

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Kateřina Pařízková

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Katedra zdravotní tělesné výchovy a tělovýchovného lékařství

Live-in osobní asistence u osob s kvadruplegií

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Ilona Pavlová, MBA

Vypracovala:

Bc. Kateřina Pařízková

Praha, červenec 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje a literaturu jsem uvedla a řádně citovala v seznamu použité literatury. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

.....28.6.2023.....



Podpis autora práce

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta/katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce **Mgr. Iloně Pavlové, MBA** za odborné vedení, poskytnutí času a cenných rad.

Abstrakt

Autor: Bc. Kateřina Pařízková

Název: Live-in osobní asistence u osob s kvadruplegií

Cíle: Cílem diplomové práce je zjistit, zda by níže popsaná Live-in asistence byla v České republice žádána ze strany kvadruplegiků a zda by se našli pracovníci v sociálních službách, kteří by práci chtěli vykonávat po britském vzoru. Výsledek práce by mohl pomoci ke zkvalitnění péče o osoby s kvadruplegií a tím zlepšit míru kvality života.

Metody: Ve výzkumné části v rámci kvantitativní výzkumné analýzy je využita metoda dvou anket vlastní konstrukce, pro osoby s kvadruplegií a pracovníky v sociálních službách. Na základě těchto informací bude zjištěno, zda v České republice osoby s kvadruplegií využívají služeb osobních asistentů a případně by uvítali britský systém Live-in, který je ve Velké Británii hojně využíván. Výsledek je doplněn daty od sociálních pracovníků České republiky, kteří v rámci dotazníkového šetření poskytli informace o zájmu vykonávat formu Live-in asistence.

Výsledky: Prvního dotazníkového šetření se zúčastnilo 284 respondentů ve věku 18-65 let. V rámci tohoto šetření došlo ke zjištění, že by se pracovníkům v sociálních službách zmiňovaná pozice Live-in asistenta líbila. Hodnotili kladně individuální přístup, práci pouze s jedním klientem a rozmanitost práce. Negativně hodnotili odlišnou pracovní dobu a neatraktivnost práce a její dopad na rodinný život. Druhého dotazníkového šetření se zúčastnilo 42 respondentů ve věku 18-90 let. Autor práce zjistil, že mezi osobami s kvadruplegií není povědomí o Live-in asistenci, ale v případě fungování služby by ji rádi využili i za předpokladu poskytnutí bydlení.

Klíčová slova: Personální asistent, care assistant, tetraplegie, poranění míchy

Abstract

Author: Bc. Kateřina Pařízková

Title: Live-in Personal Assistance for Individuals with Quadriplegia

Objectives: The aim of the thesis is to find out if the live-in assistance described below would be in demand by quadriplegics in the Czech Republic and if there would be social service workers who would be interested to do the work following the British model. The outcome of this work could help to improve the quality of care for people with quadriplegia and quality of their life.

Methods: In the research section, a quantitative research analysis is conducted using two surveys of their own design, one for individuals with quadriplegia and another for social service workers. This information will help ascertain whether individuals with quadriplegia in the Czech Republic currently avail themselves of personal assistant services and whether they would be receptive to adopting the widely utilized British Live-in system. The results are supplemented with data from social workers in the Czech Republic who provided information about their interest in performing Live-in assistance through a questionnaire survey.

Results: The first survey involved 284 respondents aged 18-65 years. Within this survey, it was found that social service workers liked the mentioned position of Live-in assistant. They positively evaluated the individual approach, working with only one client, and the diversity of work. However, they had negative opinions about the different working hours, the unattractiveness of the work, and its impact on family life. The second survey involved 42 respondents aged 18-90 years. The author of the thesis found that individuals with quadriplegia had no prior knowledge of Live-in assistance, but they expressed a desire to utilize the service, even if it meant providing accommodation for the assistant.

Keywords: Personal assistant, care assistant, quadriplegia, spinal cord injury.

Obsah

1	Úvod	8
2	Stručný anatomický popis páteře	10
2.1	Anatomie míchy	10
2.2	Patofyziologie a etiologie míšního poranění	11
3	Klinický obraz kvadruplegie	13
3.1	Fáze léčby	14
3.1.1	Spinální program v České republice	14
3.1.1.1	Akutní fáze	14
3.1.1.2	Subakutní fáze	15
3.1.1.3	Chronická fáze	15
3.1.2	Spinální program ve Velké Británii	15
3.2	Komplikace u osob s kvadruplegií	16
3.3	Sebeobsluha a soběstačnost	18
4	Následná péče u osoby s kvadruplegií v České republice	19
4.1	Zdravotní péče - Zdravotní pojišťovny	19
4.2	Finanční podpora (Peněžní sociální dávky) v České republice	20
4.2.1	Invalidní důchod	20
4.2.2	Příspěvek na mobilitu	21
4.2.3	Příspěvek na péči	22
4.2.4	Příspěvek na zvláštní pomůcku	22
4.2.5	Příspěvek na zakoupení motorového vozidla	23
4.3	Osobní asistence v České republice	24

4.3.1	Historie osobní asistence v ČR	24
4.3.2	Typy osobní asistence	25
4.3.3	Poskytovatelé osobní asistence	25
4.3.4	Osobní asistent	26
4.3.4.1	Psychické předpoklady pro výkon osobního asistenta	26
4.3.4.2	Fyzické předpoklady pro výkon osobního asistenta	27
4.3.4.3	Vzdělání osobního asistenta	27
4.4	Klient osobní asistence	28
4.4.1	Kvadruplegie a osobní asistence	30
5	Následná péče o osoby s kvadruplegií ve Velké Británii	30
5.1	Zdravotní péče - Zdravotní pojišťovny	31
5.2	Finanční podpora (Peněžní sociální dávky) ve Velké Británii	31
5.2.1	Granty pro zařízení pro osoby se zdravotním postižením	31
5.2.2	Příspěvek na osobní nezávislost	32
5.2.3	Příspěvky na bydlení	32
5.3	Live-in asistence ve Velké Británii	32
5.3.1	Historie Live-in asistence	34
5.3.2	Typy Live-in asistence	35
5.3.3	Poskytovatelé Live-in asistence	36
5.3.3.1	Vzdělání Live-in asistenta	37
5.4	Klient Live-in asistence	37
5.4.1	Kvadruplegie a Live-in asistence	38
5.5	Společnost Origin Velká Británie	38
5.5.1	Live-in asistent ve společnosti Origin	39

