálních a souvisejících služeb v území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny*, str. 34.

⁹⁹ Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 50.

¹⁰⁰ Srov. KONÍČEK, J.: *Tísňová péče AREÍON*.

¹⁰¹ Údaje získány při dotazníkovém šetření v rámci této bakalářské práce.

¹⁰² Srov. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 43-51 (anketní šetření).

¹⁰³ Údaje získány při dotazníkovém šetření v rámci této bakalářské práce.

¹⁰⁴ Údaje získány při dotazníkovém šetření v rámci této bakalářské práce – otázka 1, 3.

¹⁰⁵ JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, Příloha 1, str. 68-71.

¹⁰⁶ JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *KPSS na území ORP TS 2011-2015*, str. 28-74.

mj. podporu pečovatelské služby, rané péče či průvodcovské a předčitatelské služby a jejím cílem je zachovat stávající stav dané sociální služby (z toho vyvozují, že současný stav je optimální). Priorita č.2 popisuje zavedení nové či obnovení momentálně nefungující služby na základě zjištěných potřeb regionu a zahrnuje mj. rozvoj odlehčovací služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory, osobní asistence, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto služby domácí péče tedy v současné době chybí.

6 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat a popsat situaci okolo domácí péče na Trhvosvinensku. Předpokládala jsem, že dostupnost služeb domácí péče je v tomto regionu problematická, díky jeho lokalizaci, skladbě obyvatelstva a jiným demografickým údajům.

Po provedeném sběru a analýze informací musím shrnout, že závěr ohledně stavu domácí péče není jednoznačný. V lokalitě existují služby, které fungují víceméně výborně (zvláště pečovatelská služba), jiné služby zde zase chybí či jsou poskytovány nedostatečně (osobní asistence, sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, domácí hospicová péče, terénní služby pro rodiny s dětmi, ošetřovatelská služba). Dotazníkové šetření, které jsem provedla u veřejně působících osob, ukázalo též nejednoznačné výsledky. Dobrou zprávou tedy je, že nemůžu předložit závěr, který by říkal: „Domácí péče na Trhvosvinensku není dostatečně poskytována a ze strany klientů je po ní poptávka“ (tzn. závěr, který by potvrdil stanovené výzkumné hypotézy). Situace určitě není ideální, ale zároveň také ne úplně pesimistická. Navíc Komunitní plán, zpracovaný pro ORP Trhové Sviny, jasně mluví o tom, že do budoucna je jednou z priorit služby domácí péče udržet či dokonce rozšířit.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

7.1 LITERATURA

1. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, II. část – Sociální péče*. Praha: Karolium, 2001. ISBN 80-246-0197-4.
2. BAUMRUKOVÁ, P. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Socioklub, 1997. ISBN 80-902260-1-9.
3. FERJENČÍK, J.: *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
4. GOJOVÁ, A.: *Teorie a modely komunitní práce*. Ostrava: ZSF OU, 2006. ISBN 80-7368-154-4.
5. HOLEKSOVÁ, T.: *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
6. HRDÁ, J.: *Osobní asistence: Příručka postupů a rad pro klienty*. Pražská organizace vozíčkářů, Praha 1997.
7. HRDÁ, J.: *Osobní asistence: Příručka postupů a rad pro osobní asistenty..* Pražská organizace vozíčkářů, Praha 1997.
8. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
9. JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640.
10. KALVACH, Z.: *Pečujeme doma: Příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008.
11. MARTINEK, M. a kol.: *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.

12. MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vydání druhé nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457.
13. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
14. MATOUŠEK, O. a kol.: *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
15. MÜHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče: Filosoficko-historický pohled*. Brno: PF MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
16. ONDREJKOVIČ, P.: *Úvod do metodologie spoločenskovedného výskumu*. Bratislava: Veda, 2007. ISBN 978-80-224-0970-4.
17. OPATRŇY, M., LEHNER, M. a kol.: *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky. Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.
18. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3.
19. SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

7.2 JINÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

20. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Administrativní mapa správních obvodů* [on-line]. © Krajská správa ČSÚ v Českých Budějovicích, 2011 [cit. 11. 12. 2011]. Dostupné na www: <http://www.czso.cz/kraje/cb/publika/13311203/1/obr/3112g02.gif>.
21. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Administrativní mapa správního obvodu ORP Trhové Sviny* [on-line]. © Krajská správa ČSÚ v Českých Budějovicích, 2010 [cit. 11. 12. 2011]. Dostupné na www: [http://www.vykazy.cz/x/redakce.nsf/i/administrativni_mapa_spravniho_obvodu_trhove_sviny/\\$File/ORP3113.jpg](http://www.vykazy.cz/x/redakce.nsf/i/administrativni_mapa_spravniho_obvodu_trhove_sviny/$File/ORP3113.jpg).

22. HEWER: *Služby osobní asistence* [on-line]. © Czech Multimedia Interactive, 2011 [cit. 11. 12. 2011]. Dostupné na www: <http://www.pecovatel.cz/strediska-asistence/jihocesky-kraj/>.
23. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *Katalog sociálních a souvisejících služeb v území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny* [on-line]. © Jihočeská rozvojová o.p.s., 2011 [cit. 22. 11. 2011]. Dostupné na www: <http://www.jr-spolecnost.cz/index.php?doc=komunitni-planovani&plan=18>.
24. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: *Komunitní plán sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny na období 2011-2015*. [on-line]. © Jihočeská rozvojová o.p.s., 2011 [cit. 22. 11. 2011]. Dostupné na www: <http://www.jr-spolecnost.cz/index.php?doc=komunitni-planovani&plan=18>.
25. KONÍČEK, J.: *Tísňová péče AREÍON* [on-line]. © Život 90, 2008-2009 [cit. 22. 11. 2011]. Dostupné na www: <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion/17-mapa-sidel-dispecinku-tpa>.
26. MISCONIOVÁ, B.: *Historie domácí péče* [on-line]. © Národní centrum domácí péče České republiky, 2006 [cit. 25. 10. 2010]. Dostupné na www: <<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece-/>>.
27. MISCONIOVÁ, B.: *Klienti si někdy musí...* [on-line]. © Národní centrum domácí péče České republiky, 2006 [cit. 25. 10. 2010]. Dostupné na www: <http://www.domaci-pece.info/-blanka-misconiova-klienti-si-nekdy-musi-domaci-peci-vybojovat-zdroj-www-czechmed-cz>
28. MISCONIOVÁ, B.: *Koncepce domácí péče*. [on-line]. © Národní centrum domácí péče České republiky, 2006 [cit. 25. 10. 2010]. Dostupné na www: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>.
29. MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [on-line]. © Národní centrum domácí péče České republiky, 2006 [cit. 25. 10. 2010]. Dostupné na www: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

30. MPSV: *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [on-line]. © Oksystem, s.r.o., 2006-2011 [cit. 10. 10. 2011]. Dostupné na [www: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1322925525073_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1322925525073_1).
31. STEINBAUEROVÁ, J., STEINBAUER, P.: *Trhosvinensko: Informační portál o mikroregionu Trhosvinensko* [on-line]. © 2009 [cit. 11. 12. 2011]. Dostupné na [www: http://www.trhovosvinensko.cz/](http://www.trhovosvinensko.cz/).
32. Zákon č.108/2006 Sb, o sociálních službách, ve znění platném k 1.1.2007 [on-line]. © 2010 [cit. 11. 12. 2011]. Dostupné na [www: http://zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html](http://zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html).

