

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Situace osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Aleš Novotný

Autor práce:
Eva Novotná

6. 5. 2010

Abstrakt

Situace osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka

Příčinou snížení soběstačnosti osob, kterou chápeme jako funkcionální autonomii, může být zdravotní postižení, chronické onemocnění, ale i pouhý úbytek fyzických a psychických sil ve stáří. Senioři jsou proto nejpočetnější skupinou osob se sníženou soběstačností. Jedinec se sníženou soběstačností se stává závislým na pomoci jiné fyzické osoby, kdy by měl mít možnost vybrat si, jestli využije neformální zdroje pomoci nebo se obrátí na profesionální poskytovatele sociálních služeb, kdy kombinace obou způsobů je zejména pro seniory nejvhodnější. Obce jako zadavatelé sociálních služeb by proto měly zajistit jejich dostupnost pro své občany.

Cílem praktické části práce bylo zjistit potřebnost zajištění terénních sociálních služeb na území Mladovožicka z pohledu osob se sníženou soběstačností a z pohledu zástupců obcí. Zvolila jsem kvantitativní výzkum, metodu dotazování. Technikou dotazníku jsem v případě prvního výzkumného souboru, který tvořily osoby ve věku 65 let a více a vytipované mladší osoby se zdravotním postižením žijící ve 3 vybraných obcích, zjistila, že v současné době považují pomoc ze strany rodinných příslušníků a dalších neformálních zdrojů za dostatečnou, což potvrzuje hypotézu H1. Sociální služby tedy aktuálně nepotřebují. Hypotéza H2 – Ženy se cítí v rámci zkoumaných parametrů více soběstačné než muži, byla výzkumem vyvrácena. Potvrdila se však hypotéza H3 - Plnou soběstačnost si zachovávají pouze osoby v raném stáří. Pro druhý výzkumný soubor tvořený starosty obcí I. typu na daném území, v nichž dosud nefungují žádné sociální služby, jsem využila techniku polořízeného rozhovoru. Zjistila jsem, že v současné době pro ně komunitní plánování sociálních služeb není důležité a podstatné. Domnívám se ale, že již samotný výzkum vzbudil zájem dotazovaných o tuto problematiku a celá práce se může stát jedním z pomocných podkladů pro další jednání představitelů obcí o možném zajištění pečovatelské služby i pro jejich občany.

Abstract

Situation of people with reduced self-sufficiency in the region of Mladovožicko

The cause of reduction of self-sufficiency, which we understand as a functional autonomy, may be a disability, chronic illness, but also a mere loss of physical and mental powers at old age. Elderly people are therefore the most numerous group of people with reduced self-sufficiency. Individuals with reduced self-sufficiency become dependent on assistance from other people, when they should be able to choose whether they will use informal sources of help or whether they will contact professional social service providers, when a combination of both methods is most appropriate especially for seniors. Municipalities as social services authorities should therefore ensure availability of social services for their citizens.

The aim of the practical part was to determine the need for provision of field social services in the territory of Mladovožicko from the perspective of people with reduced self-sufficiency and from the perspective of representatives of municipalities. I have chosen quantitative research, method of interviewing. Using the questionnaire technique I learnt in a first research sample, that consisted of persons aged 65 years or over and selected younger people with disabilities who live in 3 chosen municipalities, that they currently regard help from family members and other informal sources to be sufficient, which confirms hypothesis H1. Therefore they currently do not need social services. Hypothesis H2 - Women feel in terms of the parameters studied more self-sufficient than men, was disproved by the research. However, hypothesis H3 was confirmed – only people in early old age retain full self-sufficiency. For the second research sample, composed of mayors of municipalities of type I in the selected territory, in which no social services have operated so far, I used the technique of semi-structured interview. I learnt that community planning of social services is currently not important and essential for them. But I believe that the research itself has aroused interest of the respondents in this issue and the whole thesis may become one of supplementary

documents for further discussions of municipality representatives on possible establishment of social services for their citizens.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Situace osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 6. 5. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu Mgr. Aleši Novotnému za odbornou pomoc, věcné připomínky a za veškerý čas, který mi věnoval. Dále děkuji za ochotu všem respondentům, bez nichž by tato práce vůbec nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Osoba se sníženou soběstačností	11
1.1.1 Vymezení pojmů autonomie, nezávislost a soběstačnost.....	11
1.1.2 Lidské potřeby a jejich typologie	11
1.1.3 Snížená soběstačnost	13
1.1.4 Závislost osoby versus prostředí	15
1.2 Senioři jako nejpočetnější skupina osob se sníženou soběstačností	16
1.2.1 Definice stárnutí, stáří	16
1.2.2 Demografická situace	16
1.2.3 Potřeby seniorů a uznávané hodnoty	17
1.2.4 Příprava na stáří a jeho specifické problémy.....	19
1.2.5 Negativní vnímání stáří	21
1.3 Sociální politika v oblasti péče o seniory a osoby se zdravotním postižením	23
1.3.1 Hlavní směry sociální politiky v ČR	23
1.3.2 Zákon o sociálních službách.....	26
1.3.3 Terénní a ambulantní sociální služby a jejich efektivita	28
1.3.4 Zdravotně sociální péče	29
1.3.5 Úloha rodiny	30
1.4 Plánování sociálních služeb a jejich financování	32
1.4.1 Komunitní plánování sociálních služeb.....	32
1.4.2 Obec jako subjekt komunitního plánování sociálních služeb.....	34
1.4.3 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje	35
1.4.4 Charakteristika regionu Mladovožicko	37
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Hypotézy	39
2.3 Výzkumná otázka	39

3	METODIKA	40
3.1	Použité metody výzkumu.....	40
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	42
4	VÝSLEDKY	43
4.1	Dotazníkové šetření	43
4.1.1	Identifikační údaje	43
4.1.2	Soužití respondentů v domácnosti a v komunitě (obci)	45
4.1.3	Soběstačnost respondentů, příspěvek na péči.....	46
4.1.4	Využívané formy pomoci a jejich dostatečnost.....	55
4.1.5	Zájem respondentů o pečovatelskou službu	58
4.1.6	Požadavky respondentů směřované na obec a pověřený obecní úřad	60
4.2	Rozhovor s představiteli obcí	61
5	DISKUZE.....	69
6	ZÁVĚR	78
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	82
8	KLÍČOVÁ SLOVA	88
9	PŘÍLOHY	89
9.1	Seznam příloh	89

ÚVOD

Téma „Situace osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka“ jsem si vybrala z důvodu, že v tomto regionu žiji a zároveň i pracuji na sociálním oddělení pověřeného obecního úřadu, kde s osobami se sníženou soběstačností přicházím do styku také jako sociální pracovnice pečovatelské služby.

Autonomie, nezávislost a soběstačnost, jsou pro každého člověka velmi významné hodnoty, které si v průběhu celého života snaží uchovat. Obecně lze říci, že snížená soběstačnost se může u člověka projevit kdykoliv v průběhu jeho života. V dětství a v produktivním věku může vzniknout vlivem různého zdravotního postižení či chronického onemocnění, ale nejvíce se s ní setkáváme u seniorů. Ve věkové kategorii od 75 let výše určitou míru pomoci s úkony běžného dne snad vyžaduje každý. Ohrožení a ztráta autonomie je proto zpravidla považována za největší hrozbu stáří. V současné době, kdy se hovoří o tom, že v horizontu příštích 30 let se obyvatelé naší republiky přiřadí k vůbec nejstarším populacím na evropském kontinentě, se otázka zajištění těchto osob stává nanejvýš aktuální.

Odpovědnost za náš současný a budoucí život tedy nese každý z nás. U každého z nás je rozhodující, jak se připraví na své vlastní stáří, aby si svou soběstačnost udržel co nejdéle a jak se zachová vůči svým blízkým, kteří ji již částečně nebo úplně pozbyli.

Tento princip odpovědnosti a participace jednotlivce a rodiny je i základem naší sociální politiky. Od 1. 1. 2007 vstoupil v účinnost zákon o sociálních službách, který zavedl zcela novou dávku – příspěvek na péči, umožňující člověku závislému na pomoci jiné fyzické osoby si tzv. „koupit službu na míru“. Záleží jen na něm, zda využije péče ze strany rodiny nebo jiné blízké osoby či si na základě smlouvy sjedná některou vhodnou sociální službu. Tento zákon mu rovněž deklaruje, že veškeré sociální služby mohou fungovat pouze v případě, že jsou za pevně stanovených podmínek zaregistrovány, může je tedy považovat za odborné a bezpečné. Po dobu své činnosti by měly splňovat také veškeré standardy kvality, což kontrolují vyškolení inspektoři.

V tomto směru došlo tedy ke značnému pokroku, ale vyvstává otázka: „Má každý občan možnost využít tohoto svého práva?“ Ne každý má rodinu, která ho plně zabezpečí a rovněž ne ve všech oblastech naší republiky je zajištěna pro zde žijící občany stejná dostupnost vhodných sociálních služeb. Situace je neuspokojivá zejména v řídce osídlených lokalitách, v nichž se poskytování sociálních služeb jeví jako příliš nákladné. Bohužel právě z těchto venkovských oblastí mladí lidé odcházejí a zůstávají zde senioři, kteří pomoc potřebují. Pokrytí i těchto oblastí terénními sociálními službami je proto obsahem opatření střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, které vznikají na úrovni krajů. V praxi se je však mnohdy nedaří naplňovat, protože obce nejsou dostatečně motivované k podpoře těchto služeb, neúčastní se ani komunitního plánování.

V praktické části mé práce jsem se proto zaměřila na zmapování situace na Mladovožicku, které můžeme považovat za takovouto problematickou lokalitu. Na jejím území se rozkládá celkem 11 obcí, kdy pouze v jedné z nich je provozována pečovatelská služba. Cílem bylo zjistit potřebnost zajištění této sociálních služby i na zbytku území a to z pohledu osob se sníženou soběstačností a z pohledu zástupců obcí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Osoba se sníženou soběstačností

1.1.1 Vymezení pojmů *autonomie, nezávislost a soběstačnost*

Autonomie je jedním z ústředních témat filozofie, kdy ji definuje jako sebeřízení, *self-direction*, a morální jednání jako autonomní vůli, *choosing, autonomus will* (Cole, Holstein, 1996 in Sýkorová, 2007). Psychologové ji chápou v úzkém vztahu se subjektivním stavem fyzické a psychické pohody *well-being* a považují ji za jedno z kritérií mentálního zdraví (Ryff, 1989, Heathcote, 2000 in Sýkorová, 2007). Sociologie ji spojuje s otázkou svobody individua. Je tedy nahlížena z mnoha perspektiv a používá se ve značně širí významů. Podle některých autorů se odlišuje od pojmu **nezávislost**, kterým označují schopnost jedince dělat sám běžné činnosti každodenního života (Pichaud, Thareau, 1998 in Sýkorová, 2007). Oba pojmy tedy můžeme v podstatě chápat jako synonymum, kdy pro schopnost vykonávat každodenní aktivity, tedy funkcionální autonomii, zůstává vyhrazen pojem **soběstačnost** (Sýkorová, 2007). Dle Jarošové (2006) je determinovaná funkční zdatností individua a nároky prostředí, ve kterém se nachází. Odvolává se na teorii Zavázalové (2001), dle níž je komplexem čtyř základních komponent: *fyzické*, kde je nejdůležitější mobilita osoby, *psychické* – zejména schopnost zařizovat si věci samostatně, *sociální* – úroveň integrace s rodinou a společností a *ekonomické*, která je dána dostačujícími příjmy. Při testování a klasifikaci soběstačnosti je nutné hodnotit všechny tyto její složky.

1.1.2 Lidské potřeby a jejich typologie

Vzhledem k již uvedenému představují soběstačnost, autonomie a nezávislost pro člověka hodnoty, ke kterým by měla směřovat jeho snaha. Psychologie je řadí mezi lidské potřeby, které, jak říká, úzce souvisí s motivací člověka (Jankovský, 2003).

Nakonečný (1995) lidské potřeby obecně definuje jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince, jejichž naplňování

má sociální povahu a činnosti, které k němu vedou, jsou zakotveny v sociálních sítích (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Nejznámější psychologickou teorií zabývající se lidskými potřebami je motivační teorie Abrahama Maslowa, která je zaměřena na cíle, nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb. Potřeby se seřazují hierarchicky, kdy objevení se jedné potřeby je založeno na uspokojení potřeby hierarchicky níže postavené. Aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu dominovat. Žádnou potřebu však nemůžeme chápat jako izolovanou (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Maslow rozlišil pět druhů potřeb, které uspořádal do pyramidy, v jejímž základu jsou *fyziologické* (jídlo, pití, spánek atd.), nad nimi *bezpečí a jistota, láska a sounáležitost* (přátelství, atd.), *úcta a uznání*, kam patří právě i nezávislost a svoboda a nejvýše stojí *sebeaktualizace*. První čtyři označuje jako deficitní a poslední pátou jako růstovou. Později doplnil růstovou skupinu o estetické potřeby a potřebu sebetranscendence (něco, co člověka přesahuje). S touto teorií však nelze plně souhlasit, jejím problémem je právě hierarchické uspořádání. Znamenalo by to, že nám jde především o uspokojení základních potřeb, že jen bohatí lidé mohou dosáhnout sebeaktualizace. Jako příklad, který svědčí o opaku, je možno uvést situaci z každodenního života, kdy rodiče dítěte obětují svůj spánek péči o toto dítě (Hadkins, 2009).

Naproti tomu chilský ekonom Manfred Max – Neef vytvořil model rozvoje lidské škály (Human – Scale Development), kde konstatuje, že lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze. Potřeby zde jsou vyjma potřeby bytí a přežití, které tvoří základ, charakterizovány simultaneitou, vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Jsou to bytí/přežití, ochrana, láska, porozumění, participace, volný čas, kreativita, identita a svoboda. Potřeby jsou pak definovány v existenciálních kategoriích, jako je bytí, vlastnictví, děláné a interakce. (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

1.1.3 Snížená soběstačnost

Při vymezení pojmu snížená soběstačnost můžeme vycházet ze zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen zákon o sociálních službách), kde je stanoveno, že snížená soběstačnost u osoby nastává zejména z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení.

Jedinec ztrácí soběstačnost a stává se závislým na druhých. Závislost často souvisí s motorickými poruchami a poruchami paměti. Objevují se také symptomy, které snižují kvalitu života, kam můžeme zařadit například inkontinenci, nemožnost komunikovat, chronickou bolest, pohybové a orientační potíže (Semešiová, 2003). „*Ztráta soběstačnosti, nemožnost sebeobsluhy i v těch triviálních, ale zároveň nejdůležitějších věcech, člověka degraduje*“ (Haškovcová, 1990, s. 244). Při dosažení hranice naprosté závislosti namísto autonomie vystupuje do popředí hodnota bezpečí a lidské důstojnosti (Sýkorová, 2007).

Míra soběstačnosti osoby se u nás hodnotí rovněž dle již zmiňovaného zákona o sociálních službách. Hovoří se o ní v souvislosti s jejím posuzováním pro účely stanovení stupně závislosti a následného přiznání příspěvku na péči, kdy je osoba zařazena do jednoho ze čtyř stupňů. O přiznání rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností a to na základě vlastního sociálního šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti, a na základě posouzení okresní správou sociálního zabezpečení. Sociální šetření provádí sociální pracovník (zák. č. 108/2006 Sb.). Výčet hodnocených úkonů a k nim přiřazených konkrétních činností uvádím **v příloze č. 1.**

O provedeném sociálním šetření sociální pracovník vyhotovuje písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě. Po té ho zasílá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, jejíž posudkový lékař provede další posouzení, kde vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (zák. č. 108/2006 Sb.).

Vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen vyhl. č. 505/2006 Sb.), dále stanoví, že při hodnocení schopnosti

osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost jeho provádění. U osob do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonech nebo při některých činnostech v rámci úkonů, které tyto osoby nejsou schopny bez pomoci nebo dohledu zvládat z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stavu vývoje tělesných, smyslových a duševních funkcí a praktických dovedností, nutných pro péči o vlastní osobu a soběstačnost (vyhl. č. 505/2006 Sb.).

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby *ve stupni I (lehká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti; *ve stupni II (středně těžká závislost)*, jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti; *ve stupni III (těžká závislost)*, jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti; *ve stupni IV (úplná závislost)*, jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (zák. č. 108/2006 Sb.).

Tato metoda posouzení vychází z mnohých testů, které se využívají i v mezinárodním měřítku. K nejjednodušším a nejčastěji využívaným patří *Barthelův test základních aktivit denního života*, kde se hodnotí schopnost samostatného najedení, napití, oblékání, zajištění osobní hygieny, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli nebo vozík, chůze po rovině, a *test tzv. instrumentálních aktivit denního života* jako je jízda dopravním prostředkem, nákup potravin, uvaření, jednoduché domácí práce, vyprání osobního prádla, telefonování, užívání léků, odeslání peněz na poštu nebo zacházení s platební kartou (Holmerová Jurašková, Zikmundová, 2002).

1.1.4 Závislost osoby versus prostředí

U osoby se sníženou soběstačností je ale naprosto zásadní brát v úvahu, v jakém prostředí a s kým žije, protože nevhodnými životními podmínkami může být ještě více znevýhodňována a tím může být zvyšována její závislost na pomoci druhé osoby. Naopak jedinec se stejným zdravotním postižením, který má tomuto postižení přizpůsobeno prostředí a je mu poskytována vhodná pomoc, může i nadále prožívat svůj osobní život a život uprostřed společnosti téměř jako zdravý člověk (Pichaud, Thareauová, 1998).

To samé platí i ve vztahu k lidem, které osobu obklopují. Každý z nás je po celý život určitým způsobem závislý na mnoha lidech. Rozlišujeme však dva druhy závislosti – negativní a pozitivní. První z nich se zakládá na neschopnosti člověka něco dělat, takže ostatní se o něho musí starat. Ovšem toto činí z nadřazené pozice, jsou těmi, kteří řídí, zatímco pečovaná osoba je v situaci podřízeného a ovládaného. Ostatní dávají a on pouze přijímá. Prospěšná je však pouze pozitivní závislost založená na určité formě solidarity. Jde o skutečnou vzájemnou závislost, kdy každý dává i přijímá. Musíme ale být připraveni od každého přijímat, musíme pamatovat na to, že jakkoli postižený člověk toho má “hodně na rozdávání” (Pichaud, Thareauová, 1998).

Přístup samotných osob k reálné či hypotetické pomoci druhých se dá označit buď jako její *akceptace*, tedy její přijímání jako něco výjimečného nebo nezbytného, anebo „normálního“, běžného; anebo jako její *odmítání* s odkazem na osobní odpovědnost a hodnotu soběstačnosti, či jako její *vyžadování*, resp. nárokování (Sýkorová, 2007).

1.2 Senioři jako nejpočetnější skupina osob se sníženou soběstačností

1.2.1 Definice stárnutí, stáří

Stárnutí je proces, který se týká nejenom samotných seniorů, ale každého z nás. Zahrnuje ontogenetický vývoj jedince, který začíná narozením a končí smrtí. Období stárnutí a stáří je provázáno řadou regresivních změn v somatických i duševních funkcích člověka, což má významný dopad na kvalitu života jedince ve všech jeho sférách (Žumárová, Tesková, 2008).

Jako *kalendářní (chronologické) stáří* označujeme stáří, které je vymezeno dosažením určitého věku. Podle návrhu WHO (Světová zdravotnická organizace) z r. 1980 se za stáří označuje věk od 60 let výše. Období 60 – 74 let se označuje jako rané stáří (senescence), 75 – 89 let jako vlastní stáří (senium) a období 90 let a výše jako dlouhověkost. V anglosaských zemích se za mladé stáří označuje až věk od 65 let (Gruberová, 1998).

Věk funkční naproti tomu odpovídá skutečnému funkčnímu potencionálu člověka a zahrnuje charakteristiky biologické, psychologické a sociální. Stáří a stárnutí je z tohoto pohledu individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. *Produkční a poprodukční věk* se zavádí pro účely ekonomické klasifikace. *Věk sociální* označuje měnící se životní styl jedince, jeho znaky a vztahy v průběhu jeho života (Pacovský, 1981 in Jarošová, 2006).

Úkolem naší společnosti je podpora *pozitivního stáří*, které můžeme chápat jako aktivní využívání a rozvíjení všech zachovalých fyzických, psychických, sociálních a duchovních schopností a zkušeností osoby, a to bez ohledu na to, v jaké míře jsou zachovány (Čevela, Čeledová, 2008).

1.2.2 Demografická situace

Ve stáří, dříve či později, není možné být plně soběstačný a autonomní ve svém rozhodování a konání. Starý člověk má potíže dostat požadavkům běžného dne. Klesá-li celková, tedy i psychická soběstačnost, stoupá závislost (Haškovcová, 1990).

Projekce vývoje obyvatelstva ČR zpracovaná Českým statistickým úřadem ukazuje, že v následujících letech dojde ve struktuře naší populace k významným změnám. Do roku 2025 se podle tzv. střední varianty předpokládá, že celkový počet obyvatelstva mírně poklesne, ale počet osob starších 65 let, tedy osob, které jsou nejčastěji závislé na péči druhých, vzroste o více než 50 %, v období 2025 – 2050 pak o dalších 30 %, přičemž počet osob starších 80 let vzroste o dalších více než 75 % (Průša, 2008). Na začátku roku 2009 tvořil podíl obyvatel nad 65 let 14,9 % naší populace, k 1. 1. 2066 má tato věková kategorie již tvořit 32 %, tj. 3,41 miliónu. Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku, každý desátý obyvatel ČR bude starší 85 let (MPSV, 2009).

Jak uvádí Jarošová (2006), nepříznivě se bude vyvíjet také míra závislosti osob vyššího věku, v roce 2010 by mělo připadat na 100 ekonomicky aktivních lidí více než 37 osob vyššího věku, v roce 2020 to již bude 45 osob.

V demografii stáří je významný ještě další fakt – ve stáří vzniká velký rozdíl mezi počtem starých mužů a žen. Vzhledem k vyšší úmrtnosti mužů stoupá ve staré populaci procento žen, ve věku nad 80 let je jich již 2,5krát více než mužů (Gruberová, 1998).

1.2.3 Potřeby seniorů a uznávané hodnoty

Jak jsem se již zmínila, americký psycholog A. H. Maslow shrnul základní lidské potřeby a sestavil je názorně do pyramidy, v jejímž základě jsou potřeby „deficitní“ a na vrcholu potřeby „bytí“. Tuto hierarchii lidských potřeb je potřeba chápat tak, že se spíše uplatňuje mezi dvěma základními skupinami potřeb – skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta (potřeby rozvojové), které se nikdy zcela nenaplní a i když jsou uspokojeny, jejich potřeba stoupá, neboť náš život rozvíjejí a obohacují. Objevují se a rozvíjejí až po naplnění základních. V případě seniorů v naší společnosti jsou potřeby alfa v zásadě uspokojeny, ale strádají v potřebách rozvojových – tedy potřebě důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Nejnižší mezi potřebami **alfa** stojí *biologické a fyziologické potřeby* (výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, chuze, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolestí, smích a pláč jako fyzická záležitost, fyzické kontakty), jsou velmi důležité a proto je přirozené, že jejich uspokojení věnujeme nejvíce času. Nad nimi stojí *potřeba bezpečí*, která zahrnuje potřebu ekonomického zabezpečení (vědomí, že máme dost peněz na živobytí), potřebu fyzického bezpečí (například v případě obavy z pádu při horší pohyblivosti ji mohou posílit kompenzační pomůcky nebo opora ze strany druhé osoby) a potřebu psychického bezpečí (pocit jistoty, nemít strach, necítit se ztracený) zajišťují například denní rituály ((Pichaud, Thareauová, 1998). Na dalším stupínku stojí *potřeby sociální*, které vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny (potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut). Nejvýše patří *potřeba uznání a úcty, sebeúcty*, která vzniká v situaci ztráty respektu, kompetencí, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty (Jarošová, 2006).

Potřeby **beta** zahrnují *poznávací (kognitivní) potřeby* jako je potřeba znalostí, smyslu, sebeuvědomění; dále *estetické potřeby* – potřeba krásy, harmonie, rovnováhy; *potřeba seberealizace, sebenaplnění* spojená s rozvojem osobnosti, uplatněním a úplně nejvýše stojí *sebetranscendence*, tedy něco, co člověka přesahuje. Do sebeaktualizace řadíme i autonomii, která ve stáří nabývá specifických podob, souvisí s asertivitou, tedy s prosazováním vlastního životního stylu v souladu s vlastními potřebami, se sebekázní, rozhodností a odpovědností. Dále souvisí se schopností osoby být sama, aniž by se cítila osamělá. V autonomii seniorů dominuje soběstačnost funkcionální, a to jak fyzická, tak psychická, úzce závislá na zdraví jedince, které ovlivňuje i chápání hodnoty vlastní autonomie. Její hodnota se zvyšuje se zhoršujícím se zdravím, ovšem v okamžiku naprosté závislosti místo ní vystupuje do popředí hodnota bezpečí a lidské důstojnosti. (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Čevela a Čeledová (2008) hovoří o tzv. pozitivním čtyřlístku, který vychází z holistického pojetí člověka a zahrnuje fyzické a finanční potřeby, tedy zdravotní a materiální, na druhé místo staví společenské a emocionální potřeby, tedy potřebné sociální vztahy a vazby, společenské uznání. Třetí okruh tvoří mentální – psychické

potřeby, tedy možnosti vzdělávání a osobního růstu a poslední čtvrtý okruh zahrnují duchovní – spirituální potřeby, které chápeme jako vyšší postavení, odpovědnost, vliv, volnost a trvalý odkaz. Teprve po té, co jsou všechny okruhy potřeb naplněny, event. absence jednoho z nich je rovnovážně vyvážená nárůstem splněných potřeb v oblasti jiné, lze hovořit o kvalitním stáří.