6	Praktická část.....	42
6.1	Cíl práce.....	42
6.2	Úkoly práce.....	42
6.3	Výzkumné otázky práce.....	42
7	Metodologie práce.....	43
7.1	Metody sběru dat.....	43
7.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	44
7.3	Metody zpracování dat.....	45
8	Výsledky.....	45
8.1	Výsledky od sociálních pracovníků.....	45
8.2	Výsledky od osob s kvadruplegií.....	66
9	Diskuze.....	88
10	Závěr.....	95
	Seznam použitých grafů.....	97
	Seznam použitých tabulek.....	98
	Seznam použitých obrázků.....	100
	Seznam použité literatury.....	101
	Přílohy.....	109

Seznam zkratek

AD – autonomní dysreflexie

ADL – activity of daily living

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

CNS – centrální nervová soustava

CRB – criminal record checks

CSSIW – The Care and Social Services Inspectorate Wales

CZEPA - Česká asociace paraplegiků

FNB – Fakultní nemocnice Brno

IL – independent living

IQ – inteligenční kvocient

JIP – jednotka intenzivní péče

MHD – městská hromadná doprava

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MUDr. - doktor medicíny

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NHS – National Health service

o.p.s – obecně prospěšná společnost

tzv. - to znamená

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem

1 Úvod

“Proč klienti usilují o osobní asistenci, když je to taková nejistota a každodenní boj? Protože umožňuje způsob života, jaký si zvolí. Protože mohou za svůj život převzít zodpovědnost. Protože vzdor svému postižení budou moci žít obyčejný život jako ostatní“ (Hrdá, 1997).

V České republice každoročně přibývá přibližně 300 nových případů poškození míchy. I přes pokroky v medicíně zatím neexistuje možnost obnovit poškozenou míchu ani navrátit ztracené funkce. Diagnóza poškození míchy výrazně ovlivňuje kvalitu života postižených jedinců. Míšní poranění je neurologickým stavem, který radikálně mění život jednotlivce a má významné dopady. Nedávné pokroky v lékařské péči zlepšily diagnostiku, stabilizaci a přežití těchto klientů a také se zaměřují na jejich duševní zdraví. Výsledkem míšních poranění mohou být částečná nebo úplná závislost na jiné osobě a potřeba přizpůsobeného prostředí (Kříž, 2013).

Když se člověk ocitne na vozíku v důsledku poranění míchy způsobeného úrazem, jeho životní perspektiva se zcela promění – jak symbolicky, tak doslova. Činnosti, které kdysi s radostí vykonával, oblíbená místa, která rád navštěvoval, a lidé, se kterými se setkával, se mu náhle zdají nedosažitelné. Musí se vyrovnat s tělesnými změnami a přizpůsobit se trvalému postižení, naučit se s ním žít a často změnit svůj životní styl. Fyzické bariéry, které obklopují člověka s poraněním míchy při návratu do normálního života, situaci ještě zhoršují a stávají se každodenní realitou. Když se navíc setkává s psychickými bariérami ve vzájemných vztazích, cítí se skutečně handicapovaný. Proč by tedy neměla společnost, ať už laická nebo odborná, poskytnout jednotlivcům s poraněním míchy pomocnou ruku a umožnit jim co nejrychlejší návrat do společnosti, do zaměstnání a ke své rodině?

Lidé však často nechápou, do jaké míry trvalé tělesné postižení po poranění míchy omezuje jedince. Často se domnívají, že takový člověk nemůže pouze chodit, nebo má omezenou motoriku rukou. Na první pohled si neuvědomují, jak vznik poranění míchy ovlivňuje osobnost jedince, jeho schopnost samoobsluhy, vykonávání zaměstnání a plnění dalších sociálních rolí běžných pro dospělého člověka v naší společnosti. Pro osoby s poraněním míchy jsou však tyto změny skutečností, se kterou se musí vyrovnat.

Všechny tyto aspekty přispěly ke vzniku této práce. Lidé nedokážou plně pochopit, jak extrémně náročné je pro jedince s kvadruplegií zvládat každodenní život a současně uspokojovat své individuální potřeby a hodnoty. Často se spoléhají na pomoc své rodiny a blízkých, což však může ohrozit vzájemné vztahy. Péče o tyto pacienty vyžaduje komplexnost, organizaci, odbornost a návaznost péče, která by měla zahrnovat, jak sociální, tak zdravotní oblast. Kvalita péče závisí na mnoha vnějších faktorech (ekonomických, politických, demografických, sociokulturních i technických) a i na mnoha vnitřních (organizace, klientela) (Sedláčková, 2006). V této obtížné situaci může být osobní asistence klíčovým prvkem, který výrazně pomáhá jedincům s kvadruplegií zlepšit kvalitu života. Tato forma pomoci přináší těmto jedincům větší nezávislost, důstojnost a možnost plnohodnotného zapojení do společnosti. Osobní asistence jim umožňuje překonat bariéry a omezující faktory, které jim brání v dosažení jejich cílů a naplnění jejich potřeb. Díky podpoře asistentů mohou žít aktivně a plnohodnotně.

Vzhledem k tomu, že je péče závislá na tolika proměnných, rozhodl se autor v teoretické části práce srovnat a sjednotit informace o poskytované osobní asistenci u kvadruplegiků ve velmi rozdílně nastavených formách, tedy v České republice a ve Velké Británii. Výzkumným cílem není porovnávat způsob péče a nastavení osobní asistence v obou zemích, ale zjištění vhodnosti fungování zmiňované péče v České republice. V teoretické části jsou zahrnuta data týkající se obou zmiňovaných zemí. Část práce se věnuje popsání diagnózy kvadruplegie, seznámení s osobní asistencí a fungování zdravotní péče osobám s kvadruplegií v České republice. Současně se zde nacházejí kapitoly o Live-in asistenci, která funguje ve Velké Británii a je zmíněn konkrétní poskytovatel Live-in asistence poskytující služby osobám po poranění míchy.

V praktické části formou kvantitativního výzkumného šetření jsou zpracovány výsledky z dotazníkových šetření s osobami s kvadruplegií a pracovníky v sociálních službách, kteří odpovídali na otázky ohledně jejich zkušenosti s tématem.