8 SEZNAM ZKRATEK

| | |
|--------|---------------------------------|
| DP | Domácí péče |
| O.p.s. | Obecně prospěšná společnost |
| ORP | Obec s rozšířenou působností |
| O.s. | Občanské sdružení |
| ÚSP | Ústav sociální péče |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

9 SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--------------|--|
| Příloha I. | Vybavenost jednotlivých krajů sociálními službami |
| Příloha II. | Vybavenost jednotlivých okresů sociálními službami |
| Příloha III. | Služby domácí péče – definice |
| Příloha IV. | Správní obvod ORP Trhové Sviny – mapky |
| Příloha V. | Správní obvod ORP Trhové Sviny – seznam obcí |
| Příloha VI. | Seznam respondentů |
| Příloha VII. | Dotazník „Domácí péče na Trhovosvinensku“ |

10 PŘÍLOHY

Příloha I: Vybavenost jednotlivých krajů sociálními službami

Tab. 1: Vybavenost jednotlivých krajů sociálními službami v přepočtu na 1000 osob celkem¹⁰⁷

| kraj | počet míst v domovech důchodců na 1000 osob celkem | počet míst v domovech, penzích pro důchodce na 1000 osob celkem | počet bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou na 1000 osob celkem | počet osob, kterým byla poskytnuta pečovatelská služba na 1000 osob celkem | počet míst v ústavech sociální péče na 1000 osob celkem | počet míst v zařízeních sociální intervence na 1000 osob celkem |
|-----------------|--|---|--|--|---|---|
| Praha | 2,17 | 0,82 | 1,35 | 12,29 | 0,64 | 0,71 |
| Středočeský | 4,30 | 0,64 | 2,59 | 11,62 | 2,04 | 0,43 |
| Jihočeský | 4,23 | 0,56 | 3,33 | 9,04 | 1,61 | 0,54 |
| Plzeňský | 2,06 | 1,62 | 2,03 | 13,47 | 2,86 | 0,55 |
| Karlovarský | 2,22 | 3,30 | 3,06 | 8,70 | 2,32 | 0,71 |
| Ústecký | 5,09 | 1,70 | 2,73 | 7,74 | 3,01 | 0,31 |
| Liberecký | 2,89 | 0,84 | 3,95 | 7,79 | 1,98 | 0,25 |
| Královéhradecký | 4,08 | 1,15 | 3,42 | 15,04 | 1,69 | 0,35 |
| Pardubický | 3,83 | 1,75 | 2,06 | 9,21 | 1,80 | 1,02 |
| Vysočina | 4,84 | 0,18 | 2,86 | 14,96 | 1,56 | 0,36 |
| Jihomoravský | 3,21 | 1,69 | 1,39 | 14,30 | 1,92 | 0,59 |
| Olomoucký | 4,22 | 1,23 | 2,71 | 6,76 | 2,88 | 0,96 |
| Zlínský | 4,62 | 1,60 | 2,23 | 13,76 | 2,59 | 0,80 |
| Moravskoslezský | 3,88 | 0,88 | 3,39 | 8,51 | 1,74 | 1,00 |
| ČR | 3,71 | 1,18 | 2,53 | 11,05 | 1,96 | 0,63 |

¹⁰⁷ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, str. 126.

Příloha II: Vybavenost jednotlivých okresů sociálními službami

Tab. 2: Vybavenost jednotlivých okresů sociálními službami v přepočtu na 1000 osob celkem¹⁰⁸