Kvalita života seniorů se tedy odvíjí od řady environmentálních, ekonomických a sociálních faktorů, mezi něž můžeme zařadit např. míru pomoci ze strany rodinných příslušníků, přátel a sousedů, bariéry v okolním prostředí bránící přirozenému pohybu, dostupnost místní dopravy, občanskou vybavenost sídla, ale také dosažitelnost, dostupnost a kvalitu systému sociálních služeb (Kubalčíková, 2010).

Nesmíme zapomínat ani na potřeby osob v terminální fázi života, jimiž se zabývá paliativní péče. Hovoříme zde o *potřebách somatických* – tišení bolesti, péče o hygienu, příjem potravy, zajištění pitného režimu, péče o nejpřirozenější vyměšování a podmínky pro nerušený spánek; dále o *potřebách psychických* – ochrana důstojnosti umírajícího, možnost rozhodovat o sobě, dobrá informovanost o zdravotním stavu (je nutné umět sdělit pravdu a nevzít naději). *Potřeby sociální* znamenají možnost kontaktu s okolím, možnost své návštěvníky regulovat, telefonovat, získávat informace, volnost pohybu, kdy limitující je pouze zdravotní stav; pomoc při řešení problémů rodinných a finančních a vědomí, že ani v okamžiku umírání člověk nezůstane sám. Zde nabývají důležitosti také *potřeby spirituální*, i lidé, kteří nežijí z víry, si kladou otázky po smyslu svého života, bilancují, potřebují vyjádřit svému okolí lásku a odpuštění, potřebují totéž slyšet a vnímat od druhých (Štolbová, 2009).

1.2.4 Příprava na stáří a jeho specifické problémy

Každý z nás by si jistě chtěl zachovat soběstačnost co nejdéle, prožít své stáří jako plnohodnotný úsek svého života.

Mýtus, že stáří je nemoc, která se mimo jiné vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již překonán. Tělo i mysl se dají vytrénovat, aby fungovaly lépe a zdravěji i v pozdějším věku, dokáží znovu a znovu obnovovat své schopnosti, mají pak schopnost

správně fungovat po dlouhá léta. Žádné studie rovněž nedokázaly, že hlavní příčinou nemocí je faktor stáří. Vylepšíme-li faktory jako je výživa, aktivita, způsob myšlení, životní styl a životní prostředí, vylepší se i naše problémy stáří. Budeme stárnout zdravěji (Žumárová, Tesková, 2008).

Není tedy možné ponechat obsahovou stránku svého vlastního stáří náhodě, člověk by se měl na stáří, jakožto ostatně na každý časový úsek svého života odpovědně připravovat. Již Cicero opakovaně nabádal k aktivitě a práci na sobě, protože sebeovládáním se daří snížit negativa a obtíže stáří na relativně nízkou mez (Haškovcová, 1990).

Již nejméně od 45. roku života bychom měli pěstovat zdravý životní způsob, abychom si zachovali po dlouhou dobu praktickou soběstačnost. Stáří musíme začít akceptovat jako nedílnou a zákonitou součást života a připravovat si již konkretizovanou variantu druhých činností, druhého životního programu, který může být modifikovaným pokračováním profesního programu, ale jeho náplň může být a někdy dokonce musí být zcela odlišná. Před odchodem do důchodu bychom měli preventivně zmírnit své budoucí obtíže a vytvořit si podmínky pro příjemný život, například vyměnit byt za menší, pohodlnější, v blízkosti svých dětí, za byt v nižším patře nebo v domě s výtahem či stávající byt obměnit, odstranit architektonické bariéry, doplnit stárnoucí a nefungující předměty dlouhodobé spotřeby a vytvořit si přiměřené finanční rezervy (Haškovcová, 1990).

Zdraví starší lidé mohou rozvíjet své záliby, koníčky, účastnit se na kulturním a společenském životě. Udržují kontakty s okolím, mají pocit užitečnosti a prospěšnosti. Aktivní senior má šanci dožít se vyššího věku než člověk, který má málo pohybu. Chůze, práce na zahrádce, turistika, plavání patří mezi nejvhodnější druhy tělesného pohybu, vždy však se zřetelem na věk a zdravotní omezení. Vitálnímu seniorovi také nic nebrání v jeho sexuální aktivitě, která může být zdrojem silných citových zážitků a může zpříjemňovat i toto životní období (Semešiová, 2003).

Skutečností však je, že s přibývajícím věkem počet nemocných stoupá. Ve věku nad 75 let převažují chronické nemoci, hovoříme o tzv. polymorbiditě. Léčení jedné choroby obvykle negativně ovlivňuje léčení dalších potíží, hovoříme o tzv. iatrogenních

chorobách. Dále staří lidé bývají sužováni poruchami homeostázy (vnitřní rovnováhy organismu), pády, pomateností a inkontinencí (Haškovcová, 1990).

Některé z biologických aspektů stárnutí (změny zraku, sluchu, úbytek svalové síly, zhoršování pohybových schopností) jsou jednou z hlavních příčin toho, že se staří lidé vyčleňují ze svého okolí, dochází k sociálnímu vyloučení (Pichaud, Thareauová, 1998). Samota a izolace však také mohou zpětně vést k nejružnějším bolestem a potížím somatického rázu. Starý člověk je vystaven také tzv. generační osamělosti, kdy se musí smířovat se smrtí svých vrstevníků, svého životního partnera. Osamělost lépe snášejí ženy, protože se o sebe zpravidla lépe dokážou postarat než muži (Jarošová, 2006).

1.2.5 Negativní vnímání stáří

Chování mladší generace vůči starým lidem je ovlivněno mnoha předsudky a stereotypy. Výsledkem je šablonovité pojetí stáří, kdy faktické chování ostatních lidí neodpovídá skutečným potřebám stáří (Haškovcová, 1990).

V případě systematické stereotypizace a diskriminace lidí na základě věku a to jak na úrovni institucionální, tak individuální hovoříme o tzv. ageismu. Znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti a snižuje jejich životní šance. Objektem ageistických postojů a chování se stávají muži i ženy, i když ženy jsou navíc ohroženy ještě sexismem (vlivem snížení fyzické přitažlivosti a ukončení fertility), obou pohlaví se však dotýká nárůst ekonomické závislosti po odchodu do důchodu, redukce mimopracovních rolí souvisejících s úplným osamostatněním dětí (prázdné rodinné hnízdo – *empty-nest*), s ovdověním, úmrtím přátel atd. Staré muže i ženy tento podobný úděl staví do společné opozice proti ne-starým, hovoří se o *degenderizaci stáří* (Sýkorová, 2007).

Extrémní formou ageismu je týrání a zneužívání seniorů, kdy nejčastěji se jedná o fyzické násilí a finanční zneužívání. Finanční zneužívání může mít mnoho podob a poloh, od odevzdávání všech finančních prostředků a materiálního bohatství po nedobrovolné či kvazidobrovolné drobné finanční dárky, kterými se senior snaží

„koupit“ vztah či lepší službu (Vidovičová, 2008). Závažné je ale i zanedbávání péče, které má za následek újmu způsobenou neuspokojením základních potřeb starého člověka. Prevence těchto negativních jevů by měla patřit mezi hlavní priority zajišťování kvalitní péče (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Neméně nebezpečný je i *paternalismus*, „přepečování“, které vede k benevolentní ochraně „bezmocných a infantilních“ starých lidí, nadměrné péči, která je projevem neúcty, zvyšuje jejich závislost a snižuje autonomii (Sýkorová, 2007).

V souvislosti s negativním vnímáním stáří můžeme hovořit také o tzv. demografické panice, dle níž dojde k „nevyhnutelnému“ zbrzdění či dokonce zastavení ekonomického a sociálního vývoje všech stárnoucích společností. Tato panika je šířena za pomoci médií „shora“ a stáří je ve snaze legitimizovat před veřejností proces racionalizace státních výdajů představeno jako vysoce nákladná sociálně-ekonomická položka (Vidovičová, 2008).

1.3 Sociální politika v oblasti péče o seniory a osoby se zdravotním postižením

1.3.1 Hlavní směry sociální politiky v ČR

Sociální politiku lze obecně vymezit jako „soubor aktivit, které cílevědomě směřují ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva jako celku, resp. určitých skupin obyvatelstva, k zabezpečování „sociálního bezpečí“ a „sociální suverenity“ v rámci daných hospodářských a politických možností země“ (Krebs, 2007, s. 24). Lze konstatovat, že naše sociální politika v posledních letech věnuje problematice seniorů a osob se zdravotním postižením stále větší pozornost, kdy vychází z již dříve přijatých mezinárodních dokumentů.

V roce 2003 definovalo MPSV ČR základní principy transformace sociální politiky ČR známé pod titulem **Bílá kniha v sociálních službách**, což jsou zásady vycházející z evropského pojetí sociální politiky. K základním principům patří:

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli jejich závislost,
- začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení,
- respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který by vyhovoval všem,
- partnerství – pracovat společně, nikoli odděleně,
- kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
- rovnost bez diskriminace,
- standardy národní, rozhodování na místě (Průša, 2007b).

Na jejich základě byl v roce 2006 vydán již zmíněný zákon o sociálních službách, který vstoupil v účinnost od 1. 1. 2007 a přinesl naprosto zásadní změnu v systému sociální péče. Opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a nahradil jej smluvní formou vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty. Zvláštní důraz je kladen na nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti, na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli a osobami jim blízkými s cílem mobilizovat uživatele k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních služeb. Velmi patrný je také

důraz na respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti klientů. Všechny zmíněné zásady byly vodítkem ke zpracování „Standardů kvality poskytování sociálních služeb“, které jsou součástí vyhl. č. 500/2006 Sb. a které musí splňovat všichni registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Dodržování kontrolují inspekce (Čámský, 2009).

Dalším důležitým dokumentem je ***Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 - 2012***, který připravilo MPSV ČR. Formuluje tyto priority a závazné úkoly mající zásadní vliv na kvalitu života starších osob:

- udržení a zvýšení zaměstnanosti starších pracovníků,
- zvyšování jejich pracovní mobility a zabránění jejich vyčleňování z trhu práce,
- podpora a ochrana rovných práv a příležitostí a vyloučení diskriminace z důvodu věku,
- zajištění odpovídající, dostupné a potřebné péče a služeb pro seniory (sociální služby, zdravotní péče, bydlení aj.),
- podpora a rozšiřování celoživotního vzdělávání a podpora příležitostí k individuálnímu rozvoji a posílení nezávislosti,
- zajištění sociálního začlenění starších osob a seniorů (MPSV, 2008b).

Tento program vychází z následujících základních principů v přístupu ke starším občanům a ke stárnutí populace:

- *celoživotní přístup* – je nutné ho uplatnit v oblasti zdraví, vzdělávání, zaměstnatelnosti, bydlení, hmotného zabezpečení a sociální participace (MPSV, 2008b),
- *partnerství vlády a samosprávy* – samosprávy by měly mít vůdčí úlohu při vytváření stáří vstřícných komunit a podmínek pro zvýšení kvality života na místní úrovni, vláda by je měla podporovat a při tom zohlednit rozdíly a specifické potřeby jednotlivých regionů,
- *mezigenerační vztahy a soudržnost* – podpora těchto vztahů by měla být součástí všech aktivit realizovaných v reakci na stárnutí populace, zvláštní pozornost zasluhují znevýhodněné a zranitelné skupiny - závažně zdravotně postižení, osoby s demencí, duševně nemocní, migranti, obyvatelé špatně vybavených lokalit venkova a měst (Klevetová, 2009),

- *genderový přístup* – sociální politika a podpora péče a pečovatелů by měly být genderově sensitivní a spravedlivé, důležité je zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména rozdílných rizik, potřeb a specifík mužů a žen v jednotlivých oblastech života,
- *dialog s občanskou společností a sociálními partnery* – organizace prosazující zájmy starších osob jsou aktivními partnery v tvorbě politiky, je žádoucí usilovat o zapojení a účast samotných starších osob na řešení otázek, které se jich dotýkají a na rozvoji společnosti,
- *odpovědnost jednotlivce a společnosti* – všichni lidé tedy i starší mají odpovědnost za využití příležitostí k uplatnění a za odpovědný přístup ke svému životu a ke svému zdraví, společnost by jim k tomu měla poskytnout podmínky a rovné šance,
- *snižování sociálních a geografických rozdílů (ekvita)* – usilovat o sociální spravedlnost a snižovat územní rozdíly v dostupnosti a kvalitě služeb a příležitostí, zajistit rovný přístup k důležitým službám, produktům, včetně bydlení, dopravy, zdravotní péče, věnovat pozornost rozdílům mezi městem a venkovem,
- *politika podložená důkazy* – musí vycházet z podložených a ověřených poznatků, které musí být monitorovány a vyhodnocovány, z výsledků výzkumů a objektivních dat,
- *důstojnost* – zabraňuje projektivnímu přístupu a redukci potřeb starších lidí a stárí na sociální a zdravotní problematiku, vyžaduje uspokojení duchovních a kulturních potřeb, „zplnomocnění“ a podporu aktivní nezávislosti,
- *informovanost a mainstreaming* – při koncepční činnosti je nezbytné znát potřeby, preference, rizika a omezení různých skupin starších lidí, nutnost využití participativního přístupu. Zohlednění demografického stárnutí a potřeb starších lidí v činnosti různých subjektů vede k zabránění nežádoucím důsledkům nebo jejich včasné nápravě (MPSV, 2008b).

Nejnovějším dokumentem, který byl přijat usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010, je ***Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014***. Navazuje na *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009* a plně vychází z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, jež ČR ratifikovala v září 2009.

Mimo jiné je zde zdůrazněna nutnost podporovat příznivý postoj společnosti k odlišnostem a individualitě každého jedince a to jednak prostřednictvím médií, ale i úpravou všech právních předpisů, v nichž by se jakýkoli náznak diskriminace mohl vyskytnout. Prioritní je zejména podpora soběstačnosti osob se zdravotním postižením a to postupným odstraňováním existujících bariér u veřejných budov a dopravních staveb postavených v minulosti, rozšiřováním počtu bezbariérově přístupných webových stránek, zajištěním vývoje, výroby a finanční dostupnosti kompenzačních pomůcek. Důležité je také v rámci dotačního řízení podporovat takové sociální služby, které těmto osobám umožní setrvat v domácím prostředí, aby prevence proti jejich umísťování v rezidenčních zařízeních (Vláda ČR, 2010).

1.3.2 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách, jak již bylo řečeno, stanoví zákonný rámec poskytování sociálních služeb a vymezuje poskytování *příspěvku na péči* osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Tuto pomoc může poskytovat osoba blízká nebo jiná fyzická osoba či poskytovatel sociálních služeb registrovaný dle tohoto zákona. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Cílem je rovněž přesnější alokace těchto veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče, nikoli tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb (Průša, 2007, s. 75). Jeho výše se odvíjí od stanoveného stupně závislosti, u dospělé osoby od 2.000,- Kč, u dětí do 18 let od 3.000,- Kč v I. stupni až do 12.000,- Kč měsíčně ve IV. stupni. Poskytuje ho obecní úřad obce s rozšířenou působností (zák. č. 108/2006 Sb.).

Tento příspěvek má sloužit k pokrytí pouze části nákladů na zabezpečení potřebné péče, kdy se předpokládá, že k úplné úhradě budou využity i jiné zdroje klienta jako je jeho důchod, vlastní úspory, prostředky jeho rodinných příslušníků i další veřejné zdroje, např. veřejné zdravotní pojištění v případě úhrady nákladů za zdravotní a ošetrovatelskou péči. (Průša, 2007a).

Zákon dále upravuje typologii sociálních služeb. Rozlišuje tyto druhy služeb:

- *sociální poradenství* – základní, které je základní činností při poskytování všech sociálních služeb, a odborné, které je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob, jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek,
 - *služby sociální péče* - napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení,
 - *služby sociální prevence* - napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů,
- a tyto formy jejich poskytování:
- *pobytové služby* - spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb,
 - *ambulantní služby* - služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování,
 - *terénní služby* - služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (zák. č. 108/2006 Sb.).

ČR patří k zemím s největším podílem pobytových zařízení sociální péče, v poslední době se proto začíná prosazovat deinstitucionalizace služeb sociální péče, což znamená, že snahou je poskytovat maximum možné péče v přirozeném domácím prostředí klientů. Podporován je tedy zejména rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb, které vhodně doplňují neformální druhy péče, mezi něž můžeme zařadit zejména rodinnou péči, sousedskou výpomoc a další služby, které nejsou přímo definovány zákonem o sociálních službách (Bohatá, 2008).

1.3.3 Terénní a ambulantní sociální služby a jejich efektivita

Terénní a ambulantní služby sociální péče jsou tedy nejvhodnějším typem sociálních služeb pro většinu osob se sníženou soběstačností. Dle zákona o sociálních službách mezi ně patří nejčastěji využívaná pečovatelská služba, dále osobní asistence, tísňová péče, centra denních služeb a denní stacionáře. Definice těchto služeb uvádím v **příloze č. 2**.

Tyto služby vhodně doplňují **odlehčovací služby**, které jsou poskytovány zejména jako pobytové 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.

Obsahují tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání 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 (zák č. 108/2006 Sb.).

Neméně důležitým aspektem hovořícím ve prospěch terénních sociálních služeb je jejich nízká nákladovost. Dle materiálu zpracovaného MPSV k předsednictví ČR v Radě EU, roční výdaje na jednoho uživatele v domově pro seniory představují 189 150 Kč, kdežto u pečovatelské služby pouze 13 910 Kč (Kubalčíková, 2010).

1.3.4 Zdravotně sociální péče

Zejména u seniorů je vhodná také komplexní zdravotně sociální péče, do níž je zakomponována vedle akutní i kvalitní následná péče a zpravidla i péče dlouhodobá. Toto pojetí komplexní péče však u nás zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím resortů zdravotnictví a sociální péče. Může se jednat o převážně péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní nebo naopak o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče, ale také o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit (Jarošová, 2006).

Systém integrované domácí sociálně zdravotní péče se v současné době teprve začíná rozvíjet, kdy sociální složku zajišťují pečovatelské služby, jejichž zřizovatelem jsou obce nebo v některých případech i kraje či nestátní neziskové organizace. Jejich pomoc klientovi má převážně materiálně technickou podobu a je provázena humanistickým přístupem. Domácí zdravotní péči zajišťují zejména nestátní neziskové organizace. U domácí zdravotní péče je však nutné usilovat o její právní zakotvení, vymezení odbornosti včetně vymezení kompetencí sester, o zpracování standardů a dořešení úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění. Kraje a obce by měly mít ze zákona uloženu povinnost vytvářet podmínky pro zajišťování integrované domácí sociálně zdravotní péče na svém území a zajistit koordinaci jednotlivých subjektů, které ji poskytují (Průša, 2007a).

Poskytování dlouhodobé zdravotní a sociální péče je tedy u nás v současné době systémově nedostatečné, z větší míry je uplatňován model akutní péče, který nedostatečně pokrývá zdravotní a sociální potřeby klientů, zejména seniorů a chronicky nemocných. Z hlediska stárnutí naší populace, které bude probíhat velmi rychlým tempem, narůstá bude populace osmdesátiletých a starších občanů, je nutné v této oblasti přistoupit k systémové změně, která bude uplatňovat model dlouhodobé péče (*long-term care*), který již úspěšně funguje v zahraničí. Hlavní iniciátorkou těchto změn je doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D, na jejíž popud byl v roce 2009 na MPSV ČR ustanoven Expertní panel na problematiku dlouhodobé péče. Jsou v něm zástupci ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví i další odborníci pro tuto oblast a to i z neziskové sféry. Všichni se shodli na tom, že je nezbytné

v maximální možné míře podpořit péči v domácím prostředí. Kvalitní péče v ústavních zařízeních by měla být až sekundární možností. Cílem tohoto expertního panelu je jednak zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb v modelu dlouhodobé péče, zpracovat důvodovou zprávu ke změně legislativy, která povede ke zvýšené provázanosti zdravotní a sociální péče a jednak navrhnout nový efektivní způsob financování tohoto modelu (MPSV, 2010).

1.3.5 Úloha rodiny

V případě nutnosti zajištění péče o nesoběstačné osoby, zejména o seniory, nelze ze strany rodiny jednoznačně spoléhat na stát, tedy ve smyslu: stát se musí postarat Stejně tak se stát nemůže zbavit povinnosti a delegovat péči na rodinu nebo na jiné subjekty, aniž by k tomu poskytl finanční a rámcové podmínky, které jsou jejím předpokladem (Šelner, 2004 in Jeřábek a kol., 2005).

Naše sociální politika stále ještě nevytváří dostatečně příznivé podmínky pro realizaci rodinné péče. Pečující osoba se mnohdy dostává do ekonomické nejistoty, která ještě více umocňuje již tak nelehkou pozici pečovatele vystaveného značné fyzické a psychické zátěži. Přitom tuto formu péče lze označit za nejpřirozenější, nejlépe naplňující individuální potřeby osoby a samozřejmě za nejméně zatěžující veřejné rozpočty (Francová, Novotný, 2008).

Dobře fungující **rodina** v případě nesoběstačného člověka znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina však musí mít možnosti, vůli, motivaci a snahu pomoc poskytnout. Důležitou roli sehrává také způsob bydlení rodiny, vzdálenost blízkých nebo příbuzných osob, ale také společenské klima, morálka, etické normy, společenské i rodinné tradice, podpora legislativní i ekonomická. V tradiční vícegenerační rodině se všichni účastnili práce, a to včetně starších členů, úbytek fyzických sil ve stáří znamenal pouze orientaci na jiný druh práce. I ve vyšším věku tak pokračovala aktivita vedoucí k posilování sebeúcty, pocitu užitečnosti a bránící snížené soběstačnosti. Staří lidé byli i nadále součástí velké rodiny i celé společnosti. Samozřejmě, že se i zde vyskytovaly případy částečné izolace a útisku (Klevetová,

Dlabalová, 2008). V dnešní době, kdy v dějinách lidstva poprvé žijí společně čtyři generace, se paradoxně starý člověk do izolace dostává poměrně často. Společenská pozice starých lidí je okrajová, naše kultura pěstuje kult mládí. Stáří nemá autoritu. Očekávání starých lidí, že se o ně postarají členové rodiny, jsou mnohdy zklamávána (Matoušek, 2003). Některé děti nemají na své rodiče čas, některé si přejí, aby odešli do vhodného sociálního zařízení, protože se tam o ně postará kvalifikovaný personál. Upřednostňují tedy svou představu o bezpečnosti, aktivitách a způsobu života rodičů. Nerespektují přání rodičů zůstat doma, kde to znají, kde mají své přátele (Klevetová, Dlabalová, 2008).

V oblasti mezigeneračních vztahů bylo u nás provedeno již mnoho výzkumů, např. Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí Praha (dále jen VÚPSV). Z výzkumu „Sociální sítě“ z roku 2001 vyplynulo, že na pomoci seniorům se rodina podílí nejvíce. Mezinárodní srovnávací výzkum „Mezigenerační solidarita“ z roku 2003, který vedl Ivo Možný, dokonce konstatuje, že v ČR je míra mezigenerační solidarity překvapivě na stejné úrovni nebo dokonce i vyšší ve srovnání s tak tradičně uspořádanou islámskou zemí, jako je Turecko. Údajně až tři čtvrtiny žen střední generace pomáhají svým starým matkám a dokonce bylo zjištěno, že česká rodina žije i častěji v třígenerační domácnosti. Naproti tomu výběrová šetření „Život ve stáří“ z roku 2002 a „Rodina 2001“ potvrzují, že je jednoznačně preferováno oddělené bydlení nukleárních rodin a společné třígenerační soužití je výjimečné. Ovšem i Ivo Možný přes uvedená pozitivní zjištění konstatuje, že z demografických předpovědí lze usuzovat, že českým rodinám síly vydrží ještě tak deset, dvacet let, což bude pro stát situace do této doby nevídaná (Hasalíková, 2007). Důležitým poznatkem je také skutečnost, že senioři si velmi cení své autonomie a že asistenci dětí omezují na výjimečné situace či specifické činnosti, a pokud je to jen trochu možné, nechtějí s ní vůbec počítat nebo se jí snaží „oplatit“. Pocit závazku vůči dětem, je pro ně tedy obtížně přijatelný, stejně jako představa, že jsou pro ně zátěží (Sýkorová, 2007).

1.4 Plánování sociálních služeb a jejich financování

Jedním ze způsobů, jak efektivně naplňovat hlavní cíle a principy sociální politiky EU a ČR je plánování sociálních služeb, provádí se metodou komunitního plánování. (Skříčková a kol., 2007). Důvodem nutnosti plánování v oblasti sociálních služeb je skutečnost, že sociálních služby jsou vyjmuty ze soutěže na volném trhu, jejich hospodaření je proto nutné regulovat. Regulace v rámci takto definovaných poměrů musí být respektující a chránící uživatele (Úlehla in Bajer, 2009). Zákon o sociálních službách zavedl povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb krajům, pro obce je to pouze možnost. Na úrovni vyššího samosprávného celku, který rozhodně nemůžeme považovat za komunitu, však nelze principy metody komunitního plánování automaticky využít, zejména nelze efektivně dostát požadavku zapojení veřejnosti a uživatelů služeb (VŠERS, 2007). V zájmu zachování všech principů, jimž se budu věnovat v následujícím oddíle, je proto nutné započít „ze zdola“ s využitím komunitních plánů obcí.