Hlavním cílem je zjistit, zda by Live-in asistence byla v České republice žádána ze strany kvadruplegiků, a zda by se našli pracovníci v sociálních službách, kteří by práci chtěli vykonávat po britském vzoru.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Stručný anatomický popis páteře

Páteř neboli columna vertebralis, znamenala ve staročestně *otčenáš*, obecně mobilita. Výraz je odvozen z latinské mobility *Otčenáš, Pater noster*. Postupem času se název přenesl na aktuální výraz “páteř” (Rejzek, 2001). Páteř tvoří nosnou oporu a osovou strukturu lidského těla (Štětkářová, 2019). Skládá se ze 33-34 obratlových těl, které jsou spojeny pevnými, avšak pohyblivými spoji (Dylevský, 2009).

Obratle se dělí dle své stavby těla a jsou umístěny do 5 základních skupin:

- C1 – C7 (vertebrae cervicales) - 7 krčních obratlů
- Th1 – Th12 (vertebrae thoracicae) - 12 hrudních obratlů
- L1 – L5 (vertebrae lumbales) - 5 bederních obratlů
- Co1 – Co4-5 (vertebrae coccygae) - 4-5 kostrčních obratlů

Všechny výše zmíněné komponenty musejí úzce spolupracovat, tak aby docházelo ke správné funkci páteře. Hlavní funkcí je nosnost, ochrana a mobilita celého lidského těla. Dojde-li k poškození či narušení některé z funkcí, může to značně ovlivnit další řetězíci se segmenty těla (Štulík et al., 2010).

2.1 Anatomie míchy

Mícha (medulla spinalis) je dlouhá, tenká trubice nervové tkáně, která představuje nejkaudálnější část centrální nervové soustavy (CNS) a patří k vývojově nejstarším částem. Do centrální nervové soustavy řadíme jak míchu, tak mozek. Mícha a mozek si mezi sebou přenášejí vzruchy a reagují na změny venkovního prostředí (Sinělnikov, a kol., 1965).

Mícha je uložena v páteřním kanálu a dosahuje délky 40-50 cm (Švestková a kol., 2017). Z páteřního kanálu, tedy konkrétně z míchy vycházejí míšní nervy (nervi spinales), které přivádějí signály ke svalům (nervy motorické) a odvádějí signály z receptorů (nervy senzorické) (Naňka, Elišková, 2009) (Čihák, 2016). Těchto míšních nervů vychází celkem 31 párů a míří do jednotlivých částí těla. Nervy vycházející z pravé strany míchy inervují pravou polovinu těla a obráceně. Vzruchy jsou tedy nesený z receptorů kůže a vnitřních orgánů do míchy, ta přeneše informaci do mozku. Následně z mozku je informace vysílána přes míchu zpět do svalů. Tímto způsobem je svalová činnost ovlivňována (Czepa, 2021).

2.2 Patofyziologie a etiologie míšního poranění

Poranění míchy, lékařsky též míšní léze je souborný název pro devastující změnu míchy, která způsobí dočasné či trvalé změny funkce. Změnou může být například ztráta motoriky, citlivosti nebo autonomních funkcí těla využívající míchu pod místem míšní léze (Sebapathy, et al., 2015).

K poranění nejčastěji dochází vlivem úrazu, konkrétně po dopravních nehodách, pádech, skocích do vody či vlivem sportovních úrazů. Ostatní příčiny jsou vaskulární a vertebrogenní nemoci, záněty, tumory, infekční onemocnění, vývojové a degenerativní změny (Sebapathy, et al., 2015). Ročně v České republice vzniká asi 150 nových poranění míchy, ve Velké Británii je uváděno až 2500 případů za rok. Nejčastěji se jedná o mladé osoby ve věku 15-35 let, u nichž nastává trvalé a těžké postižení, současně se zachovalým intelektem (Švestková a kol., 2017) (Backup, 2023).

Během poranění míchy dochází zpravidla i k poranění páteře, nejčastěji frakturou. Mícha je obvykle poškozena okamžitě a velmi často se jedná o úplnou transverzální míšní lézi. Transverzální míšní lézi si lze vysvětlit jako úplnou ztrátu veškeré volní hybnosti a kvalit cití pod místem úrazu. Při neúplných lézích se může stav zhoršit vlivem tlaku zlomených obratlů, otoku míchy a uvolněných tkání v okolí. Těmto druhotným změnám by měly zabránit chirurgické a farmakologické postupy (Zeman, 2004) (Švestková a kol., 2017).

Podle místa a míry poškození míchy rozlišujeme a diagnosticky dělíme 5 míšních poranění (Czepa, 2021).

- Paraplegie
 - a) Nízká paraplegie (Th 10–L) - člověk ztrácí úplně či částečně hybnost dolních končetin. Od břicha nahoru je zachovalá citlivost, může být i částečná citlivost na dolních končetinách
 - b) Vysoká paraplegie (Th 1–6) - člověk ztrácí hybnost dolních končetin a částečně či úplně pohyblivost trupu. Postižení může částečně omezit i dýchání. Citlivost je zachována od hrudi nahoru.

- Tetraplegie neboli kvadruplegie
 - a) Nízká kvadruplegie (C6 - 8) - člověk ztrácí úplnou hybnost dolních končetin, trupu. Jedinec je schopen unést váhu vlastní ruky a je schopen zvednout paži do úrovně ramen. Ramenní klouby mají plně zachovalou funkci, stejně tak flexory lokte a funkce radiálních extenzorů zápěstí.
 - b) Vysoká kvadruplegie (C4 – C5) - člověk ztrácí úplnou hybnost dolních končetin, trupu a částečně horních končetin. Svaly ruky a zápěstí jsou velmi často zcela plegické (Kříž a Hlinková, 2016). Je výrazně obtížné dýchání a kašláni.

- Pentaplegie
 - a) Pentaplegie (C1 - 3) - člověk je ochrnutý na všechny čtyři končetiny, včetně trupu a bránice. Jedinci jsou po celý zbytek života odkázáni na umělou plicní ventilaci.

Všechny výše zmíněné typy poškození míchy představují pro jedince obrovskou emocionální zátěž. V těchto případech je důležitá kvalitní zdravotní péče, psychologická péče a podpora rodiny. I přesto je vyžadována dlouhodobá adaptace na náhle vzniklou situaci (Czepa, 2021).