| okres | počet míst v domovech důchodců na 1000 osob celkem | počet míst v domovech, penzích pro důchodce na 1000 osob celkem | počet bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou na 1000 osob celkem | počet osob, kterým byla poskytnuta pečovatelská služba na 1000 osob celkem | počet míst v ústavech sociální péče na 1000 osob celkem | počet míst v zařízeních sociální intervence na 1000 osob celkem |
|-------------------|--|---|--|--|---|---|
| Praha | 2,17 | 0,82 | 1,35 | 12,29 | 0,64 | 0,71 |
| Benešov | 4,79 | 0,00 | 4,68 | 9,60 | 4,04 | 0,00 |
| Beroun | 4,19 | 0,67 | 2,98 | 16,69 | 1,28 | 0,19 |
| Kladno | 5,42 | 0,48 | 2,09 | 8,38 | 2,55 | 1,31 |
| Kolín | 2,86 | 1,19 | 2,21 | 12,26 | 2,93 | 0,63 |
| Kutná Hora | 2,54 | 0,00 | 2,64 | 23,81 | 3,72 | 0,00 |
| Mělník | 4,14 | 1,92 | 1,32 | 6,29 | 0,68 | 0,00 |
| Mladá Boleslav | 2,40 | 1,25 | 2,09 | 9,29 | 1,85 | 0,49 |
| Nymburk | 5,24 | 1,17 | 2,32 | 14,29 | 1,37 | 0,00 |
| Praha-východ | 5,36 | 0,00 | 2,15 | 9,20 | 1,07 | 0,00 |
| Praha-západ | 3,88 | 0,71 | 1,37 | 12,94 | 1,20 | 0,00 |
| Příbram | 5,71 | 0,00 | 4,89 | 12,18 | 1,05 | 1,38 |
| Rakovník | 4,42 | 0,00 | 2,17 | 9,52 | 3,12 | 0,04 |
| České Budějovice | 4,34 | 1,55 | 3,35 | 11,35 | 0,36 | 0,64 |
| Český Krumlov | 2,77 | 0,00 | 4,13 | 6,51 | 0,00 | 0,00 |
| Jindřichuv Hradec | 4,75 | 0,00 | 3,90 | 7,76 | 2,73 | 0,03 |
| Písek | 2,41 | 0,00 | 3,98 | 11,36 | 1,73 | 0,50 |
| Prachovice | 5,07 | 0,00 | 2,59 | 5,67 | 1,64 | 0,72 |
| Strakonice | 5,94 | 0,79 | 2,57 | 6,20 | 6,28 | 0,40 |
| Tábor | 4,07 | 0,19 | 2,73 | 9,68 | 0,44 | 1,14 |
| Domažlice | 2,02 | 2,57 | 2,62 | 14,54 | 0,00 | 0,48 |
| Klatovy | 3,44 | 3,09 | 1,76 | 10,29 | 2,19 | 1,28 |

(...)

| okres | počet míst v domovech důchodců na 1000 osob celkem | počet míst v domovech, penzích pro důchodce na 1000 osob celkem | počet bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou na 1000 osob celkem | počet osob, kterým byla poskytnuta pečovatelská služba na 1000 osob celkem | počet míst v ústavech sociální péče na 1000 osob celkem | počet míst v zařízeních sociální intervence na 1000 osob celkem |
|------------------|--|---|--|--|---|---|
| Přerov | 5,00 | 1,54 | 4,08 | 6,61 | 3,98 | 0,43 |
| Šumperk | 4,02 | 1,83 | 1,44 | 10,11 | 0,83 | 0,58 |
| Kroměříž | 7,28 | 0,00 | 3,40 | 22,84 | 4,08 | 2,10 |
| Uherské Hradiště | 4,45 | 1,18 | 0,21 | 14,56 | 5,01 | 0,30 |
| Vsetín | 3,84 | 2,29 | 2,07 | 8,01 | 0,94 | 0,67 |
| Zlín | 3,85 | 2,28 | 3,19 | 12,49 | 1,20 | 0,54 |
| Bruntál | 5,11 | 0,00 | 2,78 | 6,20 | 2,98 | 1,42 |
| Frýdek-Místek | 4,11 | 1,24 | 3,29 | 9,12 | 1,22 | 0,28 |
| Karviná | 2,51 | 1,35 | 4,78 | 10,08 | 1,20 | 1,22 |
| Nový Jičín | 3,21 | 0,00 | 5,45 | 8,02 | 0,68 | 0,87 |
| Opava | 4,18 | 0,75 | 1,11 | 6,97 | 4,32 | 0,78 |
| Ostrava-město | 4,67 | 1,02 | 2,67 | 8,57 | 1,26 | 1,39 |
| Česká republika | 3,71 | 1,18 | 2,53 | 11,05 | 1,96 | 0,63 |

¹⁰⁸ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb.*, str. 132-135. Tabulka zkrácena.