1.4.1 Komunitní plánování sociálních služeb

Cílem a smyslem komunitního plánování sociálních služeb je budování kvalitní sítě sociálních služeb, která odpovídá potřebám občanů a ve které budou zdroje a prostředky využívány hospodárně (tedy na prokazatelně potřebné služby), transparentně a srozumitelně pro veřejnost (Skříčková a kol., 2007).

Komunitní plánování vychází ze tří základních myšlenek:

„Než o lidech rozhodneš, porad' se s nimi.“ (Úlehla in Bajer, 2009, s. 13). V praxi se tato myšlenka uplatňuje tím, že v rámci této metody spolupracují minimálně tři strany, tedy uživatelé (stávající i potencionální), zadavatelé (obce nebo kraje) a poskytovatelé (Skříčková a kol., 2007).

„Nepomáhejte, buďte užiteční!“ Vychází z toho, že nesmíme nikoho nutit k něčemu, co sám nechce, se zdůvodněním, že je to „pro jeho dobro“ (Úlehla in Bajer, 2009, s. 13).

„Vezměte to do vlastních rukou“. Tedy, že z procesu plánování nikdy nesmíme vyloučit uživatele sociálních služeb, jinak by to vedlo k lobbismu (Úlehla in Bajer, 2009, s. 14).

Průběh plánování sociálních služeb začíná stanovením a formulací poslání tohoto procesu a získáním politické podpory, vytvořením organizační struktury, definováním konkrétních kompetencí a odpovědností. Po těchto přípravných činnostech následuje popsání situace v daném území, kam můžeme zařadit sběr a zpracování demografických dat, mapování sociálních služeb na daném území, zjišťování potřeb a názorů poskytovatelů a zadavatelů, analýzu uživatelů, zjišťování jejich přání a potřeb a zjišťování názorů veřejnosti. Po té je nutné stanovit priority a zpracovat vlastní plán rozvoje sociálních služeb. V průběhu realizace probíhá monitorování opatření a aktivit a vyhodnocení celého procesu (Skříčková a kol., 2007).

Svá specifika má plánování sociálních služeb ve venkovských oblastech, rovněž ani zde stávající metodické postupy nelze plně využívat. Především je nutné zjistit, zda v obci existuje skutečná potřeba zavádění sociálních služeb a získat informace o případné ochotě místní samosprávy tyto služby podpořit. Právě tomuto výzkumu se budu věnovat v praktické části mé práce.

Venkovští obyvatelé rozhodně nemají stejný komfort veřejných služeb jako obyvatelé měst. Existuje zde problém nízké nebo nulové dostupnosti terénních služeb. Převažuje nutnost se za komfortem někam dopravit nebo ho za mnohem finančně náročnějších podmínek do obce z větších sídel dovést, což se týká i sociálních služeb. Obecní rozpočty na vše nevystačí. Představitelé obcí jsou také značně přetíženi, jsou ochotni řešit pouze palčivé problémy a povinnosti explicitně stanovené zákonem. Obec se rozhoduje, který ze všech požadavků občanů je ten nejdůležitější, a na sociální služby dojde až ve chvíli, kdy na řešení situace jsou vnitřní „komunitní“ síly slabé. Pomoc od profesionálů je vnímána jako potřebná až tehdy, kdy dochází k ohrožení života konkrétního občana nebo k narušení soužití a sociálního míru v obci (Hloušková, 2009).

1.4.2 Obec jako subjekt komunitního plánování sociálních služeb

Povinnosti obcí v oblasti sociálních služeb upravuje § 94 zák. o sociálních službách. Je zde uvedeno, že obec zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou. Může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby. Spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje; za tím účelem sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích (zák. č. 108/2006 Sb).

Obce jsou tedy nejnižším a zároveň nejdůležitějším článkem v systému, protože objednávají sociální služby pro své občany. Zejména kapacity malých obcí, v případě zjišťování potřeb jednotlivých skupin občanů a zabývání se jimi, jsou omezené. Z tohoto důvodu je pro obce výhodné spolupracovat s okolními obcemi ve svém území. Ideálním územím je obvod obce s rozšířenou působností, případně obce s pověřeným obecním úřadem. Společným postupem se zajistí znalost místních potřeb a zároveň dostatečná kapacita k jejich systematickému řešení. Spolupráce představuje především vzájemné sdílení informací o potřebách občanů, nastavování mechanismů fungování služeb, jejich rozvoje, ale také spolupodílení se na financování služby z obecního rozpočtu (Zeman, 2008b).

K financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb jsou poskytovány dotace, a to pouze těm poskytovatelům, kteří jsou řádně zapsáni v registru (Průša, 2007a). Na financování sociálních služeb se kromě obcí a státu podílejí také kraje, uživatelé z příspěvku na péči a z vlastních zdrojů, kdy úhrady uživatelů jsou limitovány vyhl. č. 505/2006 Sb., která uvádí maximální možné úhrady za jednotlivé

úkony. V některých případech je možné financování z různých grantů, včetně grantů EU, sponzorských darů i darů fyzických osob, pomocí fundraisingu. Zdravotnické a ošetrovatelské úkony hradí zdravotní pojišťovny.

Odpovědnost obcí za uspokojování sociálních potřeb občanů není ale chápána tak, že každá obec je povinna zabezpečit všechny sociální aktivity vlastními silami, ale jde o to, aby byly jejím občanům dostupné, ať již je poskytuje kdokoliv (Průša, 2007a).

Pokud je tedy konkrétní služba využívána občany více obcí, je nutné, aby se tyto obce na financování na základě uzavřené smlouvy spolupodílely. Je možné využít tzv. *příímé úhrady*, která je výhodná zejména pro malé obce. Obec se podílí na úhradě nákladů, které nejsou pokryty z jiných zdrojů, podle reálných nákladů za čerpané služby uživatelem z této obce. Výhodou tedy je, že obec platí skutečně pouze to, co její občan odebral a umožňuje lepší kontrolu poskytovatele. Nevýhoda spočívá v možném jednorázovém růstu nákladů, které se nedají předem odhadnout, ve větší administrativní náročnosti a hrozí zde i riziko negativního vnímání občana, který službu čerpá, ze strany ostatních občanů. Další možností jsou *paušální příspěvky*, tedy pravidelné dotace, které lze poskytovat na základě počtu obyvatel, případně za klienta dle velikosti obce nebo na konkrétní počet občanů, kdy se nezjišťuje, jaké úkony občan čerpal. Výhodou jsou snáze předvídatelné částky, které navíc umožní fungování služby i v době, kdy je přechodně nižší počet klientů, model tedy umožňuje sdílet náklady na službu, protože přispívají i obce, které momentálně žádné uživatele nemají. Ne každá obec je tedy ochotna na tento model přistoupit (Zeman, 2008a).

Pro venkovské oblasti je vhodná kombinace obou modelů, kdy větší obec, která obvykle službu zajišťuje, dostává část příspěvků paušálně za vytvoření kapacity pro malé obce a část je financována na základě reálně odebraných služeb (Zeman, 2008a).

1.4.3 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje

Povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob,

kterým jsou poskytovány sociální služby, ukládá krajům zákon o sociálních službách v § 95, kde je rovněž stanoveno, že při jeho zpracování přihlíží k informacím obcí o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích. Dále vychází z údajů vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb. Po jeho zpracování opět za účasti zástupců obcí, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, průběžně sleduje a vyhodnocuje jeho plnění, o čemž informuje ministerstvo (zák. č. 108/2006 Sb.).

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje byl schválen usnesením zastupitelstva Jihočeského kraje dne 18. 9. 2007 na období let 2008 – 2010. Vznikl v rámci projektu Společný komunitní plán Jihočeského kraje – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje, který podala Vysoká škola evropských a regionálních studií o. p. s. České Budějovice, kdy Jihočeský kraj byl partnerem tohoto projektu. Projekt byl spolufinancován Evropskou unií. Bylo ustanoveno šest pracovních skupin (pro děti a mládež, seniory, osoby se zdravotním postižením, osoby v akutně nepříznivé sociální situaci, příslušníky národnostních a jiných menšin, uprchlíky, cizince a pro osoby ohrožené drogami nebo na drogách závislé) a dvě průřezové a odborné skupiny (analyticko výzkumná a ekonomicko analytická). Hlavním zdrojem dat a údajů byly dotazníkové průzkumy, komunitní plány obcí a regionů kraje, metodické a koncepční dokumenty, právní předpisy, statistické údaje a další průzkumy a konzultace, např. osobní dotazování na obcích III. typu (VŠERS, 2007).

Pro oblast cílové skupiny seniorů byly vymezeny čtyři priority. První reaguje na očekávaný nárůst nejstarší populace nutností udržet stávající počet lůžek v pobytových zařízeních, ale i dále zvyšovat kapacity těchto zařízení. Druhou prioritou je podpora a rozvoj terénních pečovatelských služeb, třetí podpora a pomoc pečujícím osobám při zajišťování odlehčovacích služeb a poslední prioritou je informování veřejnosti o poskytovaných službách, které umožní efektivní využívání stávajících služeb a zlepší jejich dostupnost. V rámci druhé priority bylo vydáno opatření, jehož cílem je *rozšíření pečovatelské služby na celou oblast kraje a zajistit její dostupnost*

pro příjemce příspěvku na péči, který jej nemohou využívat na úhradu sociálních služeb, protože tyto nejsou v regionu dostupné, ale i pro osoby, které nejsou příjemcem příspěvku, ale jejich zdravotní či duševní stav vyžaduje pomoc jiné osoby. Kritériem dosažení tohoto cíle je pokrytí území celého kraje touto službou. K naplnění opatření má vést motivace samospráv pro maximální podporu pečovatelské služby a její nepřetržitou dostupnost, zachování její nabídky ve městech a rozšíření do všech obcí a také kombinace různých služeb pro seniory v jejich domácím prostředí (pečovatelská služba, osobní asistence, agentury domácí ošetrovatelské péče, domácí hospicová péče, dobrovolníci...) (VŠERS, 2007).

V současné době v rámci projektu Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji vrcholí přípravy aktualizace Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2011 – 2013. Pro cílovou skupinu seniorů zůstává jako hlavní priorita rozšíření terénních sociálních služeb a odlehčovacích služeb, kdy kapacita pobytových služeb je dostačující, nutná je pouze jejich modernizace. V září tohoto roku by měl být předán Zastupitelstvu kraje ke schválení.

1.4.4 Charakteristika regionu Mladovožicko

Mladovožicko se nachází na severovýchodě Jihočeského kraje v okrese Tábor. Tvoří ho správní obvod pověřeného obecního úřadu Mladá Vožice, kam patří kromě města Mladá Vožice dalších 10 obcí – Běleč, Hlasivo, Nová Ves u Mladé Vožice, Oldřichov, Řemíčov, Slapsko, Smilovy Hory, Šebířov, Vilice a Zhoř u Mladé Vožice – viz mapa v **příloze č. 3** (ČSÚ, 2010). Právě na občany žijící v těchto 10 obcích jsem se zaměřila ve svém výzkumu.

K 1. 1. 2010 na celém území Mladovožicka žilo 4 710 trvale přihlášených obyvatel (MV ČR, 2010). Ze statistické ročenky Jihočeského kraje – 2009 je patrné, že počet obyvatel má mírně klesající tendenci, kdy k 31. 12. 2008 činil 4 734, přičemž 674 osob bylo ve věku 0 – 14 let, tj. 14,23 %, 3 275 osob ve věku 15 – 64 let, tj. 69,18 % a 785 osob ve věku 65 a více let, tj. 16,58 %. Dle mapy v **příloze č. 4** jsou „nejstaršími“

obcemi, tedy obcemi s nejvyšším podílem obyvatel ve věku 65 a více let, Smilovy Hory a Slapsko, naproti tomu mezi „nejmladší“ patří Mladá Vožice a Zhoř u Mladé Vožice (ČSÚ, 2010).

V Mladé Vožici, kde žilo k 1. 1. 2010 2 730 obyvatel, se nachází zdravotní středisko, zde mají své ordinace praktičtí lékaři, zubní lékař, pediatr, gynekolog, ale i někteří specialisté (kožní lékař, ortoped, rehabilitace). Je tam i výjezdové místo zdravotnické záchranné služby. Ve městě je poměrně slušná síť prodejen, lékárna, fungují zde běžné služby. Senioři se scházejí v klubu důchodců a osoby se zdravotním postižením v rámci místní organizace svazu tělesně postižených. Město Mladá Vožice je registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby, kterou zabezpečuje osobám se sníženou soběstačností na celém území města včetně jeho místních částí, provozuje také 2 domy s pečovatelskou službou. Neeviduje žádné neuspokojené žadatele o tuto službu. V ostatních obcích Mladovožicka však nefunguje. V těchto obcích nejsou také téměř žádné běžně dostupné služby, které by usnadnily život tamějším obyvatelům. Nevyhovující je rovněž dopravní obslužnost.

Situace ohledně komunitního plánování na tomto území je patrná z mapky v **příloze č. 5**. V okrese Tábor komunitní plán rozvoje sociálních služeb zpracovalo pouze samotné město Tábor, v současné době se připravuje v Bechyni (KPJČK, 2009 - 2010).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavní cíl:

Zjistit potřebnost zajištění terénních sociálních služeb na území Mladovožicka z pohledu osob se sníženou soběstačností a z pohledu zástupců obcí.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat ve vybraných obcích na území Mladovožicka využívané formy péče o osoby závislé na péči v komparaci s potřebami a požadavky těchto osob.
2. Zjistit postoj a míru participace obcí v rámci podpory terénních sociálních služeb.

2.2 Hypotézy

H1 - Osoby se sníženou soběstačností žijící v daném území v obcích I. typu považují v současné době pomoc ze strany rodinných příslušníků a dalších neformálních zdrojů za dostatečnou.

H2 – Ženy se cítí v rámci zkoumaných parametrů více soběstačné než muži.

H3 – Plnou soběstačnost si zachovávají pouze osoby v raném stáří.

2.3 Výzkumná otázka

Jak důležité a podstatné je pro představitele vybraných obcí na Mladovožicku komunitní plánování sociálních služeb na jejich samosprávném území?

3 METODIKA

Praktická část mé bakalářské práce je postavena na znalostech sociologického výzkumu, které jsou nezbytné pro samotný sběr dat a jejich následné vyhodnocení.

3.1 Použité metody výzkumu

S ohledem na povahu vytýčených cílů práce jsem využila kvantitativní výzkum, který je založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných následně pomocí statistických operací, které mají za cíl zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005). Kvantitativní výzkum je tedy testováním předem vyslovených hypotéz o skupinách, kdy analýza je prováděná na kumulovaných datech. Základním předpokladem je proto totožnost těchto dat, tedy totožnost otázek (Disman, 2007). Je zaměřen na následující charakteristiky – rozsah výskytu, zastoupení, intenzita a frekvence zkoumaných jevů (Veselá, 2006).

K získání dat jsem zvolila metodu dotazování a analýzu dokumentů. V rámci metody dotazování jsem se zaměřila jednak na osoby, které teoreticky mohou být osobami se sníženou soběstačností, za využití techniky dotazníku a jednak na představitele obcí pomocí techniky polostandardizovaného rozhovoru.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Pro tuto techniku je příznačná nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku a přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005). V úvodu dotazníku (viz **příloha č. 6**) byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu, s osobou tazatele, s tématem bakalářské práce a s tím, k čemu budou sesbíraná data využita. Byli ujištěni, že dotazování je anonymní. Dotazník obsahuje celkem 19 otázek, kdy 9 je jich uzavřených (ot. č. 1 – 5, 7, 8, 15 a 17)– „*nabízejí soubor možných alternativ, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď*“ (Disman, 2007, s. 127), přičemž pouze otázka č. 2 je dichotomická – nabízí pouze 2 varianty odpovědi, ostatní jsou polytomické – respondent si vybírá

z více variant, 8 otázek je polozavřených, kdy uzavřená otázka je doplněna variantou např. „jiná odpověď“, a 1 otevřená (ot. č. 11) – nechává respondentovi volnost v odpovědi. Otázka č. 6 je škála, kdy se jedná o její číselný typ kombinovaný se slovním vyjádřením, respondent zde hodnotí vlastní soběstačnost v 5 různých skupinách činností od 1 do 5, kdy 1 představuje úplnou soběstačnost a 5 úplnou nesoběstačnost. Otázky č. 7, 10 a 15 jsou navíc otázkami filtračními, které eliminují respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na následující otázku (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Po obsahové stránce jsou první tři otázky identifikační (věk, pohlaví, rodinný stav), ot. č. 4 a 5 zjišťuje, s kým osoba žije a jak dlouho žije ve své obci, ot. č. 6 - 13 jsou zaměřeny na soběstačnost, potřeby a poskytovanou pomoc, ot. č. 14 – 19 na požadavky osob a zkušenost s postojem obce a pověřeného obecního úřadu. Srozumitelnost otázek jsem ověřila pomocí předvýzkumu na malém vzorku seniorů.

U veškerých získaných dat jsem provedla kontrolu jejich úplnosti, dále jsem tento empirický materiál třídila do skupin, zjišťovala četnosti jednotlivých jevů a vše s pomocí programu Microsoft Excel uspořádala do tabulek a grafů.

Rozhovor je možno definovat jako „systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel“. (Kozlová, 2007, s. 10). Pro můj výzkum jsem využila jeho **polostandardizovanou formu**, kdy jsem měla předem připraveno 13 otevřených otázek (viz **příloha č. 7**). V první jsem se ptala na dobu, po kterou je osoba ve funkci starosty obce, dále následovaly otázky zaměřené na orientaci v oblasti sociálních služeb, na přehled o osobách se sníženou soběstačností v obci a o jejich potřebách, dále jsem se dotazovala na existenci jiných služeb v obcích, které nejsou přímo definovány jako sociální, na ochotu dotazovaných aktivně se podílet na komunitním plánování a na možnosti spolufinancování pečovatelské služby ze strany obce. Dle potřeby jsem v průběhu rozhovorů dotazovaným kladla i další doplňující otázky a některé jevy se snažila blíže vysvětlit.

Vzhledem k malé velikosti druhého výzkumného souboru, jsem rozhovor pojala pouze jako doplňkovou techniku, i takto získaná data jsem se částečně snažila zpracovat kvantitativními metodami.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro dotazníkové šetření jsem ze základního souboru, který je „komplexem všech statistických jednotek náležejících do daného statistického souboru“ (Kozlová, 2007, s. 27), a v tomto případě ho tvoří všechny osoby žijící na území Mladovožicka, metodou prostého náhodného výběru nejprve vybrala 3 obce z 10 obcí I. typu na tomto území. Samotné město Mladá Vožice jsem z výběru předem vyloučila, protože zde je poptávka po terénní pečovatelské službě plně pokryta. Ve vybraných obcích Šebířov, Zhoř u Mladé Vožice a Řemíčov jsem oslovila starosty, kteří mi vytipovali za použití evidence obyvatel a místní znalosti všechny momentálně dostupné (fyzicky se zdržující) osoby ve věku 65 let a více a případné mladší osoby se zdravotním postižením, kdy jsem vycházela z předpokladu, že nejvíce osob se sníženou soběstačností se nachází právě ve věkové kategorii 65+. Získaný výzkumný soubor činil 102 respondentů.

Výzkum jsem prováděla během měsíce února a března 2010. Vzhledem k výše uvedené cílové skupině, jsem k dotazníku ještě přiložila vysvětlující průvodní dopis a obálku, do které měla každá osoba v zájmu zachování anonymity vyplněný dotazník zalepit. Respondenti byli upozorněni na to, že s vyplněním dotazníku jim může pomoci blízká osoba a dále na způsob sběru. Dotazníky jsem osobně distribuovala do schránek nebo přímo do rukou respondentů, což se ukázalo jako vhodnější. Za pomoci následného přímého sběru jsem získala zpět 79 dotazníků, z nichž 11 jsem následně vyřadila pro jejich neúplnost. Do dalšího zpracování jsem tedy použila celkem 68 dotazníků. Návratnost činila 66,6 %.

V případě polořízeného rozhovoru výzkumný soubor tvořilo všech 10 starostů obcí I. typu na daném území. Dotazování probíhalo v měsíci březnu 2010. Rozhovory jsem ve všech případech uskutečnila přímou formou „*face to face*“, se svolením respondentů jsem je zaznamenávala na diktafon nebo do záznamového archu a následně statisticky zpracovala.

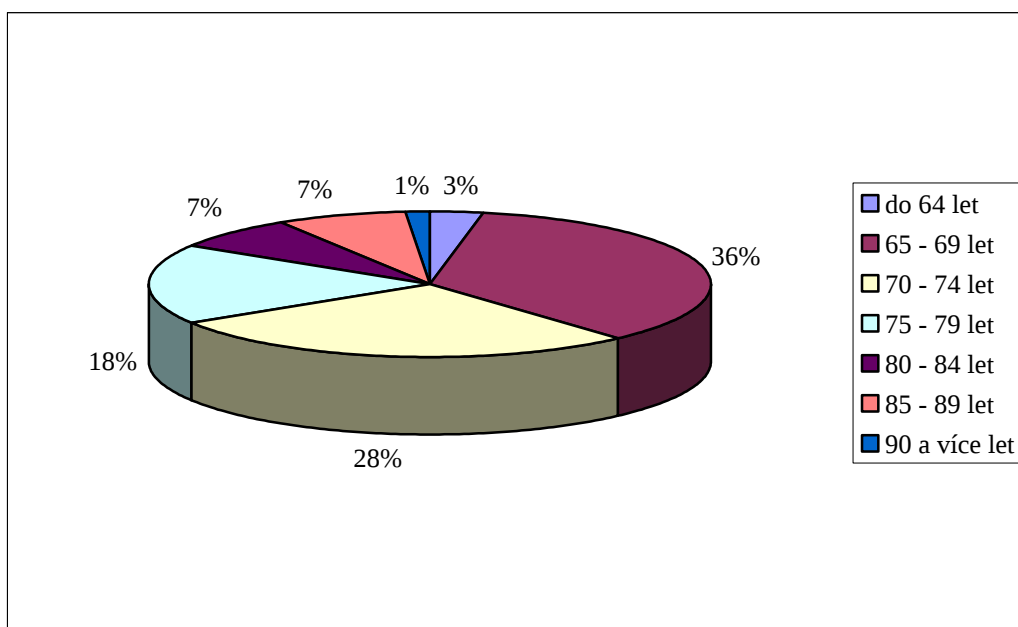
4 VÝSLEDKY

4.1 Dotazníkové šetření

4.1.1 Identifikační údaje

Na zjištění identifikačních údajů respondentů byly zaměřeny otázky č. 1 – 3, první se dotazovala na věk, druhá na pohlaví a třetí na rodinný stav.

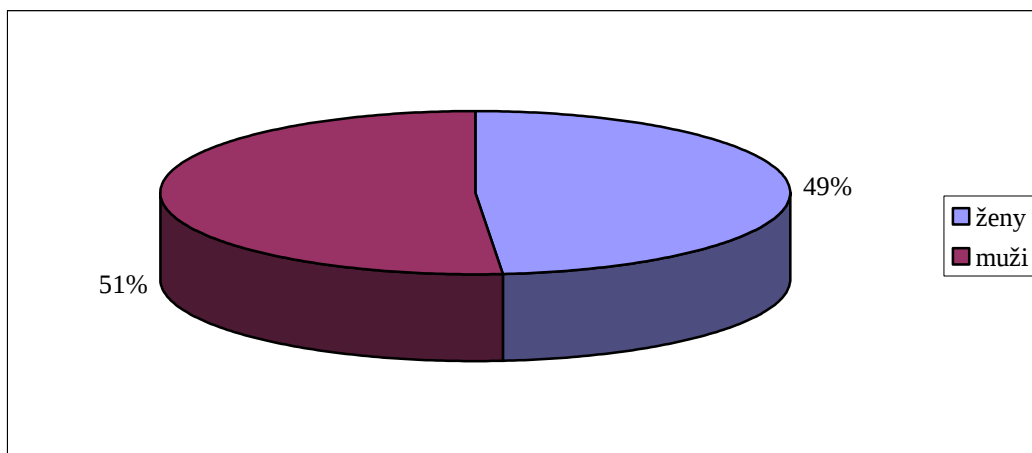
Graf č. 1: Věkové složení respondentů (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazník vyplnilo celkem 68 respondentů. **Graf č. 1** zachycuje jejich věkové rozvrstvení. Nejpočetnější skupinou byli senioři ve věku 65 – 69 let (24 osob - 36 %), následovala věková skupina 70 – 74 let (19 osob - 28 %) a skupina 75 – 79 let (12 osob - 18 %). Seniorů ve věku 80 - 84 let byl shodný počet jako seniorů od 85 do 89 let (5 osob - 7 %). Ve věku 90 a více let byl pouze 1 respondent (1 %) a 2 (3 %) byli do 64 let věku.