Poškození míchy se bohužel pojí s dalšími vážnými riziky a zdravotními komplikacemi. Jde o komplikace s vyprazdňováním moči a stolice, riziko dekubitů, kterými může do těla proniknout nebezpečná infekce, osifikace, autonomní dysreflexie, vegetativní kolapsy a jiné (Czepa, 2021).

3 Klinický obraz kvadruplegie

Dle Koláře (2012) je poškození míchy, kam kvadruplegii řadíme, jedním z nejhůře devastujících postižení. Pojem kvadruplegie lze stručně popsat jako částečné nebo úplné ochrnutí všech čtyř končetin, které mohou mít různý klinický obraz (Faltýnková, 2004). Dle České asociace paraplegiků (CZEPA) můžeme kvadruplegii rozdělit do čtyř stupňů dle výšky poranění míšního segmentu.

U míšní léze v oblasti C1 – C3, C4, C4/5 (1.stupeň) není klient schopen sedět bez opory zad a je potřeba oporu zajistit pasivně speciální opěrkou zad. Při jakékoliv manipulaci s jedincem je třeba poskytovat stálou pasivní stabilizaci trupu. U takové míšní léze může být zachovaná aktivní hybnost ramenních kloubů po úroveň uší, avšak s minimální funkční využitelností, tzn. bez úchopové funkce ruky (Faltýnková, 2012).

U míšní léze v oblasti C5, C5/6 (2.stupeň) je jedinec schopen sedět opřený o natažené a zevně rotované paže s uzamčenými loketními klouby, ale není schopen ani jednu paži v této poloze zvednout. V tomto případě je zachovaná aktivní hybnost v ramenních kloubech a funkční ohnutí v loketním kloubu, díky aktivnímu m.biceps brachii. Pasivní úchopovou funkci ruky lze vycvičit prostřednictvím ortéz a kompenzačních pomůcek (Faltýnková, 2012).

U míšní léze v oblasti C6, C6/7 (3.stupeň) je jedinec schopen sedět opřený o natažené paže s uzamčenými lokty a je zároveň schopen jednu paži zvednout do úrovně ramen. Aktivní hybnost v ramenních kloubech je plná s maximální silou ohybačů lokte a zvedačů zápěstí, především m.extenzor carpi radialis. Lze vycvičit aktivní funkční úchop, tzv. tetraplegická funkční ruka. Podstatou funkční ruky je dosažení tenodézy – při aktivním zvednutí ruky v zápěstí se prsty vlivem svalového napětí sevřou, a naopak při uvolnění zápěstí dlaní dolů se prsty natáhnou (Faltýnková, 2012).

U míšní léze v oblasti C7, C7/8 (4.stupeň) je jedinec schopen sedět i bez opory paží, v sedě se zvládne předklonit a pomocí aktivního m. triceps brachii se zpět narovnat. Taktéž je zde zachovaná funkce ramenních kloubů, ale i loketních a zápěstí. Zároveň může být přítomná různá kvalita úchopové funkce ruky (Faltýnková, 2012).

3.1 Fáze léčby

3.1.1 Spinální program v České republice

Spinální program má u nás poměrně krátkou historii. V období druhé světové války byla v Americe založena první spinální centra, která se přímo zaměřovala na osoby po poranění míchy, tedy i osoby s kvadruplegií. V Evropě byl předním propagátorem myšlenky sir Ludwig Guttman, který emigroval do Anglie, a jeho práce se stala vzorem pro rozvoj spinálních center. Prosazoval názor, že by se pacienti měli více pohybovat a tím bude jejich prognóza příznivější. Nešlo tedy jen o odoperování pacienta, ale o následné poskytnutí rehabilitace (Kříž, 2013).

Československý spinální program se začal rozvíjet se vznikem prvních neurochirurgických pracovišť. Hlavním představitelem české paraplegiologie je prof. Vladimír Beneš, který vydal knihu *Poranění míchy*, kde podrobně představil ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Následně první spinální jednotka České republiky vznikla v roce 1992 v Úrazové nemocnici Brno. V roce 2002 určilo Ministerstvo zdravotnictví několik pracovišť, která se měla zaměřovat na spinální pacienty, tedy na pacienty po poranění míchy (Kříž, 2013).

Péče o míšní pacienty je rozdělena do 3 stádií. Do prvního, akutního stádia, řadíme pacienty těsně po poranění a jsou přijati do péče spondylochirurgického pracoviště, kterých v České republice evidujeme celkem patnáct. Na tomto oddělení stráví 1-2 týdny. Následně jsou převezeni na cca. 10 týdnů na spinální jednotku. Jedná se o Fakultní nemocnici Ostrava, Krajskou nemocnici Liberec, Fakultní nemocnici v Brně a Fakultní nemocnici v Motole. Třetí fází, která nastupuje, je návaznost na intenzivní rehabilitační péči na spinální rehabilitační jednotce, jako jsou například Rehabilitační ústav Kladruby či Hrabyně (Kříž, 2013).

3.1.1.1 Akutní fáze

Během akutní fáze se pacientovi poskytuje péče na odděleních ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení) a JIP (Jednotka intenzivní péče). Tato pracoviště se zabývají léčbou poranění páteře a dalšími přidruženými komplikacemi. Hlavním cílem je udržování a stabilizace základních životních funkcí. Nedílnou součástí je zajištění odborné terapeutické rehabilitace, která klade důraz na respirační fyzioterapii a provádění pasivních pohybů v kloubech horních a dolních končetin v plném rozsahu.

V této fázi je také postupně zahajována vertikalizace pacienta primárně do sedu, v závislosti na tíži postižení. Současně se dbá na prevenci vzniku vředů a kontraktur. V akutní fázi sehrává klíčovou roli ošetrovatelská péče, která se zaměřuje na zajištění výživy, hygieny, polohování a péči o močení a stolicí (Faltýnková, 1997) (Kříž, Chvostová, 2009).