Příloha III: Služby domácí péče - definice

Tab. 4: Služby domácí péče - definice¹⁰⁹

| | |
|---|---|
| Osobní asistence | <p>(1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none">a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,b) pomoc při osobní hygieně,c) pomoc při zajištění stravy,d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Pečovatelská služba | <p>(1) Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none">a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. |
| Tísňová péče | <p>(1) 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 schopností.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none">a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,b) sociálně terapeutické činnosti,c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Průvodcovské a předčitatelské služby | <p>(1) 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.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none">a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Podpora | <p>(1) Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které</p> |

¹⁰⁹ Zákon č.108/2006 Sb, o sociálních službách, § 39-70.

| | |
|----------------------------------|--|
| Samostatného bydlení | <p>mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) pomoc při zajištění chodu domácnosti, b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, d) sociálně terapeutické činnosti, e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Odlehčovací služby | <p>(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, 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.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, f) sociálně terapeutické činnosti, g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. |
| Raná péče | <p>(1) Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Telefonická krizová pomoc | <p>(1) Služba telefonické krizové pomoci 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.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) telefonickou krizovou pomoc, b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Tlumočnické služby | <p>(1) 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.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Krizová pomoc | <p>(1) Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>životu, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi | <p>(1) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) sociálně terapeutické činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením | <p>(1) Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, b) sociálně terapeutické činnosti, c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. |
| Sociální rehabilitace | <p>(1) Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.</p> <p>(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. <p>(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. |

Příloha IV: Správní obvod ORP Trhové Sviny – mapky



Obr. 1: Poloha správního obvodu ORP Trhové Sviny v Jihočeském kraji¹¹⁰

¹¹⁰ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Administrativní mapa správních obvodů.*

Příloha V: **Správní obvod ORP Trhové Sviny – seznam obcí**

Tab. 5: *Správní obvod ORP Trhové Sviny – seznam obcí*¹¹²

| Město/obec: | Místní části: |
|------------------------|---|
| Borovany | Borovany Dvorec Hluboká u Borovan Radostice Trocnov Třebeč Vrcov |
| Čížkrajice | Boršíkov Čížkrajice Chvalkov Mezilesí |
| Horní Stropnice | Bedřichov Dlouhá Stropnice Dobrá Voda Hlinov Hojná Voda Horní Stropnice Humenice Chlupatá Ves Konratice Krčín Meziluzí Olbramov Paseky Rychnov u Nových Hradů Staré Hutě Střeziměřice Svébohy Světví Šejby Vesce |

¹¹² STEINBAUEROVÁ, J., STEINBAUER, P.: *Trhosvinensko*.

| | |
|--------------------------|---|
| | Vyhlídky |
| Hranice | Hranice Trpnouze |
| Jílovice | Jílovice Jiterní Ves Kojákovice Kramolín Lipnice Nepomuk Šalmanovice Vlachnovice |
| Kamenná | Kamenná Klažary Kondrač |
| Ločnice | Ločnice Nesměň |
| Mladošovice | Lhota Mladošovice Petrovice |
| Nové Hrady | Byňov Nakolice Nové Hrady Obora Štiptůň Údolí Veveří Vyšné |
| Olešnice | Buková Lhotka Olešnice |
| Ostrolovský Újezd | Ostrolovský újezd |
| Petříkov | Petříkov Těšínov |
| Slavče | Dobrkovská Lhotka Záluží Slavče Mohuřice |

| | |
|----------------------------|--|
| | Keblany Lniště |
| Svatý Jan nad Malší | Chlum Sedlce Svatý Jan nad Malší |
| Trhové Sviny | Březí Bukvice Čeřejov Hrádek Jedovary Něchov Nežetice Otěvěk Pěčín Rankov Todně Trhové Sviny Třebíčko Veselka |
| Žár | Božejov Žár Žumberk |