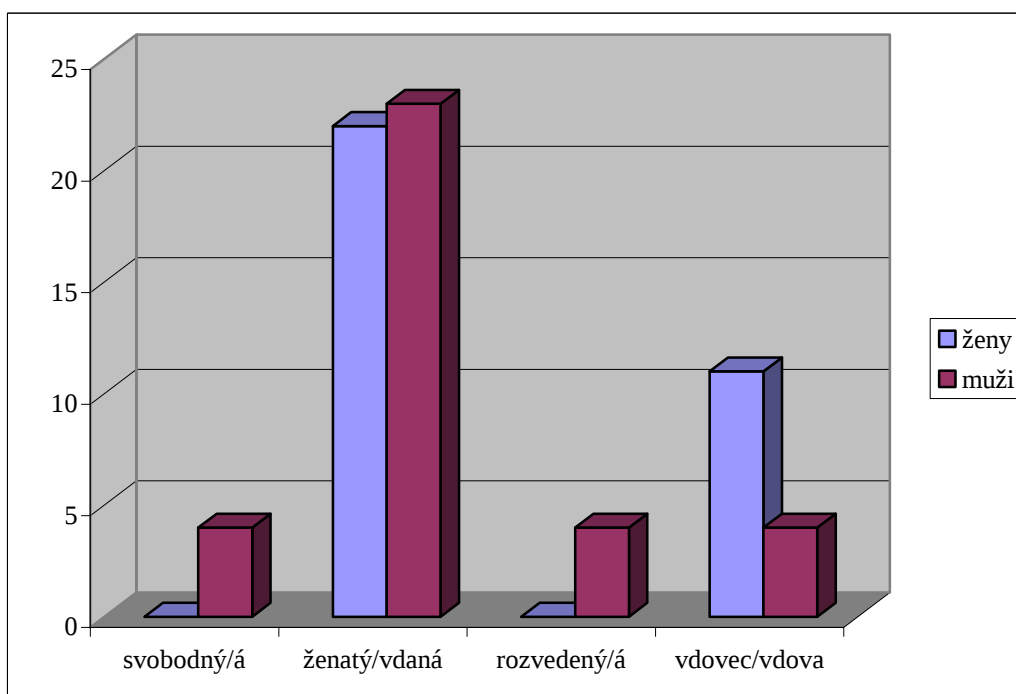
Graf č. 2: Respondenti dle pohlaví (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zastoupení respondentů dle pohlaví vidíme v **grafu č. 2**. Z celkových 68 dotazovaných bylo 33 žen (49 %) a 35 mužů (51 %).

Graf č. 3: Zastoupení respondentů dle rodinného stavu a pohlaví (v absolutních číslech)



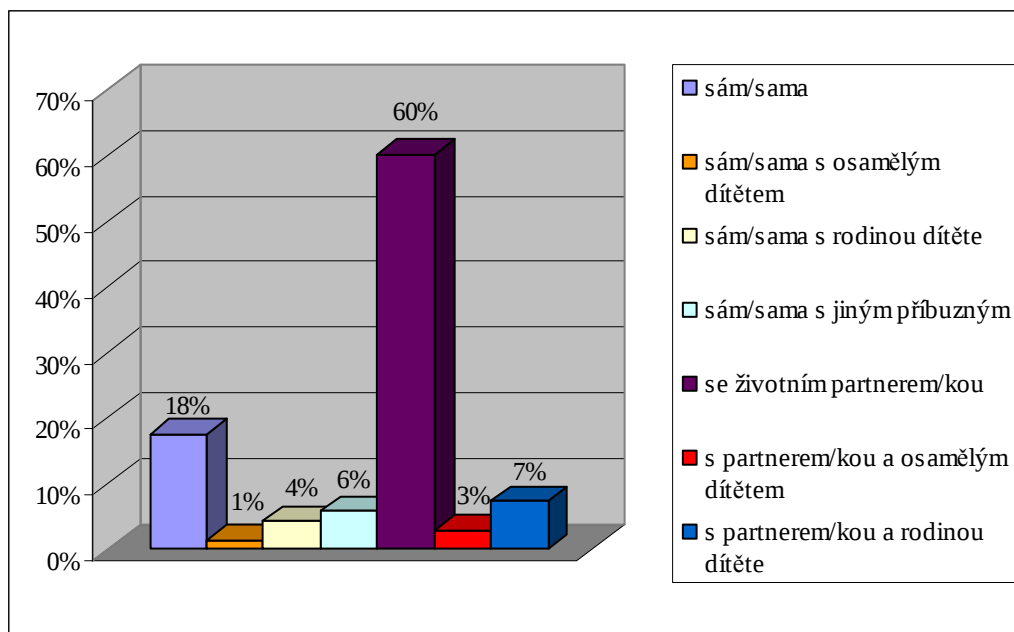
Zdroj: Vlastní výzkum

Z **grafu č. 3** je patrné, že nejvíce dotazovaných žije v manželství, celkem 45 osob (66 %), z toho je 22 žen a 23 mužů, následují osoby ovdovělé, celkem 15 osob (22 %), z toho 11 žen a 4 muži, svobodné a rozvedené osoby jsou zastoupeny pouze muži a to stejným počtem – 4 (6 %).

4.1.2 Soužití respondentů v domácnosti a v komunitě (obci)

Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondent žije v domácnosti sám nebo s nějakou další osobou či osobami, odpovědi jsou shrnuty v **grafu č. 4**.

Graf č. 4: Domácnosti respondentů (v procentech)

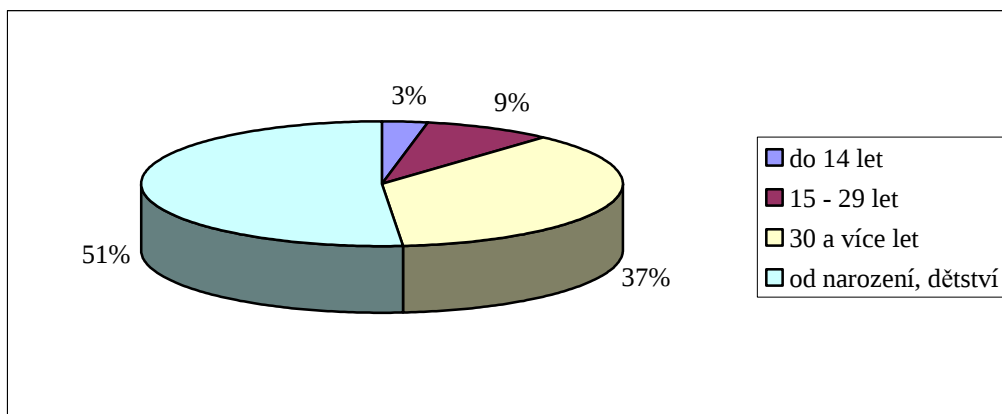


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných uvedlo, že žije pouze s manželem/manželkou nebo druhem/družkou (41 osob – 60 %), 12 osob (18 %) je osamělých, 4 (6 %) žijí s jiným příbuzným, 3 (4 %) žijí s rodinou syna nebo dcery a 1 (1 %) s osamělým dítětem.

5 (7 %) osob uvedlo, že kromě životního partnera žije ještě s rodinou svých dětí a 2 (3 %) ještě s osamělými dětmi. Z 12 osamělých je 6 mužů a 6 žen.

Graf č. 5 Respondenti dle délky života v obci (v procentech)



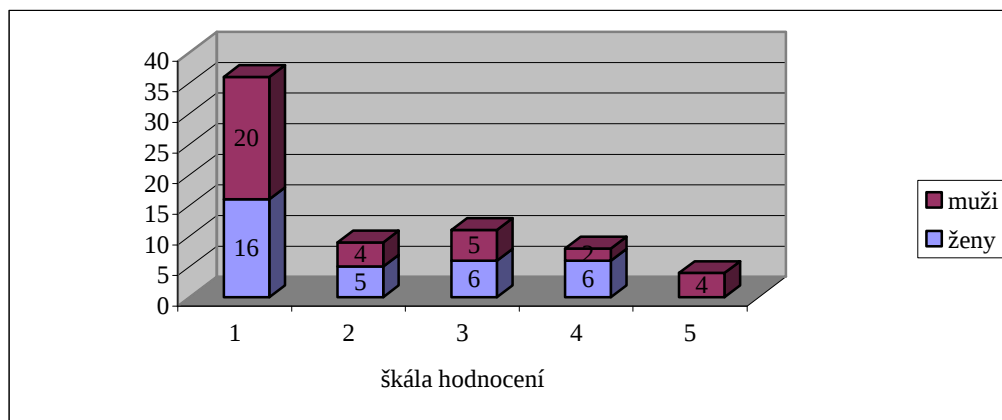
Zdroj: Vlastní výzkum

Z **grafu č. 5** lze zjistit podíl respondentů dle délky života v jejich obci. Výrazně převažují dlouhodobě žijící, kdy 51 % (35 osob) představují osoby, které se v obci zdržují od narození či od dětství a 37 % (25 osob) ti, kteří v obci žijí 30 a více let. 9 % (6 osob) dotazovaných ve své obci bydlí 15 – 29 let a pouze 3 % (2 osoby) do 14 let.

4.1.3 Soběstačnost respondentů, příspěvek na péči

V otázce č. 6 měl každý respondent subjektivně zhodnotit vlastní soběstačnost v běžném životě s použitím škály od 1 do 5, kdy 1 představovala úplnou soběstačnost a 5 úplnou závislost na pomoci jiné osoby. Hodnocení se týkalo 5 oblastí – soběstačnost při péči o vlastní osobu, při provádění osobní hygieny, při přípravě nebo zajištění stravy, při úkonech spojených s údržbou domácnosti a při kontaktu s okolím, přičemž respondenti každou oblast hodnotili samostatně. Výsledky jsou patrné z následujících grafů č. 6 – 10. Rozdíly v průměrné celkové míře soběstačnosti dle pohlaví můžeme vyčíslit z tabulky č. 1 a dle jednotlivých věkových kategorií z grafů č. 11 a 12.

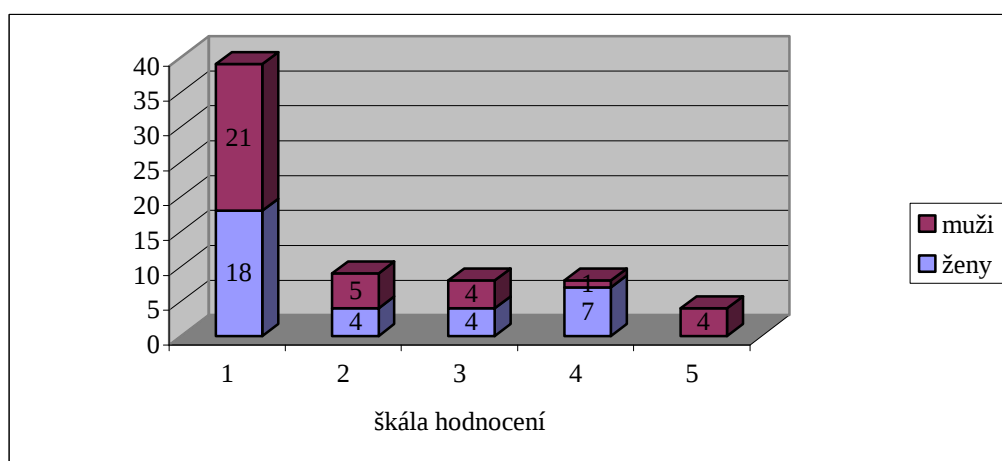
Graf č. 6 Soběstačnost respondentů v oblasti péče o vlastní osobu (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 ukazuje soběstačnost respondentů v oblasti **péče o vlastní osobu** (např. najedení, oblékání, pohyb po bytě). 16 žen a 20 mužů (celkem 53 % respondentů) se cítí úplně soběstačnými, 9 dotazovaných (13 %), z nichž bylo 5 žen a 4 muži, se ohodnotilo stupněm 2, tedy vyžaduje pouze občasnou pomoc, zbylých 23 respondentů vyžaduje pravidelnou pomoc, přičemž 4 muži (6 %) jsou na pomoci jiné osoby zcela závislí.

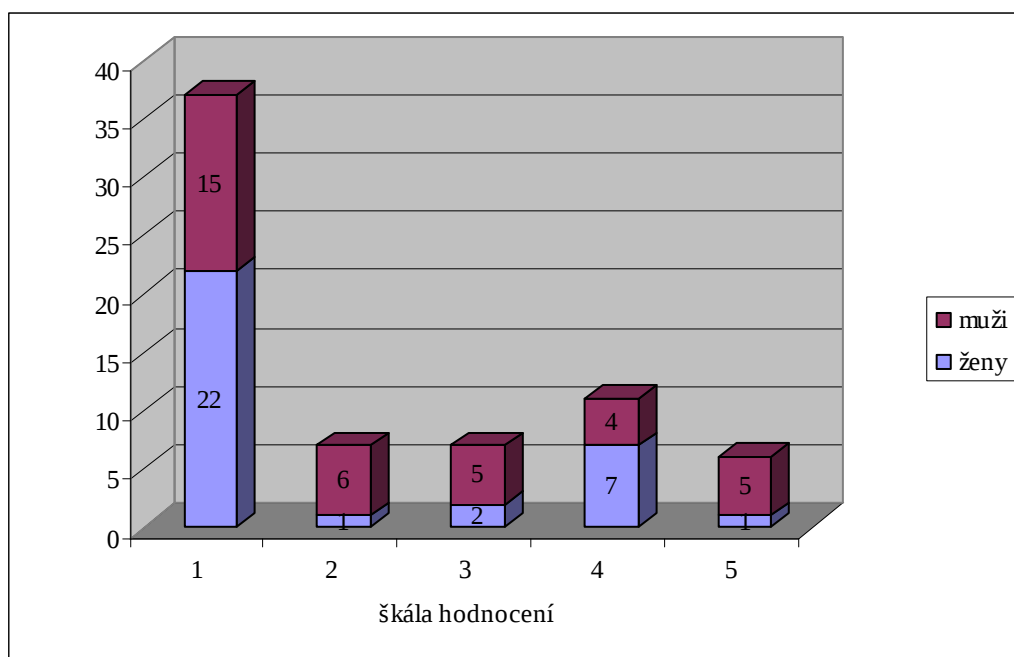
Graf č. 7: Soběstačnost respondentů v oblasti osobní hygieny (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z **grafu č. 7** je patrné, že v oblasti **osobní hygieny** (např. ranní hygiena, koupel nebo sprchování, umytí vlasů, ostříhání nehtů, použití WC) se za úplně soběstačné považuje 39 respondentů – 18 žen a 21 mužů (57 %), což znamená, že dalších 29 osob potřebuje určitou pomoc. Úplně nesoběstační jsou opět pouze 4 muži (6 %).

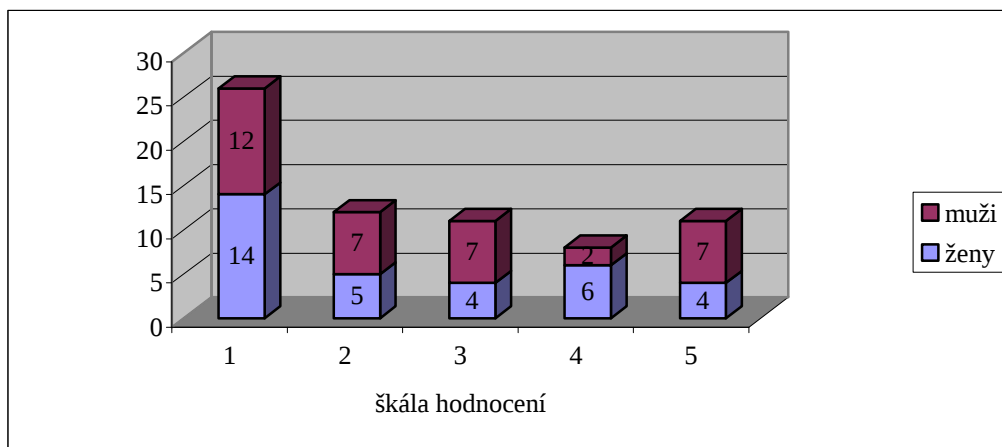
Graf č. 8: Soběstačnost respondentů v oblasti přípravy stravy (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z **grafu č. 8** je patrné, že v další zkoumané oblasti, kterou je příprava stravy (např. zajištění nebo uvaření oběda, příprava snídaně, večeře) je dle subjektivního hodnocení 37 respondentů – 22 žen a 15 mužů (54 % osob) plně soběstačných. Pomoc při těchto úkonech potřebuje tedy 31 respondentů, z nichž 7 (10 %) - 1 žena a 6 mužů – vyžaduje pouze mírnou pomoc, hodnotili se stupněm 2 a 6 (9%) - 5 mužů a 1 žena je zcela nesoběstačných.

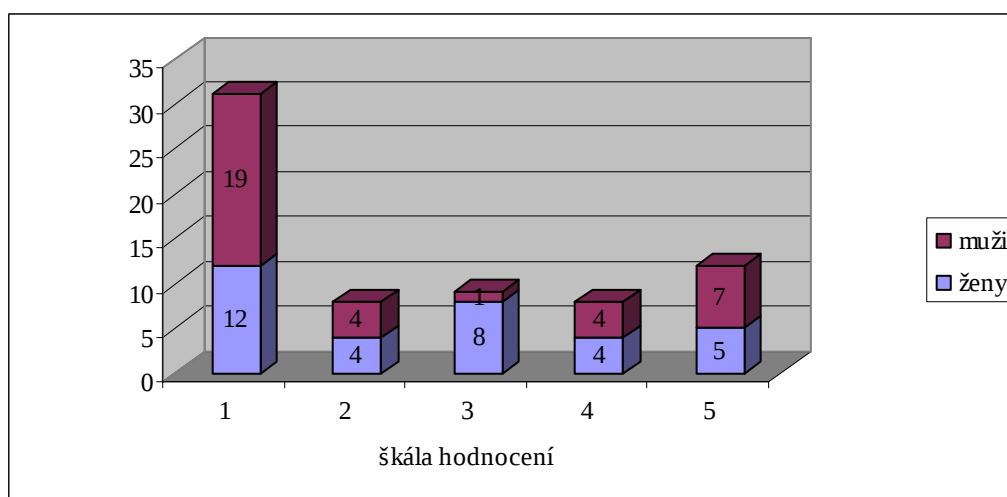
Graf č. 9: Soběstačnost respondentů při úkonech spojených s údržbou domácnosti (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9 nám říká, že v případě úkonů spojených s údržbou domácnosti (např. úklid, mytí oken, donáška vody, topení v kamnech včetně přípravy topiva, praní prádla) je plně soběstačných pouze 26 respondentů – 14 žen a 12 mužů (38 % osob). Pomoc při těchto úkonech tedy vyžaduje 42 dotazovaných, kdy 11 (16 %) - 4 ženy a 7 mužů, je úplně nesoběstačných.

Graf č. 10: Soběstačnost respondentů při kontaktu s okolím (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední zkoumanou skupinou byly činnosti, při nichž je důležitá schopnost osoby využívat běžně dostupné služby, tedy být v kontaktu s okolím (např. nákupy potravin a dalšího běžného zboží denní potřeby, návštěva lékaře, případně školy, zaměstnání, doprava za kulturou, do zájmových organizací, vyřizování různých záležitostí – lékárna, pošta, úřady). Z **grafu č. 10** je patrné, že 31 dotazovaných – 12 žen a 19 mužů (46 % osob) uvedlo, že je zvládá úplně samostatně a zbývajících 37 osob je při jejich vykonávání do jisté míry závislých na pomoci jiné osoby, přičemž 12 (18 %) z nich je nezvládá vůbec.

Tabulka č. 1: Průměrná soběstačnost respondentů v jednotlivých skupinách činností dle pohlaví (v absolutních číslech)

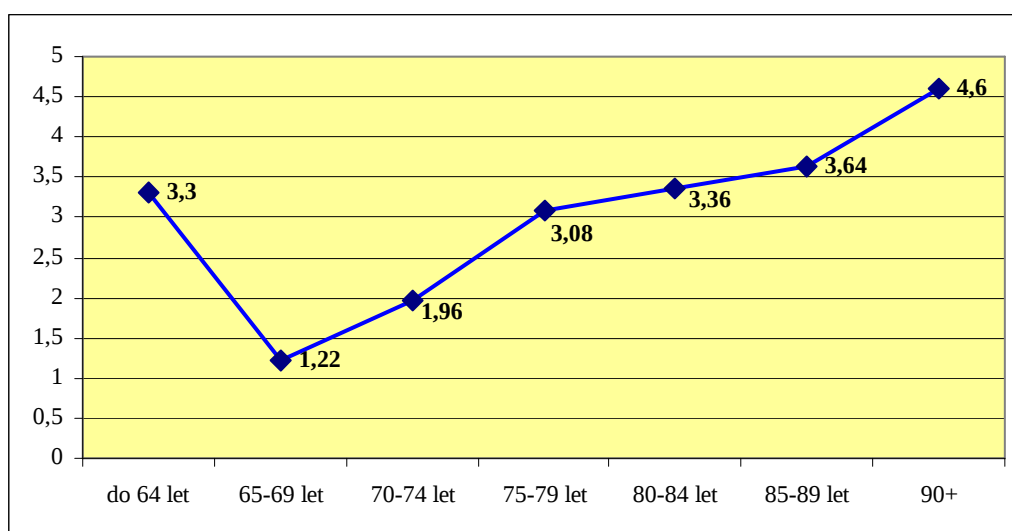
Hodnocené činnosti	Průměrná míra soběstačnosti	
	Ženy	Muži
Péče o vlastní osobu	2,06	2,02
Osobní hygiena	1,96	1,91
Příprava nebo zajištění stravy	1,9	2,34
Údržba domácnosti	2,42	2,57
Kontakt s okolím	2,57	2,31
CELKEM	2,18	2,23

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrnou uváděnou míru soběstačnosti všech dotazovaných žen i mužů jsem shrnula do **tabulky č. 1**. Vyplývá z ní, že v oblasti péče o vlastní osobu se ženy na hodnotící škále od 1 do 5 nachází v průměru na hodnotě 2,06 a muži 2,02, v oblasti osobní hygieny jsou ženy na hodnotě 1,96 a muži 1,91. Při přípravě nebo zajištění stravy ženy vnímají svou soběstačnost v průměru na hodnotě 1,9 a muži 2,34, při úkonech spojených s údržbou domácnosti ženy na hodnotě 2,42 a muži 2,57 a při úkonech, které souvisí s kontaktem s okolím ženy na hodnotě 2,57 a muži 2,31. Z tabulky je dále patrné, že největší soběstačnost dotazovaní uváděli a to bez ohledu na pohlaví, při úkonech osobní hygieny. Naopak nejméně soběstační se cítí v úkonech spojených s údržbou domácnosti. Největší rozdíl mezi oběma pohlavími je vidět u

úkonů souvisejících s přípravou a zajištěním stravy, zde se ženy cítí soběstačnější o hodnotu 0,44 a muži naopak při úkonech, které souvisejí s kontaktem s okolím o hodnotu 0,26. Celkový rozdíl mezi ženami a muži je dán hodnotou 0,05 ve prospěch žen.

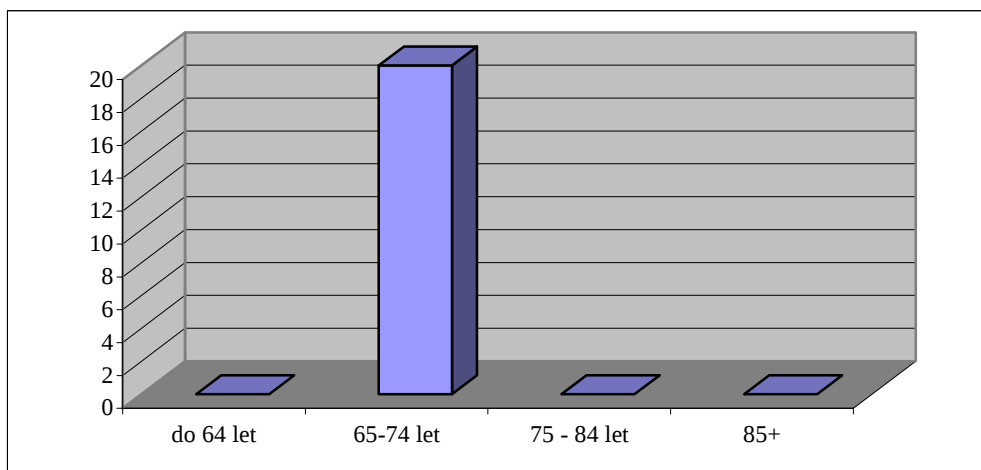
Graf č. 11: Průměrné hodnocení vlastní soběstačnosti respondentů v závislosti na jejich věku (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 11 je zřejmé, že nesoběstačnost osob stoupá s jejich věkem. Osoby ve věkové kategorii 65 – 69 let se v průměru na hodnotící škále zařadily na 1,22, starší od 70 do 74 let na 1,96. U respondentů od 75 do 79 let je již patrný citelný úbytek jejich soběstačnosti, kdy se hodnotí v průměru na 3,08, zástupci věkové kategorie 80 – 84 let na 3,36, kategorie 85 – 89 již na 3,64 a starší 90 let dokonce 4,6. Osoby do 64 let věku, což byly vytipované osoby se zdravotním postižením, vykazovaly průměrnou soběstačnost na hodnotě 3,3.

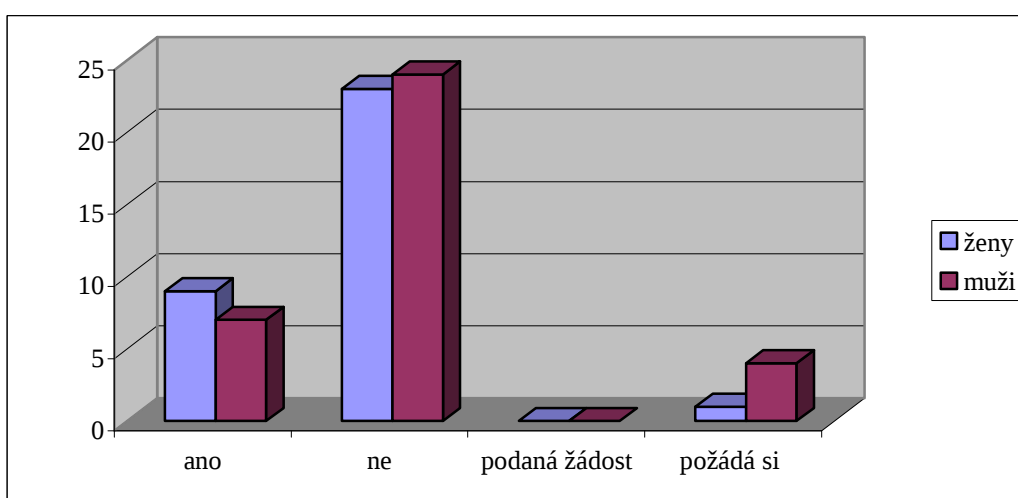
Graf č. 12: Zastoupení úplně soběstačných respondentů v jednotlivých věkových kategoriích (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 nám ukazuje, že plně soběstační respondenti s průměrným hodnocením 1 se vyskytovali pouze ve věku od 65 let do 74 let a to v počtu 20 osob, což představuje 29 % z celkových 68 dotazovaných. 14 jich bylo ve věkové kategorii 65 – 69 let a 6 ve věku od 70 do 74 let.