3.1.1.2 Subakutní fáze

V subakutní fázi kontinuálně probíhá léčebná rehabilitace na spinálních jednotkách, kde se klade důraz na precizní terapeutické intervence. Zvláštní pozornost je věnována respirační fyzioterapii, která zahrnuje dynamickou i statickou dechovou gymnastiku, cvičení zaměřené na samostatné vykašlávání a další efektivní techniky. Důležitou částí rehabilitačního procesu je také správné polohování končetin. Kromě toho se provádí pasivní a aktivní cvičení, přičemž aktivní cvičení může pacient provádět sám nebo s asistencí fyzioterapeuta. Postupně se pokračuje ve vertikalizaci, kdy pacienti trénují samostatný či správný asistovaný sed. Stabilita sedu na lůžku i na vozíku je zvláště zdůrazňována a pro procvičování stání se často využívají vertikalizační stojany. Součástí rehabilitačního programu jsou také přesuny z lůžka na vozík a opačně, aby pacienti postupně získali nezávislost při běžných denních aktivitách (Faltýnková a kol., 1997) (Kříž, Chvostová, 2009).

3.1.1.3 Chronická fáze

V chronické fázi je pacient přeložen do Rehabilitačního ústavu na zdejší spinální jednotku. Zde se pokračuje s rehabilitací, která má za úkol dosáhnout u pacienta co nejvyššího možného stupně samostatnosti a soběstačnosti. Trénují se zde přesuny, oblékání, mytí, jak se správně pohybovat na mechanickém či elektrickém vozíku a jak se přepravovat na delší vzdálenosti. Učí se, jak pečovat o domácnost, či se řeší otázky návratu do práce nebo do školy (Faltýnková a kol., 2004) (Kříž, Chvostová, 2009).

3.1.2 Spinální program ve Velké Británii

Základy péče o pacienty se spinální problematikou v Evropě, především ve Velké Británii, položil v roce 1944 Sir Ludwig Guttmann. Vytvořil centrum pro válečné veterány s poškozením míchy. Roku 1952 se stalo národním centrem a bylo označeno pod názvem National Spinal Injuries Centre. Centrum prošlo mnoha rekonstrukcemi a v dnešní době umožňuje hospitalizaci až 190 pacientům (Goodman, 1986) (Sia, 2023).

Dle British Association of Spine Surgeons přibývá průměrně 850 osob s postižením míchy ročně. Ve Velké Británii je 11 národních spinálních center, které se starají jak o osoby s poraněním míchy v akutní fázi po úrazu, tak i nadále při vzniku komplikací. Bezprostředně po úrazu je pacient hospitalizován v lokální nemocnici a poté převezen do speciálních spinálních center. O pacienty se ve spinálním centru stará multidisciplinární tým složený z ošetřujícího lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, ošetrovatelského týmu, logopeda a dalších zdravotních pracovníků dle stavu pacienta. Do součástí týmu se také řadí tzv. Community Liaison Team, kteří udržují vztah mezi spinální jednotkou a pacientem, který je již propuštěn do domácího prostředí. Starají se především o dohled nad jeho zdravotním stavem a pravidelně pacienta navštěvují z důvodu podchycení negativních vlivů v oblasti zdravotního stavu. Průměrná doba hospitalizace na spinální jednotce je kolem 5 měsíců u paraplegiků, u kvadruplegiků je hospitalizace až 9 měsíců v závislosti na tíži postižení. Je nabízena možnost zaškolení rodiny případně konkrétního asistenta v oblasti péče o jedince (Bass, 2019).

3.2 Komplikace u osob s kvadruplegií

Jak je již výše uvedeno, diagnóza nepředstavuje pouze ztrátu hybnosti, ale pojí se také s dalšími zdravotními důsledky. Tyto komplikace výrazně ovlivňují následnou kvalitu života jedince po poranění (Somers, 2001). Mezi komplikace řadíme dýchací obtíže, kardiovaskulární onemocnění, autonomní dysreflexii, komplikace v oblasti močových cest, gastrointestinální komplikace, osteoporózu, bolest, dekubity a spasticitu (Faltýnková, 2012).

Onemocnění dýchacího systému se nejčastěji projevuje u pacientů s kvadruplegií první rok po propuštění ze spinální jednotky. Komplikace jsou ovlivněny ochrnutím pomocných dýchacích svalů a tím dochází jak k nedostatečnému nádechu, tak k nedostatečnému výdechu. Další přidruženou komplikací je neefektivita odkašlání, dojde k zachycování sekretu v plicích a může vzniknout pneumonie, atelektáza či plicní nedostatečnost (Somers, 2001).

Kardiovaskulární onemocnění se v dnešní populaci vyskytuje mnohem častěji. U osob s kvadruplegií dochází k nárůstu hmotnosti, tukovým abnormalitám, ke zvyšování hladiny glukózy v krvi či vzniku diabetu. Všechny zmíněné faktory mohou přispívat ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění (Somers, 2001).

Autonomní dysreflexie (AD) je životu ohrožující stav pro každého vozičkáře. Nejčastěji se AD projeví po skončení míšního šoku, případně kdykoliv v průběhu života. A to primárně u osob, které mají poranění míchy nad segmentem Th6 (Faltýnková, 2012).

Komplikace v oblasti močových cest jsou způsobeny primárně špatnou ošetrovatelskou péčí. Může vést k retenci, infekcím či usazením moči v močové trubici. V návaznosti na tyto komplikace může dojít ke vzniku ledvinových a močových kamenů, hydronefrozy, pyelonefritidy, k selhání ledvin, sepsi až k úmrtí (Somers, 2001).

Gastrointestinální komplikace zpravidla vznikají až u 22% osob po poranění míchy, jedná se především o žaludeční nebo duodenální vřed (Somers, 2001).

Osteoporóza neboli snížení kostní denzity pod určitou hladinu, vzniká u osob po poranění pod místem poškození míchy. Tomuto negativnímu jevu se dá předejít častou vertikalizací na polohovacích a stavěcích stolech (Klener, 2012) (Faltýnková, 2012).

Bolest se vyskytuje bezprostředně po poranění míchy v akutní fázi, ale následně i v postakutní, kde nejčastěji dochází k bolestem ramenních kloubů. Tato bolest vzniká vlivem přetěžování a namáhání. Dalším typem bolesti je tzv. neuropatická bolest, která je však neznámé etiologie (Somers, 2001).