Příloha VI: Seznam respondentů¹¹³

Tab. 6: Seznam respondentů – shrnutí

| Skupina respondentů: | Počet oslovených: | Počet odpovědí (návratnost): |
|----------------------|-------------------|------------------------------|
| Sociální služby | 17 | 6 (35 %) |
| Obce | 16 | 6 (38 %) |
| Lékaři | 17 | 11 (65 %) |
| Celkem | 50 | 23 (46 %) |

Tab. 7: Respondenti - poskytovatelé sociálních a souvisejících služeb

| | Forma služby: | Název zařízení: | Druh služby + lokalita: |
|----|-------------------------------|--|--|
| 1. | terénní, ambulantní | Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, o.s. | Poradenství, osobní asistence, půjčování kompenzačních pomůcek klientům se zdravotním postižením (Jihočeský kraj) |
| 2. | terénní | Česká asociace pečovatelské služby, Jihočeská krajská pobočka | Sdružuje poskytovatele terénních zdravotně-sociálních služeb (Jihočeský kraj) |
| 3. | terénní | Česká maltézska pomoc, středisko České Budějovice | Průvodcovské a předčitatelské služby, zdravotnická a psychosociální pomoc pro osoby se zdravotním postižením |
| 4. | terénní | Domácí ošetrovatelská péče Ledax o.p.s. | Ošetrovatelská péče klientům s onemocněním, zdravotním postižením, v terminálním stadiu (Č.Budějovice, Hluboká nad Vltavou, Lišov, Trhové Sviny) |
| 5. | terénní | Hever, o.s., Středisko Jižní Čechy | Osobní asistence seniorům a osobám se zdravotním postižením (Jižní Čechy) |
| 6. | terénní | „I MY“ Společnost pro podporu lidí s postižením (Středisko rané péče pro jihočeský region), Soběslav | Pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením nebo s ohroženým vývojem (0-7let) (jihočeský region) |
| 7. | terénní, ambulantní, pobytové | Občanské sdružení Borůvka, Borovany | Týdenní respitní pobyty, centrum denních služeb, pečovatelská služba, dovoz do škol pro osoby se zdravotním postižením (Borovany) |
| 8. | terénní | Pečovatelská služba Ledax o.p.s. | Pečovatelská služba klientům se sníženou soběstačností (Č.Budějovice, Dačice, J.Hradec, Prachatice, T.Sviny, Třeboň, Týn nad Vlt.) |
| 9. | ambulantní | Domeček, středisko pro volný čas a integraci Diakonie a misie | NZDM, ergoterapeutická dílna, pro osoby se zdravotním postižením, podporované zaměstnání, |

¹¹³ JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: KPSS na území ORP TS 2011-2015, Příloha 1, str. 51-57. MPSV: Registr poskytovatelů sociálních služeb. JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: Katalog sociálních a souvisejících služeb v území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny.