Graf č. 13 Pobírání příspěvku na péči (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázkou č. 7 jsem se dotazovala respondentů, zda pobírají příspěvek na péči. Z **grafu č. 13** je zřejmé, že 16 osob (23,5 %) – 9 žen a 7 mužů odpovědělo kladně, 48 (70,5 %) záporně a 5 (6 %) uvedlo, že si o něj požádají. Nikdo z dotazovaných nečeká na vyřízení žádosti.

Otázkou č. 8 jsem zjišťovala, v jaké výši respondenti příspěvek na péči pobírají, tedy jaký stupeň závislosti na péči jiné osoby je jim přiznán. Byla tedy určena pouze pro osoby, které na předchozí otázku odpověděli kladně (16 osob).

Tabulka č. 2 Výše přiznaného příspěvku na péči v komparaci s vlastním hodnocením soběstačnosti (v absolutních číslech).

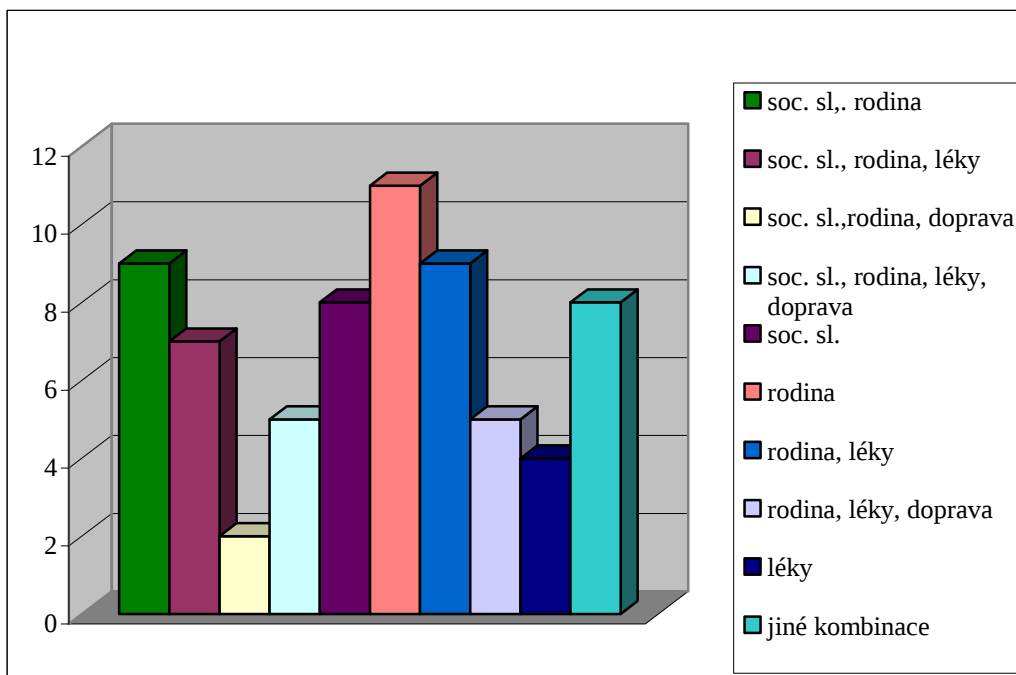
Přiznaný stupeň příspěvku na péči	Průměrné hodnocení vlastní soběstačnosti	Počet příjemců příspěvku
1.	3,44	5
2.	4,03	6
3.	4,60	3
4.	5,00	2
CELKEM		16

Zdroj: Vlastní výzkum

V **tabulce č. 2** jsem výši přiznaného příspěvku na péči jednotlivým respondentům porovnávala s jejich průměrným subjektivním hodnocením soběstačnosti v již zmíněných sledovaných parametrech – viz otázka č. 6. Příspěvek v 1. stupni závislosti na péči jiné fyzické osoby pobíralo celkem 5 osob, které svou soběstačnost při činnostech běžného dne v průměru zhodnotily číslem 3,44. 6 dotazovaných pobíralo příspěvek ve 2. stupni a svou soběstačnost hodnotí 4,03. Příspěvek ve 3. stupni pobírali 3 respondenti s vlastním průměrným hodnocením soběstačnosti 4,6. 2 dotazovaným je vyplácen příspěvek ve 4. stupni a ve shodě s tímto stupněm vykazovali úplnou nesoběstačnost s hodnocením 5.

Otázka č. 9 byla zaměřena na informovanost respondentů o účelu poskytování příspěvku na péči. Odpovídali na ni všichni dotazovaní, tedy i ti, kteří jej nepobírají.

Graf č. 14: Názor respondentů na účel příspěvku na péči (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 znázorňuje, že pouze 9 osob správně uvedlo, že slouží na zaplacení sociálních služeb a na úhradu péče, kterou poskytuje blízká nebo jiná osoba. Dalších 14 dotazovaných kromě těchto dvou možností označilo ještě další:

- 7 osob – také na doplatky léků,
- 5 osob – také doplatky léků a na dopravu,
- 2 osoby – také na dopravu,

11 osob se domnívá, že je určen pouze na úhradu péče, kterou poskytuje blízká nebo jiná osoba, dalších 9 osob k této možnosti ještě označilo, že je ještě na doplatky léků a 5 osob k těmto 2 možnostem doplnilo ještě dopravu. 8 osob si myslí, že slouží pouze na zaplacení sociálních služeb. Zbývajících 8 dotazovaných označilo další kombinace, mezi nimiž byla i možnost, že je určen na přilepšenou, tedy na jídlo, oblečení, na domácnost), 1 osoba si myslí, že jej lze využít libovolně na cokoliv.

4.1.4 Využívané formy pomoci a jejich dostatečnost

V otázce č. 10 respondenti mohli označit všechny formy pomoci, které v současné době využívají. Protože mnozí označili více forem, získala jsem tedy celkem 104 odpovědí.

Tabulka č. 3: Respondenty využívané formy pomoci (v absolutních číslech i procentech)

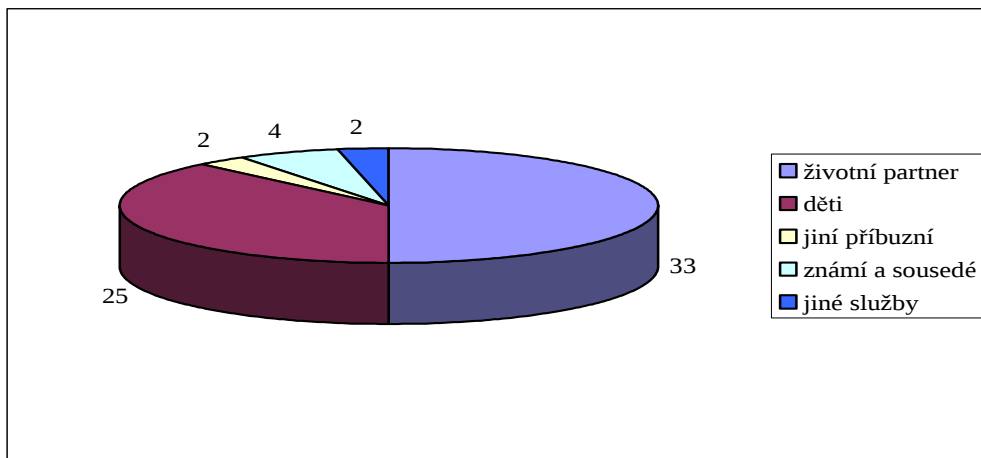
Formy pomoci	Počet odpovědí	% odpovědí	% respondentů
životní partner	36	35%	53%
děti	50	48%	74%
jiní příbuzní	6	6%	9%
známí a sousedé	8	8%	12%
jiné služby	2	2%	3%
sociální služby	0	0%	0%
nepotřebuje pomoc	2	2%	3%
nemá se na koho obrátit	0	0%	0%
CELKEM	104	100%	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z **tabulky č. 3** je zřejmé, že životní partner poskytuje pomoc celkem 36 osobám (53 %), což představovalo 35 % všech odpovědí, děti pomáhají 50 dotazovaným (74 %), což tvořilo 48 % všech odpovědí. Jiní příbuzní poskytují pomoc 6 osobám (9 %), to je 6 % odpovědí. Rodina se tedy podílí na pomoci 89 % (procento všech odpovědí). Další neformální zdroje pomoci se vyskytovaly v 10 % odpovědí, kdy 8 % je zastoupena pomoc ze strany známých a sousedů (pomáhají 12 % respondentů – 6 osob) a 2 % jsou zastoupeny jiné služby – dovoz obědů, což uvedly 2 osoby (3 %). Sociální služby nevyužívá nikdo z dotazovaných, rovněž nikdo neuvedl, že by se neměl na koho obrátit. Odpověď, že dotazovaný nepotřebuje pomoc, se vyskytla ve 2 %, odpověděli tak 2 respondenti (3 %).

Na otázku č. 11 - Kdo z výše uvedených Vám pomáhá nejvíce? - odpovídalo pouze 66 osob, protože 2 osoby uvedli, že žádnou pomoc nepotřebují nebo o ni nestojí.

Graf č. 15: Respondenty nejvíce využívaná a ceněná pomoc (v absolutních číslech)

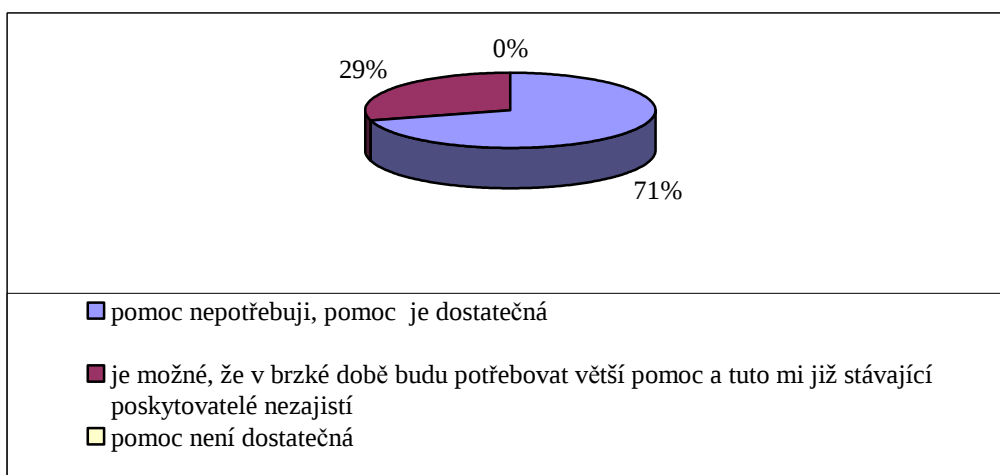


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 nám ukazuje, že 33 (50 %) dotazovaným nejvíce pomáhá životní partner, 25 (38 %) dotazovaným děti, 2 (3 %) jiní příbuzní, 4 (6 %) známí a sousedé a 2 (3 %) osoby si nejvíce cení jiné služby (dovozu obědů).

Otázkou č. 12 jsem zjišťovala, zda formy pomoci uváděné v otázce č. 10 považují respondenti za dostatečné, tedy jestli mají zajištěno vše, co potřebují pro běžný život.

Graf č. 16: Dostatečnost poskytované pomoci z pohledu respondentů

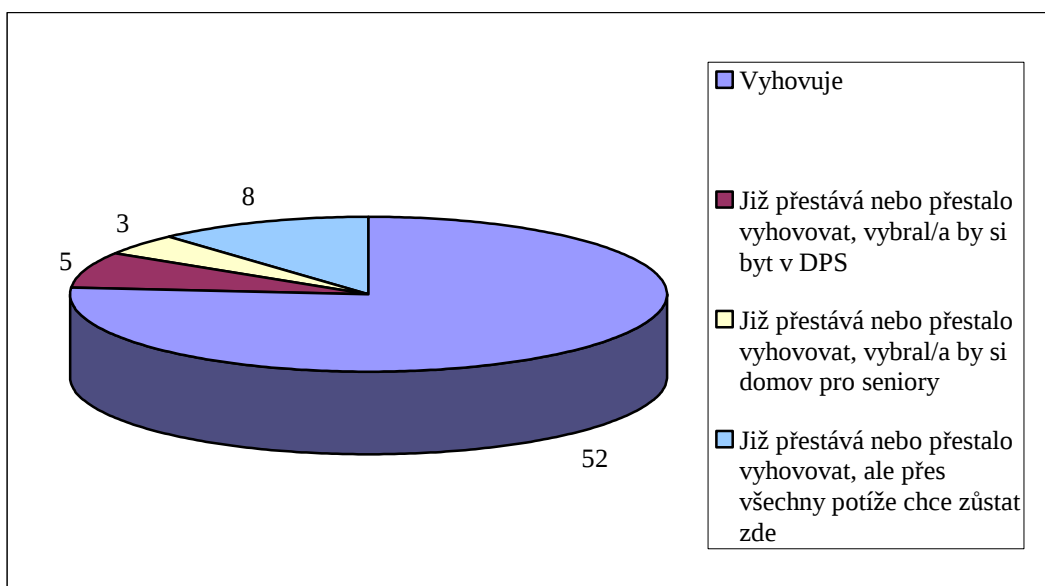


Zdroj: Vlastní výzkum

Z **grafu č. 16** je vidět, že 71 % z dotazovaných (48 osob) uvedlo, že buď žádnou pomoc nepotřebují, nebo jim stávající postačuje, 29 % (20 osob) označilo, že zatím ano, ale je možné, že v brzké době, kratší než 1 rok budou potřebovat větší pomoc a tuto jim již výše uvedení nebudou schopni zajistit. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že pomoc není dostatečná.

Na otázku č. 13, která byla určena pouze pro toho, kdo v otázce č. 10 označil, že se nemá na koho obrátit, odpověděl pouze 1 respondent, kterému pomoc poskytuje pouze družka, že se jinak nemá na koho obrátit z důvodu, že nemá žádné příbuzné a v obci nejsou dostupné žádné služby.

Graf č. 17: Spokojenost respondentů s dosavadním bydlením (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

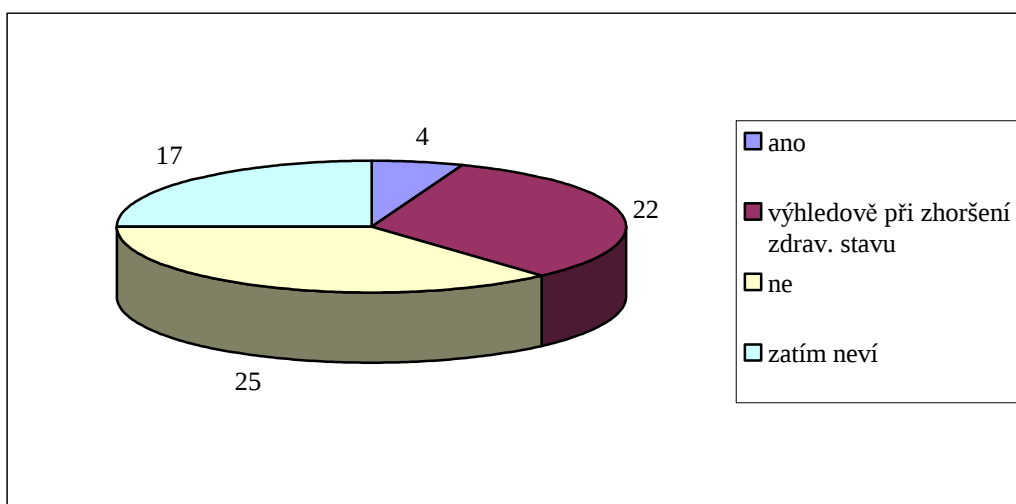
V **grafu č. 17** jsou znázorněny odpovědi na otázku č. 14, zda respondentům vyhovuje jejich dosavadní bydlení a pokud jim nevyhovuje, jaké vhodnější by si vybrali. 52 z nich odpovědělo, že jim zatím vyhovuje, mají zde pohodlí, které potřebují, s údržbou a dalšími náročnějšími činnostmi jim vždy někdo pomůže. Zbývajícím

16 dotazovaným již přestává nebo už přestalo vyhovovat. 5 z nich by si vybralo byt v domě s pečovatelskou službou, 3 by chtěli odejít do domova pro seniory a 8 prohlásilo, že přes všechny potíže chtějí zůstat ve své domácnosti.

4.1.5 Zájem respondentů o pečovatelskou službu

Otázkou č. 15 byl zjišťován zájem respondentů o pomoc ze strany pečovatelské služby, kdy jim bylo vysvětleno, že pečovatelka by za nimi docházela do jejich domácnosti, mohli by tedy zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí.

Graf č. 18 Zájem respondentů o zavedení pečovatelské služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

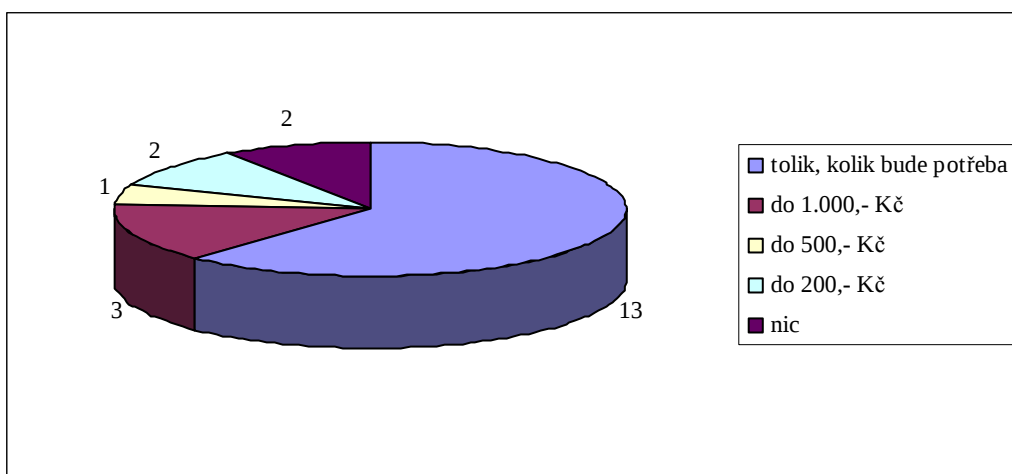
Z **grafu č. 18** je zřejmé, že 25 z respondentů rezolutně prohlásilo, že zájem nemají, 22 zatím zájem nemá, ale pokud by se jejich zdravotní stav nebo stav jejich životního partnera zhoršil, určitě by ji přivítali. 17 dotazovaných zatím neví a pouze 4 osoby zájem projevily.

Se zájmem o pečovatelskou službu byla spojena i následující otázka č. 16, kde měli respondenti, kteří o tuto službu projeví zájem, upřesnit, jaké úkony by potřebovali.

Odpověděli na ni i někteří zatím nerozhodnutí, celkem 16 lidí. 10 osob projevilo zájem o dovoz obědů, v 5 případech byl zájem o zajištění pochůzek (vyřízení různých záležitostí v Mladé Vožici), ve 3 případech o dopravu do Mladé Vožice a zpět, o pomoc při osobní hygieně, o praní prádla (možno i žehlení) a o mytí oken. Po 2 osobách mělo zájem o zajištění nákupů, o pomoc při oblékání a svlékání, o stříhání nehtů, o běžný úklid domácnosti a o pomoc při topení v kamnech. V jednom případě byl zájem o pomoc při přesunu na lůžko či invalidní vozík a pomoc při použití WC.

Na otázku č. 17 – Kolik peněz byste byl/a ochoten za pečovatelskou službu maximálně měsíčně vydat? – měli odpovědět opět pouze ti respondenti, kteří o této službě uvažují. Odpovědělo celkem 21 dotazovaných, tedy opět i někteří zatím nerozhodnutí.

Graf č. 19: Ochota respondentů vydávat finanční prostředky na úhradu pečovatelské služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19 ukazuje, že 13 z dotazovaných je ochotno vydat tolik finančních prostředků, kolik bude potřeba, 3 do 1.000,- Kč, 2 do 200,- Kč a další 2, že nic. 1 osoba uvedla, že by vydala do 500,- Kč.

4.1.6 Požadavky respondentů směřované na obec a pověřený obecní úřad

Poslední dvě otázky jsem zaměřila na to, zda se respondenti sami nebo jejich blízcí v posledních 3 letech obrátili na vlastní obec nebo na Městský úřad v Mladé Vožici s požadavkem na zajištění nějaké služby, která by jim usnadnila život.

Tabulka č. 4 Požadavky na zajištění služby směřované na obec a pověřený obecní úřad

Požadavek	Vlastní obec	POÚ
Ano, bylo vyhověno: s PS při pobytu u syna v Ml. V.	0	1
pomoc s vyřízením přísp. na péči	0	1
Ano, ale nebylo vyhověno: dovoz obědů	1	0
doprav. obslužnost	1	0
umístění do DPS	0	4
pečovatel. služba	0	1
Ne, nemá to cenu, stejně by mi nepomohli	4	2
Ne, zatím nic nepotřebovali	62	59
CELKEM	68	68

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 4 vidíme, že převážná většina dotazovaných se neobrátila ani na vlastní obec (62 osob) ani na pověřený obecní úřad v Mladé Vožici (59 osob). Pouze 4 dotazovaní si podali žádost o umístění do domu s pečovatelskou službou v Mladé Vožici a zatím jim nebylo vyhověno. Na vlastní obec se obrátila jedna osoba s požadavkem na dovoz obědů a jedna se žádostí o zlepšení dopravní obslužnosti, bohužel však neuspěli. Městský úřad v Mladé Vožici pomohl jednomu dotazovanému s vyřízením žádosti o příspěvek na péči a dalším byla zavedena pečovatelská služba, když přechodně pobýval u syna v Mladé Vožici. Jeden respondent se zde ptal na možnost rozšíření pečovatelské služby do jeho obce, zatím mu nebylo vyhověno. 6 osob označilo možnost, že se nemá cenu obracet na vlastní obec (4 osoby) či na pověřený obecní úřad (2 osoby), protože by mu stejně nepomohli.

4.2 Rozhovor s představiteli obcí

Rozhovor jsem provedla jednotlivě se všemi 10 starosty obcí I. typu na území Mladovožicka. Jednalo se tedy o tyto obce: Běleč, Hlasivo, Nová Ves u Mladé Vožice, Oldřichov, Řemíčov, Slapsko, Smilovy Hory, Šebířov, Vilice a Zhoř u Mladé Vožice. V první otázce jsem se ptala, **jak dlouho vykonávají funkci starosty obce.**

Tabulka č. 5: Souhrnná data o obcích – počet obyvatel, identifikace starostů (v absolutních číslech)

Název obce	Počet obyvatel	Počet osob ve věku 65+	Pohlaví starosty	Funkci vykonává (v letech)
Běleč	182	24	muž	8
Hlasivo	171	35	muž	4
Nová Ves u Mladé Vožice	182	37	muž	12
Oldřichov	232	32	žena	4
Řemíčov	74	21	muž	14
Slapsko	156	27	muž	4
Smilovy Hory	389	93	muž	12
Šebířov	364	72	muž	20
Vilice	173	29	muž	4
Zhoř u Mladé Vožice	89	12	žena	4
CELKEM	2012	382		

Zdroj: ČSÚ, 2010 a vlastní výzkum

Tabulka č. 5 shrnuje identifikační údaje o těchto představitelích a o velikosti obcí a počtu obyvatel ve věku 65 let a starších v těchto obcích. Údaje o počtu obyvatel jsem převzala ze statistických údajů zpracovaných ČSÚ ke dni 31. 12. 2008. Z této tabulky je patrné, že v největších obcích jsou starostové ve funkci nejdéle, jeden třetí volební období a druhý dokonce páté, oba jsou již sami v seniorském věku. Mezi 10 starosty jsou pouze 2 ženy, obě funkci zastávají první volební období. Celkově na území těchto 10 obcí žije 2012 obyvatel, přičemž 382 z nich je ve věku 65 let a více, což představuje 18,98 %.

Na otázku č. 2 „Seznámil/a jste se někdy alespoň zběžně se zákonem o sociálních službách? Víte, jaké povinnosti v oblasti sociální péče ukládá obcím tento zákon a v obecné rovině také zákon o obcích?“ odpověděli téměř všichni, že skutečně pouze zběžně, tedy, že zákon viděli, ale v tuto chvíli by všechny povinnosti nedokázali vyjmenovat, je to také z toho důvodu, že zatím nemuseli řešit žádné závažné problémy v této oblasti.

Pouze jeden dotazovaný sdělil:

„Mám celkově přehled o všech zákonech, které se týkají fungování obce, ale neznám je podrobně, na konkrétní věci bych se musel podívat, o povinnostech obce ale vím. Přehled mám.“

Všem starostům jsem po ukončení rozhovoru předala příslušný výňatek z těchto zákonů, kdy jedna starostka podotkla:

„Ted' zjišťuji, že jsou to v podstatě takové běžné věci, které se nějak tak řeší, aniž bych ten zákon nějak studovala.“

Otázka č. 3 „Máte orientační přehled o tom, kolik občanů je ve Vaší obci osobami se sníženou soběstačností, tedy nezvládá samostatně úkony běžného života? Pokud zhruba víte, kolik jich je, uveďte, jak jste tyto informace získal/a?