Dekubity patří mezi nejčastěji se vyskytující komplikace. Na vznik dekubitů se podílí kombinace působení více sil. Jednou ze sil je tlak, přičemž pokožka a tkáň jsou stlačovány mezi kost a povrch, na kterém se segment nachází. Další silou je tření, kdy dochází k odírání kůže, například při přesunu jedince. Třetí silou je síla střížná, která je kombinací tlaku a tření (Mikšová, 2006) (Mikula, 2008).

Spasticita je řazena do nesespecifických souborů příznaků vzniklých poškozením CNS a je vůlí neovladatelná. Projevem jsou záškuby, křeče či chvění svalových skupin. Ke spasmu svalové tkáně dochází pod místem poranění. Mícha nemá jak vyslat signály do mozku, vyše je tedy zpět do svalů a tím dojde ke křeči. Vlivem medikace, správného sedu, cvičení, protahování a pravidelným vyprazdňováním je možné spasticitu zmírnit (Faltýnková, 2012).

3.3 Sebeobsluha a soběstačnost

Všední denní činnosti (ADL - activity of daily living) jsou veškeré úkony, které člověk každý den vykonává. Mezi tyto činnosti můžeme řadit česání vlasů, příprava obědu či zapnutí knoflíku u košile. Pokud se nám stane jakýkoliv úraz, jako je například zlomenina ruky, stanou se všechny zmíněné činnosti obtížné. Po zhojení zlomeniny se činnosti opět stanou všedními a jsme schopni je samostatně zvládat. Jinak je tomu u chronických onemocnění či u úrazů s trvalými následky, kam řadíme diagnózu kvadruplegie. Jedinec se musí naučit nový způsob vykonávání základních sebeobslužných činností (Jelínková, 2009).

Člověk s kvadruplegií čelí novým situacím, kdy není schopen tyto úkony samostatně zvládnout vlivem plegie dolních končetin, trupu, horních končetin, případně parézou horních končetin. V rehabilitačních zařízeních jsou specializované profese, konkrétně ergoterapeuté, kteří se na výcvik všedních denních činností zaměřují. Terapeut se individuálně domlouvá s daným pacientem a určují si směr nácviku ADL. Výcvik ADL značně ovlivňuje výška léze, aktuální stav pacienta, věk a dřívější fyzická zdatnost jedince. Terapeut pomůže využít klientova potenciálu, tak aby došlo znovu k naplnění sociálních rolí a byl zpět začleněn do plnohodnotného života (Krivošíková, 2011) (Jelínková, 2009).

Mnoho osob s kvadruplegií i osob z řad široké veřejnosti nevěří, že lze dosáhnout určité samostatnosti v sebeobsluze. Za pomoci tréninku náhradních úchopových funkcí, díky dlahování a využívání kompenzačních pomůcek, toho lze dosáhnout a i osoba s těžším postižením může být plně soběstačná (Faltýnková, 2004).

U osob s prvním stupněm poškození míchy je sebeobsluha vázána na ústní tyčku, jelikož není zachována aktivní hybnost horních končetin. Jsou tedy nuceni ovládat technická zařízení pouze ústy (Faltýnková, 2004).

Osoby na druhém stupni poškození míchy mají úchopovou funkci ruky za předpokladu využívání speciálních dlah na zápěstí. Jedinec je schopen se napít z upraveného šálku, najíst se za pomoci speciální lžice, případně dlahy, do které je lžice upevněna. Vyčistí si samostatně zuby, je schopen psát pomocí dlaňové pásky. Ale je stále mnoho úkonů, na které je potřeba asistence druhé osoby (Faltýnková, 2004).

U třetího a čtvrtého stupně poranění míchy je zachovalá schopnost náhradního uchopu, která značně zvýší soběstačnost jedince. Jsou schopni uchopit předmět do pěsti nebo mezi palec a ukazovák (Faltýnková, 2004).

Hlavním cílem u kvadruplegiků je výchova k soběstačnosti v běžných denních činnostech. Jedná se tedy především o mytí, oblékání, použití toalety a nácvik kompenzačních mechanismů. Řadíme sem také nácvik mobility na lůžku, lokomoce, nácvik všedních činností (jídla, hygieny, domácí práce, nákupy). Aby jedinec po poranění páteře v krční oblasti tyto úkony zvládl je potřeba plně zvládnout mobilitu a lokomoci, dostatečně podpořit funkci horních končetin a využívat kompenzační pomůcky (Kubínková, Křížová, 1997).

4 Následná péče u osoby s kvadruplegií v České republice

V České republice funguje systém poskytování zdravotní péče podle Bismarckovského modelu zdravotnictví. Tento systém byl zaveden roku 1992, kdy principem je povinné odvádění příspěvků každého občana do fondů zdravotních pojišťoven, které jsou podřízeny Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Model je založen na tzv. sociální solidaritě. V praxi to znamená, že každý občan přispívá určitou částku dle výše svého příjmu a zdravotní péči poté čerpá dle potřeb. Týká se to jak zaměstnanců, tak osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. Pouze u určitých skupin občanů (např. senioři, studenti, nezaopatřené děti atd.) je zákonem stanoven plátce pojistného stát. Tento model je uplatňován i v jiných zemích, jako je například Německo, Francie, Belgie či Slovensko (Janečková, Hnilicová, 2009).

4.1 Zdravotní péče - Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou samostatným právním subjektem, které provádějí veřejné zdravotní pojištění. V České republice existuje tzv. systém veřejného zdravotního pojištění, na základě kterého pojištěnci vzniká nárok na zdravotní péči. Zároveň má pojištěnec právo si vybrat jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven, kterou je možné za určitých podmínek měnit (Barták, 2012) (citace zákona č. 372).

Nabízené pojišťovny dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR, 2020):

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven, stavebnictví (207)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201)
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (211)

4.2 Finanční podpora (Peněžní sociální dávky) v České republice

Zdravotní stav, který je náhle změněn úrazem, klade velmi vysoké nároky na finanční oblast. Je třeba se orientovat v systému výhod a příspěvků, na které má osoba s kvadruplegií nárok. Díky jejich využití, například na získání pomůcky či specializované péče, jim lze zvýšit kvalitu života (ÚZ, 2023).

„Největší minoritou na světě jsou právě lidé s handicapem. Přibližně 700 milionů lidí má postižení, které je omezuje natolik, že trpí chudobou.“ (Štěpánek, 2014).