| | | | |
|-----|----------------------------|--|---|
| | | Československé církve husitské | pobytové akce, kurzy (T.Sviny) |
| 10. | ambulantní | Nazaret, středisko Diakonie a misie Československé církve husitské | Denní centrum, chráněná dílna pro osoby se zdravotním postižením (Borovany) |
| 11. | pobytové | Domov pro seniory Dobrá Voda u Horní Stropnice | Komplexní ústavní péče pro seniory (Dobrá Voda) |
| 12. | pobytové | Domov pro seniory Horní Stropnice | Komplexní ústavní péče pro seniory (Horní Stropnice) |
| 13. | pobytové | Domov pro seniory Chvalkov | Komplexní ústavní péče pro seniory (Chvalkov) |
| 14. | související ¹¹⁴ | Komunitní a mateřské centrum Jílovice | Denní centrum pro matky s dětmi (Jílovice a okolí) |
| 15. | související | Mateřské centrum Borovánek | Denní centrum pro matky s dětmi (Borovany a okolí) |
| 16. | související | Mateřské centrum Človiček NEBOJSA, o.s. | Denní centrum pro matky s dětmi (T.Sviny a okolí) |
| 17. | související | Novohradský klub maminek | Denní centrum pro matky s dětmi (N.Hrady a okolí) |

Tab. 8: Respondenti – zástupci vedení obcí

| | Městský/obecní úřad: | Starosta/starostka: |
|-----|-----------------------------|----------------------------|
| 1. | Kamenná | Bašta Josef |
| 2. | Petříkov | Bína Luděk |
| 3. | Trhové Sviny | Bušek Radislav |
| 4. | Hranice | Deutchová Pavlína |
| 5. | Nové Hrady | Hokr Vladimír |
| 6. | Svatý Jan nad Malší | Jan Josef |
| 7. | Jílovice | Jindrová Věra |
| 8. | Ločnice | Kleinová Miluše |
| 9. | Horní Stropnice | Kučera Václav |
| 10. | Mladošovice | Leština Miroslav |
| 11. | Borovany | Malík Stanislav |
| 12. | Ostrolovský Újezd | Němec Václav |
| 13. | Žár | Pecháček Miloš |
| 14. | Čížkrajice | Skamene Petr |
| 15. | Olešnice | Švepeš Petr |
| 16. | Slavče | Tripes Josef |

¹¹⁴ „Kromě organizací, které mají svoje služby registrované podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, působí na území ORP další subjekty, jejichž činnost úzce souvisí se sociální tematikou a zahrnuje obdobné cílové skupiny jako registrovaní poskytovatelé sociálních služeb.“ In JIHOČESKÁ ROZVOJOVÁ O.P.S.: KPSS na území ORP TS 2011-2015, Příloha 1, str. 56.

Tab. 9: Respondenti - lékaři

| | Jméno: | Specializace + lokalita: |
|-----|-------------------------|---|
| 1. | Biedermannová Jindřiška | Lékař pro děti a dorost (H.Stropnice, N.Hrady, T.Sviny) |
| 2. | Busta František | Praktický lékař pro dospělé (T.Sviny) |
| 3. | Černý Věnceslav | Praktický lékař pro dospělé (Borovany) |
| 4. | Humpa Karel | Praktický lékař pro dospělé (Ločnice, T.Sviny) |
| 5. | Chromčáková Lenka | Lékař pro děti a dorost (T.Sviny) |
| 6. | Jirsová Drahomíra | Interna (T.Sviny) |
| 7. | Kaderová Jana | Lékař pro děti a dorost (Borovany) |
| 8. | Kopečný Josef | Praktický lékař pro dospělé (T.Sviny) |
| 9. | Návarová Nataša | Praktický lékař pro dospělé (N.Hrady, Hranice) |
| 10. | Rosol Jindřich | Oční (T.Sviny) |
| 11. | Řehoušek Petr | Ortopedie (T.Sviny) |
| 12. | Střeleček | Chirurgie (T.Sviny) |
| 13. | Sýkorová | Chirurgie (T.Sviny) |
| 14. | Šup Karel | Praktický lékař pro dospělé (Borovany) |
| 15. | Šustr Karel | Chirurgie (T.Sviny) |
| 16. | Vondráčková Jana | Praktický lékař pro dospělé (D.Voda, H.Stropnice) |
| 17. | Zdařilová Věra | Rehabilitační lékař (T.Sviny) |

Příloha VII: Dotazník „Domácí péče na Trhvosvinensku“

Dotazník „Domácí péče na Trhvosvinensku“:

ODPOVĚĎ PROSÍM ZAŠKRTNĚTE KŘÍŽKEM a nejpozději DO 14.1.2011 ODEŠLETE zpět.