Zde všichni dotazovaní odpověděli shodně, že všechny občany ve své obci znají osobně, tedy i osoby, které již vše samostatně nezvládají. Pokud uváděli nějaký počet, vždy to bylo pouze do 5 osob, hovořili tedy jen o těch nejvíce nesoběstačných. Sdělili, že jim pomoc poskytuje rodina a že tam nemají nikoho, kdo by zůstal bez pomoci.

Ve stejném duchu odpovídali i na otázku č. 4, kdy jsem se ptala, **jestli se domnívají, že zajištění potřeb osob se sníženou soběstačností je nutné v současné době v jejich obci věnovat zvláštní pozornost.** Všichni se vyjádřili, že pozornost určitě vyžadují, ale nikoli zvláštní, protože jsou všichni zatím zajištěni rodinou nebo jinými neformálními druhy pomoci. Dva z nich zdůraznili, že problémem je jejich „odtrženost od světa“, kdy jeden tím myslel, že v obci není ani prodejna a jiné služby a

za vším tedy musí dojíždět nebo je tedy musí někdo jiný v tomto směru zajišťovat. Druhý dotazovaný tento problém spatřoval naopak v tom, že obzvláště v zimě starší lidé moc nevycházejí z domu, s nikým se sousedů nepromluví, jsou tedy ohroženi sociálním vyloučením.

Na otázku č. 5 „**Očekáváte nutnost řešení tohoto problému v budoucnosti, řekněme v horizontu 10 let? Pokuste se zdůvodnit proč.**“ jsem opět získala téměř shodné odpovědi, např.:

„To se může stát, uvidíme, jak se časem mladí budou moci o rodiče starat, protože teď, když ztratí zaměstnání, tak už ho zpátky nezískají.“

„To nevím, jestli bude v budoucnosti větší problémy nebo ne, zatím se vždy postarala rodina, ale pokud ne, tak bychom se postarat museli.“

Pouze jeden starosta vyslovil domněnku, že „*Problém bude dál, ale lidí nebude tolik, protože ves pomalu vymírá.*“

Dále jsem se zjišťovala (ot. č. 6), zda mají dotazovaní **přehled o sociálních nebo zdravotně sociálních službách, kterých mohou využívat i občané jejich obce a jestli by jim v tomto směru dokázali poradit.**

Zde všichni dotazovaní přiznali, že sami přehled moc nemají, dva z nich nevěděli, co jsou to vlastně zdravotně sociální služby. Občany by odkázali na Městský úřad v Mladé Vožici nebo v Táboře nebo by se zde museli sami poradit.

Na tento dotaz navazoval následující č. 7 „**Jak byste postupoval/a v získávání informací o těchto službách? Kde byste je hledal/a, případně na koho byste se obrátil?**“

7 dotazovaných uvedlo, že by se obrátilo na sociální oddělení Městského úřadu v Mladé Vožici, další především na sociální odbor Městského úřadu v Táboře, někteří by informace hledali na internetu. Jedna dotazovaná by se v případě zajištění zdravotně sociálních služeb obrátila na obvodního lékaře.

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, jaké **veřejně dostupné služby, tedy služby, které nejsou definovány zákonem o sociálních službách, v jejich obci fungují**. Odpovědi jsem shrnula do **tabulky č. 6**.

Tabulka č. 6: Zastoupení veřejně dostupných služeb

Název obce	Druh služby					
	prodejna	pojízdná prodejna	dovoz obědů	pedikúra	kadeřnice	spolky
Běleč	ne	ano	ano	ne	ne	ano pravidelně
Hlasivo	ne	budou zajišťovat	ano	ne	ano	ano pravidelně
Nová Ves u Mladé Vožice	pouze v 1 místní části	ne	ne	ne	ne	nepravidelné akce
Oldřichov	2 prodejny	ne	ano	ne	ne	ne
Řemíčov	ne	ne	ano			nepravidelné akce
Slapsko	ne	ne	ano	dojíždí	ne	ne
Smilovy Hory	ano	ano v místních částech +prodejna masa	ano	dojíždí +masáže	ne	ano pravidelně
Šebířov	pouze v 1 místní části	ano	ne	ne	ne	ano pravidelně
Vilice	ne	ano	ano	ne	ne	nepravidelné akce
Zhoř u Mladé Vožice	ne	ne	ne	ne	ne	nepravidlené akce

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce rozšířenou službou je dovoz obědů, je zajišťován v 7 obcích místními zemědělskými družstvy, všichni dotazovaní sdělili, že obědy mohou odebírat i ti občané, kteří nebyli členy tohoto družstva a nepracovali tam. Ve Zhoři u Mladé Vožice a v Nové Vsi u Mladé Vožice byl dovoz obědů ukončen po té, co zemědělské družstvo v Oldřichově ukončilo svou činnost a převzala ho jiná firma, předtím byl o tento dovoz poměrně velký zájem. Co se týče možnosti nákupů potravin a základních potřeb, pouze v Oldřichově dosud fungují dokonce 2 prodejny, klasická prodejna je také v provozu v obci Smilovy Hory a v jedné z místních částí obcí Nová Ves u Mladé Vožice a

Šebířov. Pojízdna prodejna zajíždí do obce Běleč, Šebířov a Vilice, dále do místních částí obce Smilovy Hory, zde občané mohou využít dokonce i pojízdnou prodejnu masa. V současné době pojízdnou prodejnu budou zajišťovat i v obci Hlasivo, kde před nedávnem klasickou prodejnu uzavřeli. Z dalších služeb, které zajišťují podnikatelské subjekty, jsou pouze v jedné obci (Hlasivo) zajištěny kadeřnické služby, kdy jsou na objednání prováděny přímo v domácnostech občanů, do Slapska a Smilových Hor zajíždí pedikérka, která rovněž provádí masáže (pouze ve Smilových Horách). 8 obcí přímo nebo prostřednictvím spolku dobrovolných hasičů poskytuje prostory pro nepravidelné akce nebo pro pravidelné schůzky seniorů.

Jeden ze starostů obcí, kde není žádná možnost nákupů, vyzdvihl sousedskou solidaritu a ochotu provozovatele prodejny v blízké obci:

„Pojízdná prodejna nejezdí, ale funguje to tak, že někdo v rámci sousedské výpomoci nakoupí v nedalekém obchodě v sousední vsi a přiveze to těm starším lidem a nebo sám obchodník, když si lidé něco objednají, tak jim to doveze.“

Jedna ze starostek poukázala na důležitý předpoklad pro to, aby se lidé v obci začali scházet:

„Podle mne by byl třeba nějaký ten spolek, aby se lidi scházeli, ale nevím, jestli by o to byl zájem, protože, kdyby chtěli, tak se scházet mohou, prostory na to máme, ale chtělo by to nějakou vůdčí osobnost, která by je dala dohromady.“

Pouze v největší z těchto obcí (Smilovy Hory) funguje klub seniorů v pravém slova smyslu, kdy se zde lidé nejen střetávají, ale věnují se i aktivní činnosti:

„Seniori se schází pravidelně každou středu v objektu obce, hlavně tedy přes zimu, chodí jich tak 15 – 20 a provozují i různé aktivity, například pletli košíčky z pedigu.“

Na otázku č. 9 **„Které sociální služby, dle Vašeho názoru, by bylo potřeba osobám se sníženou soběstačností ve Vaší obci zajistit?“** odpověděli ti starostové, v jejichž obcích není dostupný dovoz obědů nebo nefunguje žádná prodejna, že

rozhodně chybí tato služba a možná i další služby, které by umožnily těmto osobám setrvat ve své domácnosti. Připustili, že by to mohla zajistit pečovatelská služba, ale zájem by se musel zjistit. V dalších 4 obcích prý není potřeba zajistit nic, všichni jsou zabezpečeni rodinou nebo zde funguje sousedská výpomoc. Starostové dalších 3 obcí vidí problém pouze v nedostatečné dopravní obslužnosti, která neumožní lidem dojet k lékaři nebo pro léky tak, aniž by pak museli dlouho čekat na zpáteční spoj. Starostové 2 obcí si myslí, že by bylo vhodné zajistit domácí zdravotnickou péči.

Pouze představitel největší obce Smilovy Hory, kde hrozí, že ukončí svou činnost zdejší zemědělské družstvo, které má vlastní vývařovnu a zajišťuje obědy i pro seniory, prohlásil, že jsou okamžitě připraveni tuto službu zajistit vlastními silami:

„V naší obci žije asi 10 % osob starší 80 let a někteří nemají děti, odebírají obědy z družstva, které je nyní v potížích, pokud by skončilo svou činnost, museli bychom jim obědy zajistit, na což jsme připraveni, máme vlastní kuchyni v našem ubytovacím zařízení a jsme zde schopni připravit zhruba 200 obědů denně.“

Na otázku č. 10, zda se na ně někdo obrátil v předchozích 3 letech s požadavkem na řešení nepříznivé situace osoby se sníženou soběstačností, 7 z nich sdělilo, že nikoliv, že jsou všichni zabezpečeni rodinou nebo v rámci sousedské výpomoci. Zbývajících 3 měli s řešením takovéto situace zkušenost:

„Obrátil, v minulém roce, upozornili mě na to doručovatelky – jeden manželský pár, kdy paní přestala chodit, tak jsem jim pomáhal vyřizovat domov důchodců, ale nakonec tam vzali pouze paní a pro pána nebylo místo a zůstal doma sám a to víte, chlap a bylo mu už přes 80 let. Tak jsem mu pomohl, aby se vyřízení urychlilo. To byli bezdětní manželé, ale jinak problémy nejsou.“

„Obrátila se na mě jedna paní, která požadovala dovoz obědů. Asi 14 dní jsem jí je sám osobně dovážel, ale pak mi řekla, že je už dál nechce, protože jí to jídlo nevyhovovalo. Jsem už sám ve starobním důchodu, jsem ochoten se postarat, pokud bude potřeba.“

„Pamatuji se, že jsem pouze pomáhal jedné rodině vyřídit domov důchodců pro matku, která byla hospitalizována v nemocnici, a bylo zřejmé, že by už po propuštění nemohla sama doma zůstat.“

Otázkou č. 11 jsem zjišťovala **ochotu respondentů podílet se na komunitním plánování sociálních služeb na území Mladovožicka, zjišťovat potřeby občanů v jejich obci, jednat s nimi, s představiteli okolních obcí a poskytovateli služeb.**

9 z 10 respondentů prohlásilo, že ano, kdy 2 z nich sdělili, že pokus o komunitní plánování probíhal již před lety v rámci mikroregionu, ale bohužel se nakonec neuskutečnilo, protože přišly volby a v mnoha obcích se vyměnilo vedení, které již nemělo zájem v něm pokračovat. Pouze 1 dotazovaný se přiznal, že má tolik starostí, že na toto skutečně nemá čas.

Otázku č. 12 jsem směřovala k tomu, **zda se alespoň orientačně seznámili se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2008 – 2010.**

Zde pouze 3 dotazovaní odpověděli víceméně kladně:

„Ano, máme ho na obci a vím, že se připravuje nový.“

„Viděl jsem ho, ale na co je zde v oblasti zajištění osob se sníženou soběstačností kladen důraz, nevím.“

„No málo, což vychází z toho, že se na nás zatím nikdo s žádným požadavkem neobrátil a neměl jsem tedy potřebu se tím zabývat.“

Ostatní z dotazovaných ho nikdy neviděli. Stejný respondent, který projevil nezájem o komunitní plánování, dokonce prohlásil, že ho vůbec nezajímá.

Daleko pozitivněji, ale vyzněly odpovědi na poslední 13. otázku – **Byla by Vaše obec schopna se podílet na financování pečovatelské služby, pokud by Vaši občané o ni projevíli zájem? V případě, že ano, zkuste odhadnout jakou maximální částkou ročně.**

V tomto případě všichni dotazovaní prohlásili, že pokud by byl skutečný zájem a skutečná potřeba ze strany jejich občanů, určitě by se nějaká částka našla, výše by záležela na konkrétní situaci. Jeden ze starostů, který spravuje obec prostřední velikosti z oněch 10 vybraných, dokonce uvedl, že by mohli celkově vydat i 50 tis. Kč ročně.

5 DISKUZE

Situaci osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka jsem zkoumala ze dvou pohledů, jednak z pohledu samotných osob se sníženou soběstačností a jednak z pohledu zástupců obcí na tomto území. Vycházela jsem při tom ze stanovených dílčích cílů výzkumu. V první řadě jsem se snažila zmapovat ve vybraných obcích na území Mladovožicka využívané formy péče o osoby závislé na péči v komparaci s potřebami a požadavky těchto osob a dále zjistit postoj a míru participace obcí v rámci podpory terénních sociálních služeb. Vše směřovalo k naplnění hlavního cíle – zjistit potřebnost zajištění terénních sociálních služeb na území Mladovožicka.

K tomuto účelu jsem zvolila 2 výzkumné soubory, při jejich tvorbě jsem měla na paměti zejména pozdější využití výsledků výzkumu v praxi. Vycházela jsem z toho, že jedinou vhodnou a dostupnou terénní sociální službou je pečovatelská služba, která úspěšně pokrývá zatím pouze potřeby osob se sníženou soběstačností žijících na katastrálním území města Mladá Vožice a z faktu, že ve zbývajících 10 obcích I. typu žádné sociální služby nefungují. Oba výzkumné soubory proto pocházejí právě z těchto obcí, jak jsem již uvedla v podkapitole 3.2.

V rámci **dotazníkového průzkumu** zaměřeného na osoby, které jsou nebo by potencionálně mohly být osobami se sníženou soběstačností, jsem nejprve prvními 3 otázkami zjišťovala identifikační údaje respondentů – věk, pohlaví a rodinný stav. Zvolenou metodou výběru se mi podařilo získat vzorek, v němž převažovaly osoby od 65 do 74 let, tvořily celkem 63 % všech dotazovaných. 3 % představovaly osoby se zdravotním postižením mladší 64 let, osoby od 75 let byly tedy zastoupeny 34 % - viz *graf č. 1*. Tyto údaje jsem srovnala s poměrným věkovým složením obyvatelstva Jihočeského kraje dle údajů ČSÚ k 31. 12. 2008 – **viz příloha č. 8** a zjistila jsem podstatnou shodu dat. Zastoupení respondentů dle pohlaví bylo velmi vyrovnané, 51 % tvořili muži a 49 % ženy - viz *graf č. 2*, což bylo zejména dáno i tím, že 66 % dotazovaných (22 žen a 23 mužů) pocházelo z trvalého manželství. Mezi ovdovělými, kteří představovali dalších 22 % respondentů (15 osob), však převažovaly ženy

s počtem 11 - viz *graf č. 3*. I zde se tedy projevila jistá feminizace života ve stáří, o níž hovoří také Nešporová, Svobodová, Vidovičová (2008).

S ohledem na celkové zaměření práce jsem dále zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí vlastní soběstačnost v úkonech péče o vlastní osobu a o domácnost, tedy v oblasti sebeobsluhy, osobní hygieny, přípravy stravy, údržby domácnosti a kontaktu s okolím, do kterého jsem zahrnula schopnost si dojít nebo dojet nakoupit, k lékaři, vyřídit různé záležitosti, příp. se scházet v rámci dané komunity apod. Jak konstatuje Sýkorová (2007, str. 99), tuto fyzickou soběstačnost - „*schopnost samostatně a efektivně zvládat úkoly tvořící součást reality běžného života*“ podmiňuje zdravotní stav osoby. Sýkorová (2007) poukazuje na Berlínskou studii z roku 1993, která potvrdila, že pokles aktivity seniorů nastává až po překročení 70. roku, kdy i po té relativně nízký podíl starších lidí potřebuje pomoc s domácími pracemi, v oblasti osobní péče není na druhé odkázána většina z nich a to včetně osmdesátníků. Ve své Moravskoslezské studii Senioři 2002, kde zkoumala osoby ve věku 60 let a starší, došla k závěru, že pouze necelou desetinu respondentů jejich zdravotní stav omezuje natolik, že jsou zcela závislí na druhých (Sýkorová, 2007). Z mého výzkumu vyplynulo, že míra závislosti na pomoci jiné fyzické osoby skutečně stoupá se zvyšujícím se věkem, kdy největší nárůst lze pozorovat po dosažení 75 let – viz *graf č. 11*. Z *grafu č. 12* je patrné, že plně soběstační se vyskytují pouze do věkové kategorie 70 – 74 let, bylo jich celkem 29 % ze všech dotazovaných. Starší osoby, od 75 let výše, se již plně soběstačné necítí, ***hypotéza H3*** – „*Plnou soběstačnost si zachovávají pouze osoby v raném stáří*“, tedy ***byla potvrzena***. Větší pokles soběstačnosti lze pozorovat opravdu až po 70. roce života, zde lze říci, že tyto osoby v průměru potřebují pouze občasnou pomoc při náročnějších úkonech, osoby starší 80 let, ale již vyžadují pomoc pravidelnou a to alespoň při některé z činností běžného dne – viz *graf č. 11*. K podobnému závěru dospěla i Kuchařová (2002) ve svém výzkumu „Život ve stáří“ z roku 2002, kdy říká, že schopnost orientace v okolním prostředí a tělesné a psychické dispozice se skutečně zhoršují teprve s blížícími se osmdesátými narozeninami.

Co se týče pomoci s domácími pracemi, zjistila jsem, že v oblasti přípravy nebo zajištění stravy, se považuje za zcela nebo téměř soběstačné 44 respondentů, což

představuje 64,7 % – viz graf č. 8 a v oblasti běžné údržby domácnosti 38 dotazovaných, tedy 55,8 % – viz graf č. 9. V oblasti osobní péče, tedy při vlastní sebeobsluze je plně nebo téměř soběstačných 45 respondentů (66,1 %) – viz graf č. 6, a při provádění osobní hygieny, dokonce 48 respondentů (70,5 %) – viz graf č. 7. Mnou získané výsledky se tedy podobají shora uvedeným šetřením. Zajímala mě rovněž otázka, zda se míra soběstačnosti liší v závislosti na pohlaví dotazovaných. Vyslovila jsem **hypotézu H2** – „Ženy se cítí více soběstačné než muži“. Musím konstatovat, že tato hypotéza **se nepotvrdila**. Z tabulky č. 1 je patrné, že obě pohlaví se hodnotí velmi podobně, difference je nevýznamná. Dle oblastí jednotlivých činností ženy vedou pouze v přípravě a zajištění stravy a velmi těsně také při úkonech spojených s údržbou domácnosti, což je ovlivněno tradičním genderovým rozdělením rolí. Při péči o vlastní osobu a zvládání osobní hygieny se obě pohlaví cítí téměř rovnocenně. V soběstačnosti při kontaktu s okolím výrazněji vedou naopak muži, což je dáno tím, že daleko častěji řídí automobil a i přes různá omezení jsou až do vysokého věku schopni dojet do nejbližšího města za nákupy a jinými pochůzkami. Ženy jsou v tomto směru odkázané na muže nebo na hromadnou dopravu, kdy některé z nich ji ani pro zhoršenou pohyblivost využít nemohou.

Toto subjektivní hodnocení jsem porovnávala také s přiznaným stupněm závislosti na pomoci jiné osoby při poskytnutí příspěvku na péči. Zjistila jsem, že 48 dotazovaných (70,5 %) příspěvek přiznaný nemá, což zhruba odpovídá počtu osob od 65 let do 74 let (43 osob), kdy tito v průměru nepotřebují žádnou nebo pouze nepravdělnou pomoc. 5 respondentů uvedlo, že si o něj požádají a zbylých 16 osob (23,5 %) ho již pobírá – viz graf č. 13. Téměř všichni z nich, vyjma plně nesoběstačných, kteří, jak lze předpokládat, stejně dotazník sami nevyplňovali, se cítí subjektivně hůře, než jaký mají stanovený stupeň závislosti - viz tabulka č. 2.

V souvislosti s příspěvkem na péči jsem také zjišťovala povědomost naší společnosti, resp. potencionálních i současných poživatelů tohoto příspěvku, o jeho účelu. Zde se potvrdilo opět to, co již bylo zjištěno při mnoha jiných šetřeních, že informovanost v tomto směru je mezi těmito osobami velmi nízká a to i u těch, co již tento příspěvek pobírají. Jak ukazuje graf č. 14, pouze 9 osob z 68 dotazovaných

správně uvedlo, že je určen výhradně na zaplacení sociálních služeb a na úhradu péče, kterou poskytuje osoba blízká nebo jiná. Dalších 14 respondentů se domnívá, že kromě těchto dvou možností slouží také na doplatky léků nebo na dopravu. S tímto názorem zejména u osob s nejnižším stupněm závislosti se setkali také pracovníci VÚPSV Praha při výzkumných šetřeních „Regionální dostupnost sociálních služeb“ z roku 2008 (Bareš, 2009). Dalších 11 dotazovaných se domnívá, že je určen pouze na úhradu péče, kterou poskytuje blízká nebo jiná osoba. I k této možnosti opět dalších 9 osob přiřadilo, že ještě slouží na doplatky léků. Je tedy zřejmé, že doplatky léků pro mnohé seniory představují nezanedbatelnou položku. Ostatní dotazovaní uvedli ještě další kombinace, ale lze říci, že tři čtvrtiny všech respondentů uvedly, že jedním z účelů je úhrada péče ze strany blízkých nebo jiných osob. Tito jistě vycházeli z toho, k jakému účelu tento příspěvek již sami využívají nebo by ho využili.

Potvrdilo se totiž, že i přestože se mnozí z dotazovaných cítí zcela nebo téměř soběstační, nějakou formu pomoci, ať již příležitostnou nebo pravidelnou potřebují vyjma 2 mužů všichni – viz *tabulka č. 3*. Ti, co žijí v manželském nebo družském vztahu, se v případě potřeby obracejí zejména na své partnery, pokud jsou tito schopni pomoc poskytnout. V případě mnou zkoumaného vzorku pomoc ze strany životního partnera patří k nejvíce preferované (celkem 33 respondentů si jí cení nejvíce) – viz *graf č. 15*. Ke stejnému závěru dospěla i Sýkorová (2007), kdy říká, že staří manželé spolupracují anebo se spoléhají na pomoc druhého, udržení autonomie je pak chápáno jako „párová záležitost“. Dalším jejím zjištěním je skutečnost, že asistenci dětí využívají pouze výjimečně nebo na určité specifické činnosti, kdy se vždy snaží o reciprocitu takového vztahu, tedy se pomoc snaží zejména finančně „oplatit“.

Je tedy zřejmé, že k tomuto účelu by využili příspěvek na péči. Určitou míru pomoci od dětí přiznalo celkem 74 % mnou zkoumaných respondentů, tento podíl se tedy shoduje s podílem osob, které uvedly, že příspěvek na péči je určen na úhradu péče ze strany osoby blízké nebo jiné. Ze své podstaty je reciproční i vztah s přáteli a sousedy, který patří již k méně využívaným formám pomoci stejně tak jako pomoc širší rodiny.

Dle výsledků mezinárodního výzkumu IPPAS provedeného VÚPSV naši respondenti, pokud nemohou využít pomoci nejužší rodiny, spoléhají spíše na veřejné instituce a církevní organizace, na rozdíl od osob žijících v sousedních státech, zejména v Polsku, Rakousku a Německu (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008). Dle Sýkorové (2007) „rodina, přátelé, sousedé“ tvoří triádu stěžejních zdrojů pomoci, senioři jejich spolehlivost vnímají jako podmíněnou mnoha faktory, zejména zdravotním stavem, vzdáleností bydliště, pracovními povinnostmi, ekonomickou situací a také zejména kvalitou vzájemných vztahů. Nicméně všichni dotazovaní v mém výzkumu prohlásili, že pomoc, kterou uvedli, je pro ně v současné době dostatečná, pouze 29 % se obává, že se jejich situace může v brzké době natolik zhoršit, že stávající péče jim nebude postačovat a současní poskytovatelé jim více pomoci poskytnout nemohou – viz *graf č. 16*. Tito dotazovaní by tedy mohli být potencionálními zájemci o terénní sociální služby. Domnívám se, že i mnohým, kteří uvedli, že jim stávající míra pomoci zcela vyhovuje, by vhodná sociální služba mohla napomoci zlepšit kvalitu jejich života nebo ulehčit práci jejich blízkým, kteří jim mnohdy pomoc zabezpečují s výraznými obtížemi. S dětmi v jedné domácnosti totiž žije pouze 11 respondentů – viz *graf č. 4*. Zde se však domnívám, že i mnozí z těch, kteří uvedli, že žijí sami nebo pouze s partnerem, mají rodinu alespoň jednoho dítěte poblíž, někdy i ve stejném domě, ale každý má vlastní domácnost. Přesto však konstatuji, že **hypotéza H1** – „Osoby se sníženou soběstačností žijící v daném území v obcích I. typu považují v současné době pomoc ze strany rodinných příslušníků a dalších neformálních zdrojů za dostatečnou“ – **se potvrdila**.

Následným šetřením byla ověřena vhodnost terénní formy sociální služby pro tuto cílovou skupinu do budoucna, kdy se může stát, že některý z dosavadních zdrojů pomoci nebude dostačující nebo zcela odpadne. Většině dotazovaným totiž vyhovuje současné bydlení (52 dotazovaných), 8 sice již vyhovovat přestává, ale i přes všechny obtíže chtějí ve své domácnosti zůstat. Ochotu stěhovat se projevilo pouze 8 osob, z nichž 5 by si vybralo byt v domě s pečovatelskou službou, a pouze 3 by byly ochotny odejít do pobytového zařízení – *graf č. 17*. Důvodem k tomuto postoji je jistě i ta skutečnost, že 88 % z nich žije ve své obci více jak 30 let nebo celý život – viz *graf č. 5*.