4.2.1 Invalidní důchod

Invalidita lze definovat jako snížení či ztrátu pracovní schopnosti. Za invalidní osobu je považován člověk, kterému poklesla pracovní schopnost o nejméně 35% vlivem nepříznivého zdravotního stavu (Tröstr, 2002) (Kubenová, 2010).

O invalidním důchodu je pojednáno v zákoně č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění. Výše invalidního důchodu je odvíjena od přiděleného stupně invalidity. Rozlišujeme tři stupně invalidity, které jsou uznány občanovi dle míry poklesu pracovní schopnosti (Zákon č.155/1995 Sb.).

- a) I. stupeň - pokles o 35% - 49% pracovní schopnosti
- b) II. stupeň - pokles o 50% - 69% pracovní schopnosti
- c) III. stupeň - pokles o 70% - více pracovní schopnosti

4.2.2 Příspěvek na mobilitu

Účelem dávky je zmírnit zvýšené náklady na dopravu osobám se sníženou pohyblivostí. Příspěvek je vyplácen opakovaně, za každý kalendářní měsíc. Zákon č.329/2011 Sb. O poskytování dávek osobám se zdravotním postižením stanovuje částku ve výši 900 Kč. Nárok na příspěvek má osoba starší 1 rok a je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P a zároveň nevyužívá možnost pobytové či ústavní péče (Zákon č.329/2011 Sb.) (Arnoldová, 2015).

Průkaz ZTP/P dle § 34 odst. 4 tohoto zákona znamená:

- *Průkaz osoby se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce.*
- *Zdravotní indikace na tento průkaz jsou např. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli nebo střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50.*
- *Osoba je schopna chůze v domácím prostředí jen se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru je pohyb zpravidla možný jen na vozíku. Není schopna samostatné orientace v exteriéru.*

Dále osoba, která je držitelem průkazu ZTP/P, má dle § 34 odst. 1 zákona č.329/2011 Sb.:

- *Nárok na bezplatnou přepravu MHD, nárok na slevu 75 % obvyčejného jízdného ve 2. třídě vlaku ve vnitrostátní dopravě a na slevu ve výši 75 % ve spojích vnitrostátní autobusové dopravy,*
- *nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní dopravě,*
- *bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li prakticky nebo úplně nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce,*
- *na přednost při osobním projednávání záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání (nezahrnuje nákup v obchodech či ošetření ve zdravotnických zařízeních).*

4.2.3 Příspěvek na péči

V zákoně č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, je stanoven příspěvek na péči. Příspěvek je poskytnut osobám, které jsou dlouhodobě vlivem zdravotního stavu odkázáni na pomoc druhé osoby. Tento příspěvek může být využit na poskytování péče prostřednictvím sociální služby nebo jiných forem pomoci. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu (Zákon č. 108/2006 Sb.) (Matoušek, 2011).

Při posuzování stupně nezávislosti se hodnotí: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (Zákon č. 108/2006 Sb.). O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce České republiky, na základě posudkového lékaře (Kuzníková, 2011) (Matoušek, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb. je výše příspěvku pro osoby starší 18 let měsíčně:

- a) I. stupeň - lehká závislost, 880 Kč
- b) II. stupeň - středně těžká závislost, 4400 Kč
- c) III. stupeň - těžká závislost, 12 800 Kč
- d) IV. stupeň - úplná závislost 19 200 Kč

4.2.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek je určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, autistickou poruchou s těžkým funkčním postižením nebo těžkou či hlubokou mentální retardací. Příspěvek na zvláštní pomůcku má pomoci osobám zlepšit možnosti pohybu a soběstačnost v každodenních činnostech. Jedná se převážně o příspěvek na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému. Zažádat může osoba, která se dle lékařského posudku se zdravotním stavem potýká déle než 1 rok. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku je, že je osoba starší 3 let a je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, svislé zdvihací plošiny, šikmé zvedací plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu. Dále je-li osoba starší 15 let, je tento příspěvek možné poskytnout na pořízení vodícího psa. V poslední řadě je-li osoba starší 1 roku je možnost příspěvek čerpat na zvláštní pomůcku určenou pro sebeobsluhu (Arnoldová, 2015) (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Dle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů č. 329/2011 Sb., maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč, 500 000 Kč v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení plošiny. Výše příspěvku také podléhá výši životního minima jednotlivce případně rodiny (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Dle Arnoldové (2015) se mezi zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou pohybového ústrojí řadí:

- Dodatečná úprava motorového vozidla - např. montáž ručního ovládání, usnadňování nastupování nebo nakládání vozíku
- Stavební práce v domácím prostředí - např. úprava koupelny a toalety, rozšíření dveří
- Speciální úprava počítače - např. přizpůsobená klávesnice, myš
- Nájezdové lyžiny, rampa, schodolez, schodišťová plošina, schodišťová sedačka, stropní zvedací systém

4.2.5 Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

V rámci příspěvku na speciální pomůcku je možné získat finanční podporu na nákup motorového vozidla. Tuto podporu lze poskytnout osobám starším 3 let, které splňují zdravotní kritéria dle zákona č. 329/2011 Sb. o dávkách pro osoby se zdravotním postižením. Výše příspěvku se určuje na základě příjmů příjemce a osob s ním společně posuzovaných dle §10 zákona č. 329/2011 Sb. Maximální částka příspěvku je 200 000 Kč.

4.3 Osobní asistence v České republice

Osobní asistence je komplexní péče řadící se do sociální služby, starající se o osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením. Nabízí zmiňovaným lidem prostor pro seberealizaci, podporu a dopomoc v sebeobsluze (Matoušek, 2003). V zákoně 108/2006 Sb. je osobní asistence definována: *“ Podle paragrafu 39 je osobní asistence 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. ”*

Do sociální služby osobní asistence řadíme především pomoc při zvládání běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, pomoc při chodu domácnosti a zajištění stravy. Dále zajišťuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává společenský kontrakt a pomáhá uplatňovat klientovi jeho zájmy a práva. Dle vyhlášky 505/2006 Sb. je maximální výše úhrady této služby 130 Kč za hodinu. Služba osobní asistence je v mnoha případech poskytována za nižší cenu nebo je vykonávána jako dobrovolná činnost bez nároku na finanční ohodnocení (Hrdá, 2006) (Kuzníková, 2011).