(TRHOVOSVINENSKO = oblast zahrnující území obcí, které mají jako svou obec s rozšířenou působností město Trhové Sviny - tj. Trhové Sviny, Borovany, Nové Hradky, Horní Stropnice, Olešnice, Slavče, Svatý Jan nad Malší, Ostrolovský Újezd, Čížkrajice, Hranice, Jílovice, Kamenná, Ločenice, Mladošovice, Petříkov, Žár a jejich místní části)

1. Myslíte si, že je domácí péče na Trhvosvinensku dostatečně poskytována? Dostupná všem klientům, kteří by o ni měli zájem či ji potřebovali?

(Domácí péče je terénní zdravotně-sociální pomoc osobám se sníženou soběstačností v domácím prostředí – pečovatelská služba, ošetřovatelská služba, osobní asistence atd.)

ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE NEVÍM

2. Které z níže uvedených typů klientů se týkala Vaše předchozí odpověď? (lze označit i více možností)

- SENIOŘI
 ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ (*tělesně, mentálně, zrakově, sluchově atd.*)
 OSOBY S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM (*onkologické, degenerativní, stařecké demence, roztroušená skleróza, kolostomie, dekubity, inkontinence, stavy po cévní mozkové příhodě – obrny atd.*)
 OSOBY PO ÚRAZECH, OPERACÍCH
 RODINY S DĚTMI (*s vícčetaty, s postiženými dětmi atd.*)
 UMÍRAJÍCÍ
 JINÉ (prosím vypište)

3. Vnímáte ze strany klientů či jejich rodinných příslušníků neuspokojenou poptávku po domácí péči?

ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE NEVÍM

4. Co si myslíte o rozšíření domácí péče na Trhvosvinensku (je potřebné, reálné, jaké jsou překážky. Můžete zde také uvést Vaše další návrhy a postřehy.)

.....
.....
.....
.....
.....

Mnohokrát děkuji za Váš čas, který jste vyplnění dotazníku věnovali!

11 ABSTRAKT

KAVALÍKOVÁ, L.: *Domácí péče na Trhvosvinensku*. České Budějovice 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Klíčová slova: domácí péče, dostupnost domácí péče, Trhvosvinensko, osoby s omezenou soběstačností.

Práce se zabývá dostupností služeb domácí péče na spádovém území obce s rozšířenou působností Trhové Sviny (Jihočeský kraj). V teoretické části je stručně vymezena domácí péče, dále je popsán její význam a výhody, zvláště v porovnání s péčí ústavní a také jeden z hlavních problémů, který současnou domácí péčí provází – její dostupnost. V praktické části je proveden monitoring současného stavu domácí péče na Trhvosvinensku na základě výchozí analýzy situace (poskytovatelé sociálních a jiných služeb) a uskutečněného dotazníkového šetření u veřejně působících osob. Závěrečné shrnutí výsledků ukazuje na nejednoznačnou situaci domácí péče v konkrétní lokalitě.

12 ABSTRACT

Home care services in the area of Trhové Sviny

Key words: home care services, accessibility of home care services, area of Trhové Sviny town, persons with limited self-sufficiency

This thesis deals with the accessibility of home care services in the administrative district of the town of Trhové Sviny (South Bohemia province). The theoretical part briefly defines the home care services. Their value and advantages are described, especially in comparison with institutional care. Mentioned is also one of the main problems accompanying the current home care services, which is their accessibility. The practical part reports on the monitoring of the present situation of home care services in the area of Trhové Sviny, based on an initial analysis of the situation (providers of social and other services) and on a questionnaire survey among publicly active persons. The final summary points to the ambiguous situation of home care services in the selected locality.