Spokojenost respondentů s jejich současným zajištěním potvrzují i odpovědi na otázku, zda by měli zájem o zavedení pečovatelské služby. Pouze 4 osoby uvedly, že zájem mají, kdy ale podotýkám, že současně prohlásily, že v současné době jsou jejich potřeby dostatečně zajištěny. Nelze však říci, že ostatní tuto formu pomoci zcela zavrhnou, protože 22 dotazovaných uvedlo, že by ji rádi využili při zhoršení zdravotního stavu v budoucnosti a dalších 17 bylo nerozhodnutých (zatím neví) – viz *graf č. 18*. Zde se domnívám, sehrála velkou roli také nedostatečná informovanost respondentů o tomto druhu sociální služby, což je zřejmé i z toho, že mnozí z těch, jež uvedli, že zájem nemají, v další otázce označili, že by si některý z vyjmenovaných úkonů pečovatelské služby vybrali a většina z nich by byla ochotna za jeho poskytnutí uhradit tolik, kolik by bylo potřeba – viz *graf č. 19*. Skutečnost, že senioři často nemají zcela zřetelnou představu, co mohou jednotlivé druhy služeb nabízet, jaké potřeby uspokojují a kam až sahají jejich možnosti zajištění pomoci, potvrdil i pilotní výzkum Kubalčíkové z roku 2007 (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

V 10 případech by si vybrali dovoz obědů, což koresponduje s tím, že tato služba, zajištěná zdejšími zemědělskými firmami, funguje pouze v 1 ze 3 obcí, kde jsem prováděla dotazníkové šetření – viz *tabulka č. 6*. Jako potřebné se také ukázalo zajištění pochůzek, dopravy do Mladé Vožice, pomoci při osobní hygieně, praní prádla, mytí oken, zajištění nákupů, běžného úklidu domácnosti a pomoc při topení v kamnech. Z tohoto výčtu je zřejmé, že nesoběstačnost v těchto činnostech je ovlivněna především prostředím, v němž respondenti žijí. Dalším výzkumem – **rozhovory se starosty obcí**, bylo totiž zjištěno, že zde nefungují téměř žádné veřejně dostupné služby a lidé musí za vším dojíždět do města, což jim samozřejmě činí potíže – viz *tabulka č. 6*.

Obě strany, tedy osoby, jež vyplňovaly dotazník i oslovení starostové obcí, se ale bohužel shodly na tom, že mezi nimi dosud neprobíhala ohledně zajištění sociálních služeb téměř žádná jednání – viz *tabulka č. 4 a odpovědi starostů na otázku č. 10*. Lidé nepřicházeli s požadavky a představitelé obcí tedy proto ani neměli potřebu se tímto problémem zabývat, dokonce ani neznají povinnosti, které obcím ukládá zákon o sociálních službách. Výhodou venkova je ale skutečnost, že se zde všichni osobně znají a představitelé obcí se proto o mnoha problémech, které zasáhly jejich občany,

přesto dozvědí. Všichni se shodli na tom, že pokud někdo přestane být soběstačný, postará se o něho rodina, případně sousedé. Hojně využívají také dovozu obědů, který zajišťují, jak jsem se již zmínila, zemědělské firmy, celkem v 7 obcích z 10 zkoumaných a to i pro ty osoby, které zde v minulosti nepracovaly. Podle mého názoru jde skutečně o velice využívanou a potřebnou službu, ze své praxe mám totiž zkušenost, že mnoho lidí ve starším věku, zejména pokud zůstanou sami, přestává klást na kvalitu a zejména pestrost stravy důraz. Samozřejmě ale rovněž netvrdím, že oběd ze závodní kuchyně je vzor racionální výživy vhodné pro tuto cílovou skupinu.

Starostové se rovněž domnívají, že s ohledem na dostatečnou kapacitu neformálních zdrojů pomoci, v současné době v jejich obci žádná sociální služba nechybí, tedy s výjimkou těch, v jejichž obcích chybí právě dovoz obědů nebo není žádná možnost nákupu – není tam prodejna a nezajíždí ani pojezdna. Tito připustili, že v tomto by jim mohla pomoci pečovatelská služba. Částečně by mohla odstranit i problém s nedostatečnou dopravní obslužností. Pouze 2 dotazovaní by pro své občany sjednali domácí zdravotnickou péči. Velmi příjemně mě překvapil starosta největší obce Smilovy Hory s 389 obyvateli, z nichž je 93 ve věku 65+ -viz *tabulka č. 5*, který prohlásil, že mají vlastní ubytovací zařízení s kuchyní, kde jsou schopni připravit zhruba 200 obědů denně. Pokud by zdejší zemědělské družstvo přestalo obědy pro seniory zajišťovat, ihned by se této služby mohli ujmout.

Kvalita života seniorů a samozřejmě i osob se zdravotním postižením není ohrožována jen zhoršujícím se zdravotním stavem či nesoběstačností při všech výše zmiňovaných úkonech běžného dne, ale také zejména osamělostí. S tou „ruku v ruce“ přichází i ztráta odvahy a chuti k aktivnímu životnímu stylu, což má pak neblahý vliv na psychiku. Velmi důležitá je proto i možnost sdružování, možnost sdílení společných témat, vzpomínek a zájmů (Hasalíková, 2007). V této oblasti vidím především prostor pro vlastní iniciativu obcí, protože i ta nejmenší z nich má nějakou klubovnu nebo zasedací místnost, v níž se lidé mohou scházet. Důležitým předpokladem však je existence nějaké vůdčí a zároveň kreativní osoby, která musí pocházet ze samotných řad seniorů a bude schopna zajistit „rozjezd“ vznikajícího spolku či klubu, na což ostatně poukázala i jedna z dotazovaných starostek. Tento počín se podařil ve 4 sledovaných

obcích. Nejlépe si opět vede největší ze zkoumaných obcí, kde se pravidelně každý týden schází 15 – 20 seniorů v obecním objektu a dokonce se věnují i různým tvůrčím aktivitám. V ostatních obcích, kromě jedné, připravují pro své seniory alespoň nepravidelné akce jako je předvánoční posezení a oslava svátku matek nebo MDŽ.

Z výše uvedeného je zřejmé, že situace ohledně zajištění osob se sníženou soběstačností na sledovaném území není nijak varující. Rodinná péče spolu s různými substitučními službami pomáhá potřebu sociálních služeb oddálit. Všichni starostové se vyjádřili, že v současné době jejich občané žádnou sociální službu, tedy takovou, která je definována v zákoně o sociálních službách, nepotřebují, ale jsou si vědomi toho, že i v jejich obcích může dojít k situaci, kdy občané budou potřebovat profesionální sociální službu, na což poukazuje i Zeman. Uspokojení této potřeby by mělo řešit komunitní plánování (Zeman, 2008c). Až na jednu výjimku, jsou všichni představitelé obcí ochotní se na komunitním plánování do určité míry podílet, ale v této situaci ho zatím nepovažují za důležité a podstatné. Z rozhovoru s nimi vyplynulo, že je třeba se vždy zaměřit pouze na konkrétní problémy a tyto se snažit vyřešit, při všech narůstajících povinnostech a úkolech, které vyplývají z jejich funkce, nemají čas na nějaké obecné „řečnění“. Je nutno podotknout, že všichni jsou tzv. neuvolnění starostové, funkci tedy vykonávají při svém zaměstnání.

Dále bylo zjištěno, že 7 z dotazovaných starostů vůbec nic neví o Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2008 – 2010 a zřejmě ani o nově připravované aktualizaci, zbývající 3 respondenti se s ním měli možnost seznámit, ale nepovažují ho za důležitý dokument pro jejich činnost. Toto svědčí o tom, že kraj do svého plánování aktivně zapojuje pouze obce s obecním úřadem s rozšířenou působností a některé větší obce s pověřeným obecním úřadem, k obcím I. typu žádné informace neproudí a nebo je právě považují za příliš obecné a nepodnětné. Podněty pak nepřichází ani od obcí III. typu. Tyto, pokud se do komunitního plánování zapojí, tak většinou plán vyhotovují pouze pro území svého města, tak jako tomu je např. v případě Komunitního plánu sociálních služeb Města Tábora – viz *mapka v příloze č. 5*.

Starostové jsou rovněž přesvědčeni, že i realizace naplánovaných sociálních služeb by nemusela být nepřekonatelným problémem. Všichni se shodli na tom, že na podporu

terénní sociální služby, jakou je např. pečovatelská služba, která by jejich občanům se sníženou soběstačností umožnila setrvat v obci, by určitě nějakou částku z obecního rozpočtu uvolnit mohli.

6 ZÁVĚR

Na počátku své práce jsem si stanovila cíl - Zjistit potřebnost zajištění terénních sociálních služeb na území Mladovožicka z pohledu osob se sníženou soběstačností a z pohledu zástupců obcí. Domnívám se, že tohoto cíle se mi provedeným výzkumem podařilo dosáhnout. Zjistila jsem, že snížená soběstačnost je skutečně u převážné většiny osob spojena s věkem, který s sebou přináší mnohá chronická onemocnění, zhoršování pohybových schopností, schopnosti smyslového vnímání, paměti aj., kdy lze konstatovat, že prakticky každý člověk od 75 let výše vyžaduje při zvládání úkonů během běžného dne určitou míru pomoci, čímž se potvrdila hypotéza H3 – *„Plnou soběstačnost si zachovávají pouze osoby v raném stáří.“* V případě schopnosti zachování soběstačnosti se ale neprokázala žádná přímá souvislost s pohlavím jedinců, ženy neprojevily větší zachovanou soběstačnost, jak jsem se domnívala, když jsem stanovila hypotézu H2 – *„Ženy se cítí v rámci zkoumaných parametrů více soběstačné než muži.“*

Potřebnou pomoc osobám se sníženou soběstačností na sledovaném území zajišťuje především nejbližší rodina, v menší míře také přátelé, sousedé a různé podpůrné služby provozované podnikatelskými subjekty, v současné době jim tato pomoc postačuje k uspokojení všech potřeb, což prohlašují jak samy tyto osoby, tak představitelé obcí. Potvrdila se tím tedy hypotéza H1 – *„Osoby se sníženou soběstačností žijící v daném území v obcích I. typu považují v současné době pomoc ze strany rodinných příslušníků a dalších neformálních zdrojů za dostatečnou.“* Současně jsem získala odpověď i na výzkumnou otázku *„Jak důležité a podstatné je pro představitele vybraných obcí na Mladovožicku komunitní plánování sociálních služeb na jejich samosprávném území?“* Představitelé obcí se domnívají, že za současné situace, kdy osoby se sníženou soběstačností nevyžadují žádnou další pomoc, není komunitní plánování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu důležité a podstatné, ale do budoucna ho nevyklučují a až na jednoho z dotazovaných jsou všichni ochotni se do něho do určité míry aktivně zapojit. Z těchto výsledků je tedy zřejmé, že zajištění terénních sociálních služeb na daném území není aktuálně potřebné.

Obec by však neměla na zajištění profesionálních sociálních služeb pro své občany zapomínat a to ani nyní, kdy je nikdo na jejich území bezprostředně nepotřebuje. Vždy se totiž mezi osobami se sníženou soběstačností může najít takový člověk, který není schopný zcela objektivně zhodnotit svou situaci, tvrdí, že má vše zajištěno, ale ve skutečnosti jeho životní potřeby nejsou odpovídajícím způsobem naplněny. Je možné, že mnozí již také rezignovali na stávající způsob života a nepohodu a navíc ani nevěří tomu, že by se cokoli mohlo změnit. Nikdy zde totiž žádné sociální služby nefungovaly a kde není nabídka, není ani poptávka. Někteří z respondentů také nakonec v dotazníku označili, že by pečovatelskou službu přeci jenom využili, někteří dokonce ihned a jiní by ji přivítali do budoucna, kdy se obávají, že jejich soběstačnost poklesne do té míry, že jim již stávající zdroje pomoci nebudou postačovat. Je nutno počítat také s tím, že v horizontu 5 – 10 let překročí věk 70 let silné ročníky narozené v poválečných létech – viz *graf v příloze č. 8*, přibude tedy osob v nejstarších věkových kategoriích a současně se stále prodlužuje potřebný věk k odchodu do starobního důchodu u jejich potencionálních pečovateli. Zaměstnaní lidé zatím nemají a vzhledem k propastnému deficitu našeho státního rozpočtu zřejmě ani nikdy nebudou mít tak výhodné podmínky k tomu, aby se ve větší míře mohli péči o své méně soběstačné příbuzné věnovat.

Významná je i ta skutečnost, že od 1. 1. 2011 by dle novely zák. o sociálních službách polovina z příspěvku na péči v I. stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby měla sloužit výhradně na úhradu poskytnutých sociálních služeb poskytovateli registrovanými dle zákona. Znamená to tedy, že každá osoba se sníženou soběstačností by měla mít možnost tento příspěvek k danému účelu využít. K této změně dochází zejména z toho důvodu, což prokázal i můj výzkum, že velká část poživatelů tento příspěvek využívá spíše k vylepšení vlastní příjmové situace, nikoli tedy na úhradu za poskytnutou péči.

V neposlední řadě je podpora rozšíření terénních sociálních služeb zakomponována i do opatření Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2008 – 2010. Provedeným výzkumem jsem však zjistila, že malé obce I. typu nejsou s tímto plánem vůbec seznámeni, navíc pro podporu těchto služeb jsou nedostatečně motivovány.

Je zřejmé, že každá obec není schopna vlastními silami potřebné sociální služby pro své občany zajistit. Je ale nutné, aby se i ty nejmenší obce aktivně zapojily do komunitního plánování, například na úrovni mikroregionu. Nejprve je nutné zmapovat skutečné potřeby osob, které však musí zároveň obdržet dostatek srozumitelných informací o tom, jaké služby je reálné pro ně v obci zajistit a jakou podporu od konkrétních služeb mohou očekávat. Zde je vhodné zdůraznit, že každá sociální služba má člověka podporovat pouze při těch úkonech, které on skutečně samostatně nezvládne a které mu ani rodina nemůže zajistit a připomenout, že právě na nákup těchto služeb je prioritně určen příspěvek na péči. K informování bych doporučovala osobní kontakt samospráv s cílovou skupinou, např. v podobě informační schůzky, na kterou by byli všichni méně soběstační pozváni a to včetně rodinných příslušníků, kteří jim péči a podporu v současné době zajišťují.

Ke zjišťování potřeb je rozhodně vhodné využít techniku rozhovoru, kdy tímto způsobem představitelé obcí získají ucelený obraz o situaci jednotlivých osob, rovněž je a jejich rodiny ujistí o opravdovosti záměru a také mohou podat doplňující informace k průběhu komunitního plánování a po té i o realizaci rozšíření konkrétní služby. Dobrá informovanost je totiž předpokladem naplňování principu participace všech zúčastněných stran v tomto procesu. Zaručuje, že člověk přestane být pouhým objektem zájmu a stane se plnoprávným, odpovědným a respektovaným subjektem.

Zjištěné potřeby osob je nutné vyhodnotit a po té přistoupit již k dalším jednáním s ostatními obcemi a poskytovateli služeb, kdy každá obec musí zmapovat také vlastní zdroje, a to jak materiální, lidské, tak především finanční, které může pro samotnou realizaci nabídnout. Podpora ze strany každé obce je totiž pro rozšíření sociálních služeb nezbytná. V ideálním případě vedená jednání vyústí v uzavření dohody obce s poskytovatelem. Uzavření dohody a následné placení domluveného paušálního příspěvku bych doporučovala i těm obcím, kde není momentální potřeba dané služby, protože až potřeba nastane, což může být kdykoliv, uzavřená dohoda osobě výrazně zkrátí čekací dobu na samotné poskytnutí požadovaných úkonů. Je totiž nezbytné vzít v úvahu, že rozšíření sociální služby do další obce s sebou nese zvýšení nákladů nejen pro obci ale zejména pro poskytovatele. Obě strany s nimi tedy musí počítat již

při sestavování ročního rozpočtu, kdy tento lze v průběhu roku měnit jen s velkými obtížemi.

Z výše uvedeného je patrné, že komunitní plánování sociálních služeb je velmi náročný proces, já však věřím, že jeho důležitost pochopí představitelé obcí nejen na území Mladovožicka, ale i v dalších venkovských oblastech. Myslím si, že moje bakalářská práce by se mohla stát podnětem a snad i vodítkem pro jejich další jednání v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAJER, P. 2009. Komunitní plánování sociálních služeb připomíná pohádku O chytré horáky, domnívá se Ivan Úlehla. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca: komunitní plánování*. 2009, roč. 9., č. 1, s. 13 – 16. ISSN 1213-6204.

BAREŠ, P. 2009. *Regionální dostupnost sociálních služeb: Zpráva z výzkumných šetření mezi pracovníky krajských úřadů a pracovníky obcí s pověřeným obecním úřadem*. [online]. Praha: VÚPSV, 2009. 61 s. ISBN 978-80-7416-047-9. Dostupné také z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_302.pdf.

BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BOHATÁ, I. 2008. Terénní a ambulantní sociální služby: alternativa pobytových zařízení. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. *Fórum sociální politiky*. 2008, roč. 2, č. 5, s. 53-54. ISSN 1802-5854.

ČÁMSKÝ, P. 2009. Právní rámec poskytovaných sociálních služeb. APSS ČR. *Sociální služby*. leden 2009, roč. XI., č. 1, s. 24-26. ISSN 1802-0046.

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. 2009. Činnost lékařské posudkové služby – nedílná součást důchodové reformy, dopad na kvalitu života seniorů. In *Sborník ze III. ročníku konference SENIOR LIVING 11. – 12. 11. 2008 Hradec Králové* [CD-ROM]. Ledax, 2009. s. 60-65. ISBN 978-80-254-3823-7.

ČSÚ. 2010. *Český statistický úřad: Jihočeský kraj* [online]. Poslední aktualizace 27. 1. 2010 [cit. 2010-03-13]. Statistická ročenka Jihočeského kraje. Dostupné z: <http://notes2.czso.cz/xc/edicniplan.nsf/p/311011-09>.

FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A. 2008. Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn. *Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, 2008, roč. 10., č. 2, s. 334 – 337. ISSN 1212-4117.

GRUBEROVÁ, B. 1998. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

HADKINS, E. 2009. On the Variety of Human Needs: Maslow and Max-Neef. *Counselling Ressource* [online]. 2009 [cit. 2010-01-23]. Dostupné z: <http://counsellingresource.com/features/2009/01/06/maslow-max-neef/>.

HASALÍKOVÁ, M. 2007. Intergenerační a mezigenerační sdružování seniorů. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. *Fórum sociální politiky*, 2007, roč. 1, č. 2, s. 24 - 26. ISSN 1802-5854.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HLOUŠKOVÁ, Z. 2009. Plánování sociálních služeb na venkově. *Sociální práce/ Sociální práca: komunitní plánování*. 2009, roč. 9., č. 1, s. 150 – 151. ISSN 1213-6204.

HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. vyd. neuvedeno. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno.

JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.

JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005. 99 s. Dostupné z: http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/23_Rodinna%20pece.pdf ISSN 1801-1519.

KLEVETOVÁ, D. 2009. Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). *Ikaria. Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2009, č. 1, s. 12 -14. ISSN 1213-2330.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZLOVÁ, L. 2007. *Metody výzkumu v sociální práci: studijní opora předmětu* [online]. 2007 [cit. 2010-03-13]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/spvs/>.

KPJČK. 2009 – 2010. *Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji*. [online]. c2009 - 2010 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z: <http://www.kpjck.cz/>.

KREBS, V. a kol. 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

KUBALČÍKOVÁ, K. 2010. Životní situace seniorů – uživatelů pečovatelské služby. In *Sborník ze IV. ročníku konference SENIOR LIVING 10. – 11. 11. 2009 České Budějovice* [CD-ROM]. Ledax, 2010. s. 131 - 138. ISBN 978-80-254-6455-7.

KUCHAŘOVÁ, V. 2002. *Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického šetření* [online]. Praha: VÚPSV, 2002. 89 s. [cit. 2010-04-07]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>.

MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha, Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

MPSV. 2008a. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Poslední aktualizace 25. 2. 2008a [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5161>.

MPSV. 2008b. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2008b. 54 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

MPSV. 2009. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Poslední aktualizace 24. 6. 2009 [cit. 2009-11-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7221>.

MPSV. 2010. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Poslední aktualizace 3. 3. 2010 [cit. 2010-03-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8376>.

MV ČR. 2010. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. c2010 [cit. 2010-03-13]. Počty obyvatel v obcích. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/statistiky-pocty-obyvatel-v-obcich.aspx>.

NEŠPOROVÁ, O. – SVOBODOVÁ, K. – VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložila Abigail Kozlíková. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

PRŮŠA, L. 2007a. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: ASPI, 2007a. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

PRŮŠA, L. 2007b. Odpovídají sociální služby v ČR současným evropským trendům? Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. *Fórum sociální politiky*, 2007b, roč. 1, č. 2, s. 2. ISSN 1802-5854.

PRŮŠA, L. 2008. Potřeba sociálních služeb pro staré občany z dlouhodobého pohledu. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. *Fórum sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 23-25. ISSN 1802-5854.

SEMEŠIOVÁ, M. 2003. Hodnotový systém starších lidí. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca: odborná revue pro sociální práci*, 2003, č. 3, s. 98-105. ISSN 1213-624.

SKŘÍČKOVÁ, Z. a kol. 2007. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Centrum pro komunitní práci, 2007. 112 s. ISBN 978-80-86902-44-9.

SÝKOROVÁ, D. 2004. Autonomie očima seniorů. In *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Sýkorová D., Chytil O. (Eds.). 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. s. 93-122. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 288 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠTOLBOVÁ, H. 2009. Fenomén smrti. Důstojné umírání v domovech pro seniory – I. část. APSS ČR. *Sociální služby: odborný časopis*, březen 2009, roč. 11, č. 2, s. 22, 23. ISSN 1803-7348.

VESELÁ, J. 2006. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 2. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 92 s. ISBN 80-7194-847-0.

VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 236 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

VLÁDA ČR. 2010. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014* [online]. Poslední aktualizace 30. 3. 2010 [cit. 2010-04-06]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/NPVRP.doc>

VŠERS. 2007. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2008 – 2010*. 1. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007. 138 s. ISBN 978-80-86708-48-5.

Vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

ZEMAN, J. 2008a. Financování sociálních služeb a spolupráce obcí. Triada. *Obec & finance* [online]. 2008a, roč. 13, č. 4 [cit. 2010-02-21]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6346958>.

ZEMAN, J. 2008b. Sociální služby a venkovské prostředí. Triada. *Obec & finance* [online]. 2008b, roč. 13, č. 3 [cit. 2010-02-21]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6331914>.

ZEMAN, J. 2008c. Úskalí sociálních služeb na venkově. In *Plánování sociálních služeb ve venkovském území*. Hloušek J. a kol. 1. vyd. Hradec Králové: Občanské poradenské středisko, 2008c. 80 s. ISBN 978-80-86701-12-7.

ŽUMÁROVÁ, M., TESKOVÁ, J. 2008. Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. In *Posuzování životní situace v sociální práci*. Janebová R., Smutek M. (Eds.). 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7041-419-4.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

komunitní plánování

osoby se zdravotním postižením

senioři

snížená soběstačnost

sociální služby

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

1. Hodnocení soběstačnosti a péče o vlastní osobu - výňatek ze zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a z vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
2. Definice vybraných terénních a ambulantních služeb – dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
3. Mapa správního obvodu pověřeného obecního úřadu Mladá Vožice
4. Mapa Jihočeského kraje – podíl obyvatel ve věku 65 a více let
5. Mapa Jihočeského kraje – situace komunitního plánování sociálních služeb
6. Dotazník
7. Otázky pro rozhovor
8. Věkové složení obyvatelstva Jihočeského kraje k 31. 12. 1978, 1988, 1998, 2008

Příloha č. 1

Hodnocení soběstačnosti a péče o vlastní osobu - výňatek ze zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a z vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Dle zák. o sociálních službách při **posuzování soběstačnosti osoby** se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí schopnost osoby zvládat níže uvedené úkony, k nimž vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, přiřazuje konkrétní činnosti (uvedeny za pomlčkou):

a) *komunikace slovní, písemná, neverbální* - přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel; přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí; pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací; komunikace prostřednictvím gest a zvuků;

b) *orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí* - rozlišování známých osob a cizích osob; znalost hodin; rozlišení denní doby; orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání; dosažení cíle své cesty; rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;

c) *nakládání s penězi nebo jinými cennostmi* - znalost hodnoty peněz; rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí; rozlišení hodnoty věcí;

d) *obstarávání osobních záležitostí* - styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi; jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou; obstarání si služeb; rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;

e) *uspořádání času, plánování života* - dodržování denního a nočního režimu; plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne; rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas;

f) *zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku* - předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností; aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace; vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;

g) *obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)* - plánování nákupu; vyhledání příslušného obchodu; výběr zboží; zaplacení nákupu; přinesení běžného nákupu; uložení nákupu;

h) *vaření, ohřívání jednoduchého jídla* - sestavení plánu jídla; očištění a nakrájení potřebných surovin; dávkování surovin a přísad; vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče; ohřívání jednoduchého jídla;

i) *mytí nádobí* - umytí a osušení nádobí; uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;

j) *běžný úklid v domácnosti* - mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;

k) *péče o prádlo* - třídění prádla na čisté a špinavé; skládání prádla; ukládání prádla na vyhrazené místo;

l) *přepírání drobného prádla* - rozlišení jednotlivých druhů prádla; praní drobného prádla v ruce; sušení prádla;

m) *péče o lůžko* - ustlání, rozestlání lůžka; výměna lůžkovin;

n) *obsluha běžných domácích spotřebičů* - zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby; telefonování;

o) *manipulace s kohouty a vypínači* - ovládání manipulace s kohouty a vypínači; rozlišení kohoutů a vypínačů; ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů;

p) *manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří* - zamykání a odemykání dveří; ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

q) *udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady* - udržování vybavení domácnosti v čistotě; třídění odpadů; vynášení odpadů na vyhrazené místo;

r) *další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti* - obsluha topení; praní prádla; žehlení prádla.

Soběstačnost samozřejmě úzce souvisí také se schopností **péče o vlastní osobu**, kam dle výše uvedených právních předpisů zařazujeme tyto úkony a činnosti:

a) *příprava stravy* - rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů; výběr nápojů; výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu; vybalení potravin; otevírání nápojů;

b) *podávání, porcování stravy* - podávání stravy v obvyklém denním režimu; schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení; rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice; míchání, lití tekutin; uchopení nádoby s nápojem; spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby;

c) *přijímání stravy, dodržování pitného režimu* - přenesení stravy k ústům alespoň lžící; přenesení nápoje k ústům; konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

d) *mytí těla* - umytí rukou, obličeje; utírání se;

e) *koupání nebo sprchování* - provedení celkové hygieny, včetně vlasů; péče o pokožku;

f) *péče o ústa, vlasy, nehty, holení* - čištění zubů nebo zubní protézy; česání vlasů; čištění nehtů, stříhání nebo opílování nehtů; holení;

g) *výkon fyziologické potřeby včetně hygieny* - regulace vyprazdňování moče a stolice; zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby; manipulace s oděvem před a po vyprázdnění; očista po provedení fyziologické potřeby; vyhledání WC;

h) *vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh* - změna polohy těla z polohy vleže do polohy vsedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou; změna polohy ze sedu a do sedu; změna polohy z boku na bok;

i) *sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě* - schopnost vydržet v poloze vsedě po dobu alespoň 30 minut; udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) *stání, schopnost vydržet stát* - stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku, setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;

k) *přemisťování předmětů denní potřeby* - vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty; rozlišení předmětů; uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama; zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země; přenášení předmětu z jednoho místa na druhé; vyhledání předmětů;

l) *chůze po rovině* - chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem; chůze v bytě; chůze v bezprostředním okolí bydliště; udržení požadovaného směru chůze; chůze okolo překážek;

m) *chůze po schodech nahoru a dolů* - chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

n) *výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení* - výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám; rozeznání jednotlivých částí oblečení; vrstvení oblečení ve správném pořadí;-

o) *oblékání, svlékání, obouvání, zouvání* - oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla; obutí vhodné obuvi; svlékání oděvu z horní a dolní části těla; zouvání;

p) *orientace v přirozeném prostředí* - orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky; orientování se v okolí domu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky; poznávání blízkých osob; opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována; opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována; rozlišování zvuků a jejich směru;

q) *provedení si jednoduchého ošetření* - ošetření kůže; použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku; dodržování diety; provádění cvičení; měření tělesné teploty; vyhledání nebo přivolání pomoci;

r) *dodržování léčebného režimu* - dodržování pokynů ošetřujícího lékaře; příprava léků, rozpoznání správného léku; pravidelné užívání léků; aplikace podkožních injekcí; provádění inhalací, převazů; rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení.

Zdroj: zák. č. 108/2006 Sb., vyhl. č. 505/2006 Sb.

Příloha č. 2

Definice vybraných terénních a ambulantních služeb – dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Pečovatelskou službu definuje zákon o sociálních službách v § 40 jako terénní nebo ambulantní službu poskytovanou 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 se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání 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.

Osobní asistence je dle § 39 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.

Obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání 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.

Tísňová péče je vymezena v § 41 jako 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.

Obsahuje tyto základní činnosti:

- 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.

V **centrech denních služeb** se dle § 45 poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní stacionáře dle § 46 poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zdroj: zák. č. 108/2006 Sb.

Příloha č. 3

Mapa správního obvodu pověřeného obecního úřadu Mladá Vožice

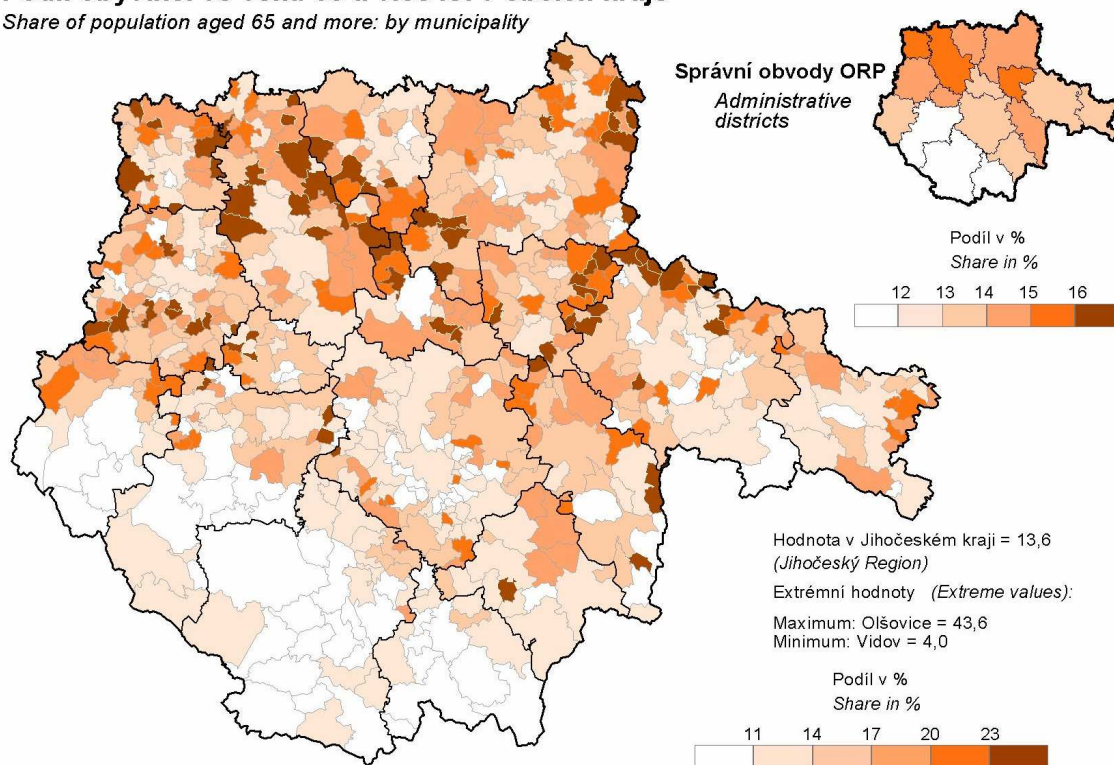


Zdroj: ČSÚ, 2010

Příloha č. 4

Podíl obyvatel ve věku 65 a více let v obcích kraje

Share of population aged 65 and more: by municipality



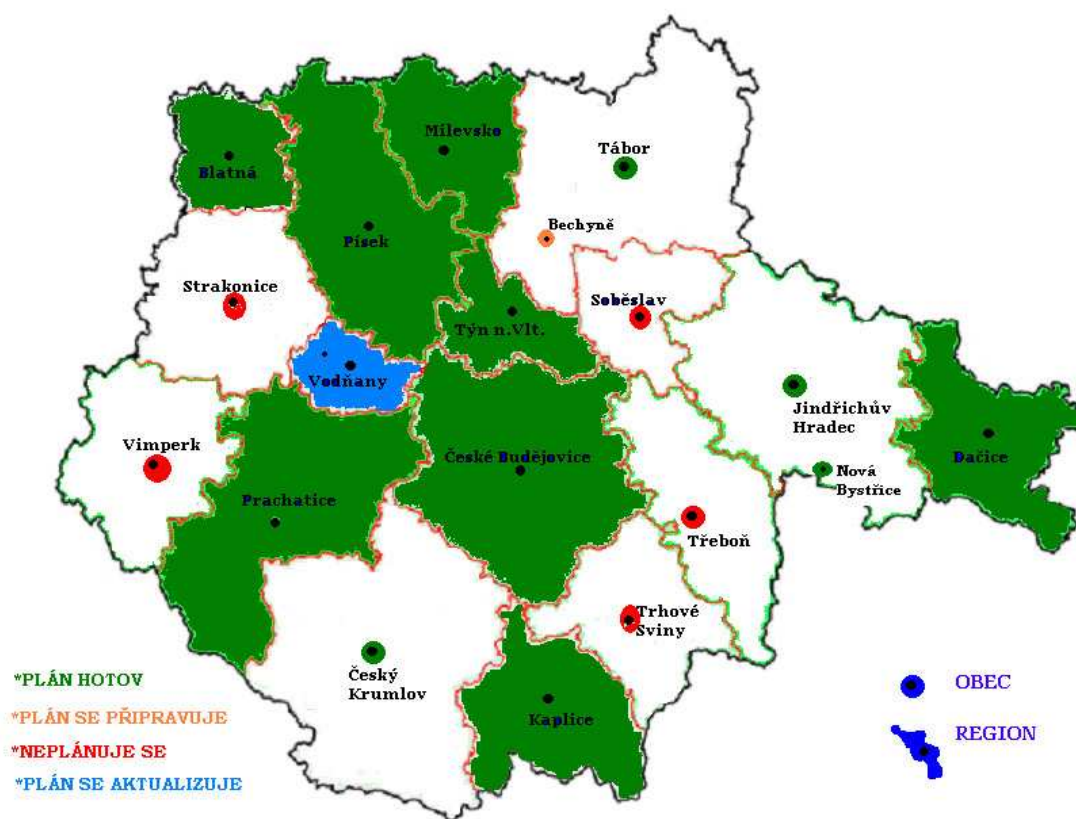
Údaje zveřejněny 4. 5. 2009

Zdroj: ČSÚ, 2010

Příloha č. 5

Situace komunitního plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji

Plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji k 30. 6. 2009



Zdroj: KPJČK, 2009 - 2010

Příloha č. 6

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je **zjištění potřeb a požadavků osob se sníženou soběstačností** v obcích na území Mladovožicka. Dotazník je **zcela anonymní** a bude sloužit pro účely mé bakalářské práce na téma „Situace osob se sníženou soběstačností na území Mladovožicka“, kterou zpracovávám jako studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto výzkumu budou využity i jako podklad pro jednání představitelů obcí o možném rozšíření pečovatelské služby i do Vaší obce.

Velice Vám děkuji za čas, který věnujete jeho vyplnění.

Eva Novotná

Vybranou odpověď zakroužkujte.

1. Uveďte svůj věk

- a) do 64 let
- b) 65 – 69 let
- c) 70 – 74 let
- d) 75 – 79 let
- e) 80 – 84 let
- f) 85 – 89 let
- g) 90 a více let

2. Vaše pohlaví

- a) muž
- b) žena

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/a
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova

4. V domácnosti žijete?

- a) sám/sama
s další osobou /*možno uvést i více*

možností/:

- b) s manželem/kou nebo
druhem/družkou
- c) s osamělým synem/dcerou
- d) s rodinou syna/dcery
- e) s jiným příbuzným
- f) s jinou osobou

5. Jak dlouho žijete ve své obci?

- a) do 14 let
- b) 15 až 29 let
- c) 30 a více let (ne však „celý život“)
- d) od narození nebo od dětství

6. Považujete se Vy sám/sama za osobu se sníženou soběstačností? Snížená soběstačnost znamená, že člověk již není schopen zvládat samostatně veškerou péči o vlastní osobu a o domácnost a potřebuje již pomoc od jiné osoby.

/ pokuste se ve všech níže uvedených skupinách činností zařadit do škály od 1 do 5, kdy 1 představuje úplnou soběstačnost, 5 úplnou nesoběstačnost, číslici zakroužkujte/

- a) péče o vlastní osobu (např. najedení, oblékání, pohyb po bytě)

Jsem zcela soběstačný/á 1 2 3 4 5 jsem úplně nesoběstačný/á

- b) osobní hygiena (např. ranní hygiena, koupel nebo sprchování, umytí vlasů, ostříhání nehtů, použití WC)

Jsem zcela soběstačný/á 1 2 3 4 5 jsem úplně nesoběstačný/á

- c) příprava stravy (např. zajištění nebo uvaření oběda, příprava snídaně, večeře)

Jsem zcela soběstačný/á 1 2 3 4 5 jsem úplně nesoběstačný/á

- d) chod domácnosti (např. úklid, mytí oken, donáška vody, topení v kamnech včetně přípravy topiva, praní prádla)

Jsem zcela soběstačný/á 1 2 3 4 5 jsem úplně nesoběstačný/á

- e) kontakt s okolím (např. nákupy potravin a dalšího běžného zboží denní potřeby, návštěva lékaře, případně školy, zaměstnání – pokud jste mladší 65 let, doprava za kulturou, do zájmových organizací, vyřizování různých záležitostí – lékárna, pošta, úřady atd.)

Jsem zcela soběstačný/á 1 2 3 4 5 jsem úplně nesoběstačný/á

7. Pobíráte příspěvek na péči?

- a) ano
- b) ne, a ani o něj zatím žádat nebudu
- c) zatím ne, ale podal/a jsem si žádost
- d) zatím ne, ale požádám si o něj

8. Pokud pobíráte příspěvek na péči, uveďte v jaké měsíční výši:

/pokud ho zatím nepobíráte, přejděte na otázku č. 9/

- a) I. stupeň – 2.000,- Kč
- b) II. stupeň – 4.000,- Kč
- c) III. stupeň – 8.000,- Kč

d) IV. stupeň – 12.000,- Kč.

9. K čemu podle Vašeho názoru slouží příspěvek na péči?

/můžete označit více možností; odpovězte i v případě, že ho nepobíráte/

- a) na zaplacení sociálních služeb
- b) na úhradu péče, kterou poskytuje blízká nebo jiná osoba
- c) na doplatky léků
- d) na dopravu (za nákupy, lékařem, na úřady atd.)
- e) na přilepšenou /jídlo, oblečení, na domácnost/
- f) na jiný účel, uveďte

10. Pokud potřebujete pomoci s některými činnostmi potřebnými pro Váš běžný život /uvedenými v otázce č. 6/, obraťte se na:

/označte všechny využívané druhy pomoci/

- a) životního partnera
- b) děti
- c) jiné příbuzné, uveďte příbuzenský vztah
- d) sousedy a známé
- e) sociální službu, uveďte jakou.....
- f) jiné služby, uveďte jaké.....
-
- g) nemám na koho se obrátit
- h) nechci se na nikoho obracet, o pomoc nestojím, pomoc nepotřebuji

11. Kdo z výše uvedených Vám pomáhá nejvíce?

/uveďte pouze, pokud jste u předchozí otázky označil/a alespoň jednu z možností a) až f), jinak přejděte na otázku č. 12/

.....

12. Znamená to, že máte zajištěno vše, co potřebujete pro běžný život?

- a) ano určitě, žádnou pomoc nepotřebuji nebo mi stačí pomoc, kterou jsem označil/a v otázce č. 10
- b) zatím ano, ale je možné, že v krátké době /kratší než 1 rok/ budu potřebovat větší pomoc, a výše uvedení mi ji nebudou schopni poskytnout
- c) ne, pomoc není dostatečná, uveďte, co nemáte zajištěno

.....

13. Pokud jste v otázce č. 10 označil/a, že se nemáte na koho obrátit, uveďte důvod

/označte všechny důvody/

- a) nemám blízké příbuzné ani nikoho jiného, kdo by mi mohl pomoci

- b) příbuzné mám, ale nemohou /bydlí daleko, sami jsou nemocní, jsou příliš zaneprázdnění atd./ nebo nechtějí mi pomoci
- c) nejsou zde žádné pro mne dostupné sociální služby
- d) jiný důvod, uveďte

14. Vyhovuje Vám Vaše dosavadní bydlení, pokud ne, uveďte, jaké vhodnější byste si vybral/a?

- a) zatím mi vyhovuje, mám zde pohodlí, které potřebuji, s údržbou a dalšími náročnějšími činnostmi mi vždy někdo pomůže

už mi přestává nebo už přestalo vyhovovat, vybral/a bych si:

- b) pohodlnější byt ve stejné obci
- c) pohodlnější byt v blízké obci
- d) byt v domě s pečovatelskou službou /např. v Mladé Vožici/
- e) domov pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením /dříve domov důchodců/
- f) v domě /bytě/ u dětí či jiných příbuzných
- g) jiné, uveďte.....
- h) žádné jiné, i přes všechny potíže chci zůstat zde

15. Uvítal/a byste pomoc pečovatelské služby? /pečovatelka by za Vámi docházela do Vaší domácnosti/.

- a) ano
- b) ano, ale např. pouze v zimě nebo na přechodnou dobu z jiného důvodu
- c) zatím ne, ale pokud se můj zdravotní stav nebo stav mého životního partnera zhorší, určitě ano
- d) ne
- e) zatím nevím

16. Pokud jste v předchozí otázce označil/a, že ano, jaké úkony pečovatelské služby byste využil/a?

/označte vše, co byste potřeboval/a/

- a) pomoc při oblékání a svlékání
- b) pomoc při přesunu na lůžko, na invalidní vozík
- c) pomoc při použití WC
- d) pomoc při osobní hygieně (koupání, sprchování)
- e) ostříhání nehtů /ne pedikúra, tu pečovatelská služba neposkytuje/
- f) dovoz oběda
- g) nákupy
- h) pochůzky (na poštu, pro recept k lékaři, do lékárny, na úřady atd., kde není nutná Vaše osobní návštěva)
- i) praní prádla, je možno i žehlení
- j) běžný úklid domácnosti
- k) mytí oken
- l) topení v kamnech
- m) donáška vody
- n) doprava do Mladé Vožice a zpět
- o) doprovod
- p) dohled

q) Jiné, uveďte.....

17. Kolik peněz byste byl/a ochoten/na za pečovatelskou službu maximálně měsíčně vydat?

/uveďte pouze v případě, že o ni uvažujete/

- a) Do 200,- Kč
- b) Do 500,- Kč
- c) Do 1.000,- Kč
- d) Tolik, kolik bude potřeba
- e) Nic

18. Obrátil/a jste se Vy sám/sama nebo Vaši blízcí v posledních 3 letech na představitele Vaší obce s požadavkem na zajištění nějaké služby, která by Vám usnadnila život?

/pokud ano, /uveďte s čím/

- a) Ano a vyhověli mi s
.....
- b) Ano, ale zatím mi nepomohli s
.....
- c) Ne, nemá to cenu, stejně by mi nepomohli
- d) Ne, zatím jsem nic nepotřeboval/a

19. Obrátil/a jste se Vy sám/sama nebo Vaši blízcí se stejným požadavkem v posledních 3 letech na Městský úřad v Mladé Vožici?

- a) Ano a vyhověli mi s
.....
- b) Ano, ale zatím mi nepomohli s
.....
- c) Ne, nemá to cenu, stejně by mi nepomohli
- d) Ne, zatím jsem nic nepotřeboval/a

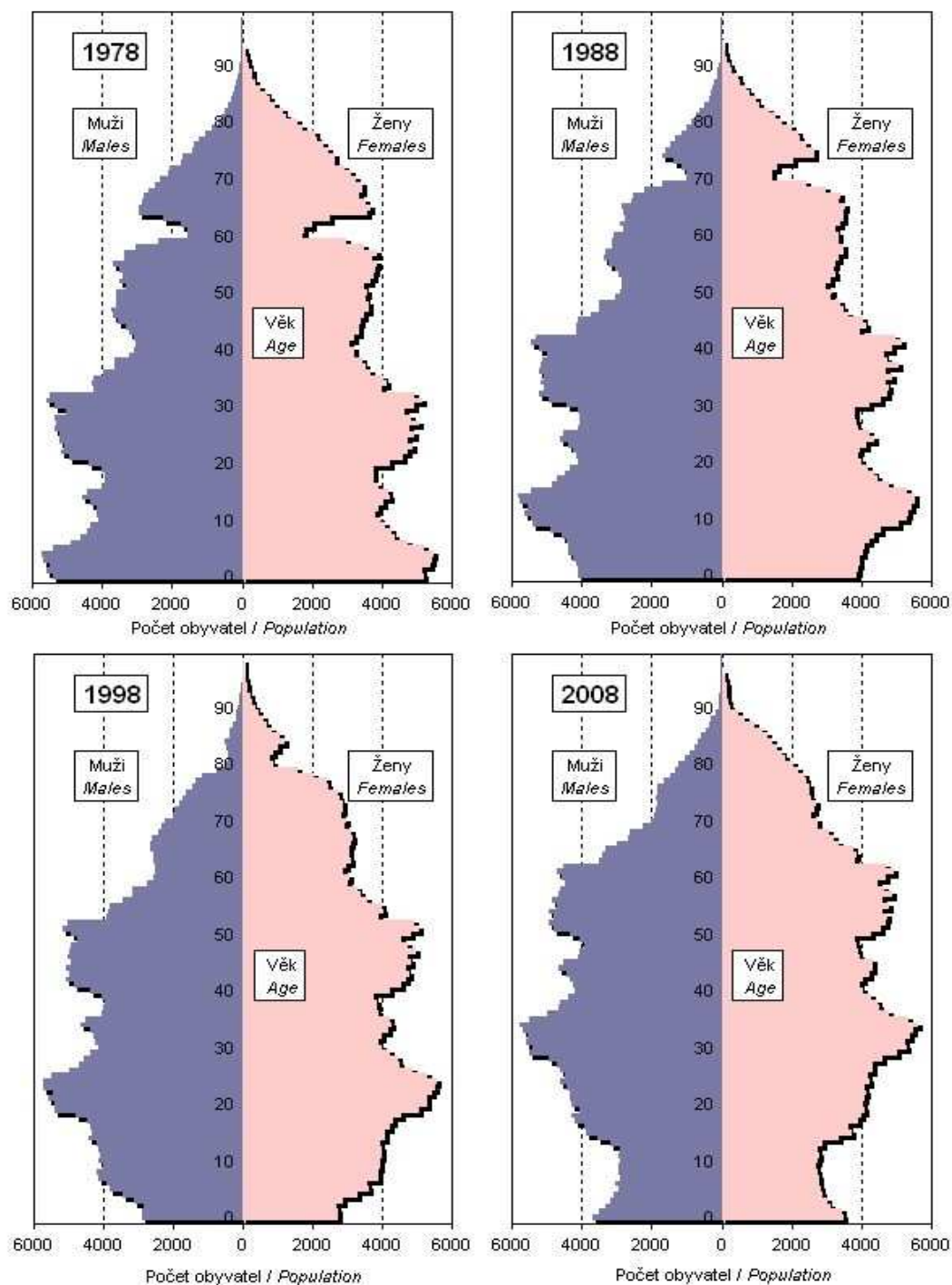
Příloha č. 7

1. Jak dlouho vykonáváte funkci starosty/starostky obce?
2. Seznámil/a jste se někdy alespoň zběžně se zákonem o sociálních službách? Víte, jaké povinnosti v oblasti sociální péče ukládá obcím tento zákon a v obecné rovině také zákon o obcích?
3. Máte orientační přehled o tom, kolik občanů je ve Vaší obci osobami se sníženou soběstačností, tedy nezvládá samostatně úkony běžného života? Pokud zhruba víte, kolik jich je, uveďte, jak jste tyto informace získal/a.
4. Domníváte se, že zajištění potřeb osob se sníženou soběstačností je nutné v současné době ve Vaší obci věnovat zvláštní pozornost? Svou domněnku zdůvodněte.
5. Očekáváte nutnost řešení tohoto problému v budoucnosti, řekněme v horizontu 10 let? Pokuste se zdůvodnit proč.
6. Máte přehled o sociálních nebo sociálně zdravotních službách, kterých mohou využívat i občané Vaší obce, dokázal/a byste jim v tomto směru poradit?
7. Jak byste postupoval/a v získávání informací o těchto službách? Kde byste je hledal/a, případně na koho byste se obrátil/a?
8. Jaké veřejně dostupné služby, myslím služby zajišťované podnikatelskými subjekty nebo fyzickými osobami, které mohou usnadnit život osobám se sníženou soběstačností, ve Vaší obci fungují? Mám na mysli služby typu pojízdná prodejna, dovoz obědů, pedikúra, klub důchodců apod., tedy služby, které nepatří pod služby sociální definované v zákoně o sociálních službách.
9. Které sociální služby, dle Vašeho názoru, by bylo potřeba osobám se sníženou soběstačností ve Vaší obci zajistit?
10. Obrátil se na Vás někdo v předchozích 3 letech s požadavkem na řešení nepříznivé situace osoby se sníženou soběstačností? Pokud ano, odhadněte, kolikrát to bylo v průběhu posledního roku?
11. Byl/a byste ochoten/a se aktivně podílet na komunitním plánování sociálních služeb na území Mladovožicka, zjišťovat potřeby Vašich občanů, jednat s nimi, s představiteli okolních obcí a s poskytovateli služeb?
12. Seznámil/a jste se alespoň orientačně se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2008 – 2010?

13. Byla by Vaše obec schopna se podílet na financování pečovatelské služby, pokud by Vaši občané o ni projevili zájem? V případě, že ano, jakou maximální částkou ročně, zkuste odhadnout.

Příloha č. 8

Věkové složení obyvatelstva Jihočeského kraje k 31. 12.
Age distribution of the population: Jihočeský Region, 31 December



Zdroj: ČSÚ, 2010