4.3.1 Historie osobní asistence v ČR

Osobní asistence se u nás začala rozvíjet až roku 1989, vlivem dřívější politické situace v tehdejší Československu. Do této doby byla péče pro osoby se zdravotním postižením zajišťována v domácím prostředí rodinnými příslušníky, případně byly umístovány do ústavů (Hrdá, 2001).

O poskytování úplně první asistence v České republice se zasloužila Pražská organizace vozíčkářů, která byla roku 1991 registrována jako občanské sdružení. Pracovníci Zdena Hanáková a Petr Vojtík čerpali inspiraci v zahraničí a roku 1992 začalo sdružení poskytovat osobní asistenci prvním deseti klientům. Pražskou organizaci vozíčkářů zakládali i lidé s tělesným postižením, což vedlo ke správnému nastavení pravidel pro poskytování péče (Hrdá, 2004).

Jednou z nejvýznamnějších osobností osobní asistence je bez pochyb Jana Hrdá. Jedná se pravděpodobně o prvního člověka v tehdejší Československu, který využíval a žil s osobním asistentem. Jana Hrdá byla roku 1982 účastníkem autonehody, při níž ochrnula od ramen dolů. Po ochrnutí úspěšně svedla boj s tehdejší státní mocí o odebrání

děti a nadále mohla své děti vychovávat. Roku 1990 se spolupodílela na založení Pražské organizace vozíčkářů a na prosazení zákona o sociálních službách (Třešňák, 2015) (Hrdá, 2002).

4.3.2 Typy osobní asistence

Vzhledem tomu, že osobní asistence není vázána místem, časem ani konkrétní cílovou skupinou, je možné se setkat s několika typy této služby (Hrdá, 2001).

Hrdá (2001) popisuje 2 typy osobní asistence. Prvním typem je **sebeurčující osobní asistence**. Tento typ asistence nevyžaduje žádné odborné školení. Uživatel osobní asistence si svého asistenta samostatně vyškolí, organizuje jeho práci a domluví podmínky za jakých činností bude vykonávat. Nejčastěji se jedná o osoby blízké, rodinné příslušníky případně o osoby, které jsou uživatelem služby nalezeni bez jakékoliv organizace (Hrdá, 2001) (Hrdá, 2006).

Druhým typem osobní asistence je **řízená osobní asistence**. V tomto typu je po asistentovi požadována odborná příprava, klient svého asistenta neškolí ani neorganizuje jeho náplň práce. Častěji se tak jedná o osoby s těžkým či lehkým mentálním postižením, kteří nejsou schopni práci asistenta plně řídit. Asistent si z pravidla nevyhledává svého klienta, ale vše má na starosti poskytovatel osobní asistence, pod kterou tento asistent spadá (Hrdá, 2001) (Hrdá, 2006).

4.3.3 Poskytovatelé osobní asistence

Nejčastějším poskytovatelem osobní asistence je nezisková organizace. Zákon o sociálních službách je postaven tak, aby zaměstnavatelem asistenta byl primárně přímo uživatel (Hrdá, 2001).

Dle Hrdé (2001) může být zaměstnavatelem osobních asistentů:

- a) Uživatel – samostatně si hledá, vybírá a školí svého osobního asistenta. Vede si samostatně účetnictví, řídí práci asistenta a i ho samostatně vyplácí.
- b) Nestátní nezisková organizace – každý poskytovatel služby má svá vlastní pravidla pro nábor, přijímání a školení osobních asistentů. Samostatně si dle svých kritérií vybírají vhodné kandidáty a následně organizují jejich práci.
- c) Agentura – prozatím méně obvyklá forma poskytování služeb, jelikož většina uživatelů, co službu potřebuje, si ji nemůže z finančních důvodů dovolit.

4.3.4 Osobní asistent

Osobním asistentem se může stát kdokoliv za předpokladu, že splní požadavky konkrétního klienta nebo poskytovatele sociální služby. Jedinec, který se rozhodne asistenta vykonávat není limitován vzděláním ani věkem, může se jednat o rodinné příslušníky, osoby v důchodovém věku, ženu v domácnosti, studenta či absolventa školy. Je však potřeba dbát na zdravotní a fyzickou způsobilost jedince tak, aby osobní asistent v důchodovém věku nevykonával činnost u klienta s těžkým tělesným postižením (Uzlová, 2010).

4.3.4.1 Psychické předpoklady pro výkon osobního asistenta

Osobní asistent by měl disponovat následujícími vlastnostmi. Jednou z vlastností je empatie, tedy schopnost vcítit se do druhé osoby. Dle Matouška (2003) je empatie definována jako „*Dovednost vnímat klientův svět, jako by byl světem pracovníka. V ideálním případě má pracovník vycítit, co klient chce říci, ale sám to nedokáže jasně formulovat.*“ Další vlastností, kterou by měl asistent mít je spolehlivost a odpovědnost. Většina klientů osobní asistence je závislá na pomoci osobních asistentů. Když asistent nedodrží smlouvanou asistenci, klient se cítí bezradný. Nicméně, závisí to na konkrétním typu poskytované asistence, potřebách klienta a dohodnutých podmínkách. Například doprovod na důležité jednání nebo podávání jídla. Osobní asistent by měl vždy být spolehlivý a dorazit včas na plánovanou asistenci. Pokud se nemůže dostavit (např. kvůli úrazu), musí tuto skutečnost co nejdříve oznámit klientovi a také sociálnímu pracovníkovi. Nedílnou součástí by také měla být komunikativnost asistenta. Slovo "komunikace" pochází z latinského slova "communicare," což znamená "sdílet" nebo "radit se", a je definována jako přenos zpráv mezi vysílajícím a příjemcem. Pomocný pracovník se v práci setkává s následujícími základními formami komunikace. První je verbální komunikace mezi klientem a asistentem, která může probíhat buď ústně nebo písemně. Dále existuje neverbální komunikace, která zahrnuje komunikaci tělem a pohyby. Patří sem mimika, gesta, proxemika, haptika, posturologie, kinezika, proxemika a paralingvistika. Poslední formou komunikace je meta-komunikace, která využívá paralingvistických signálů (hlasová intonace) (Quisová, 2009) (Matoušek, 2008).

Uzlová (2010) identifikovala základní vlastnosti, které by měl osobní asistent mít: "schopnost vcítit se, trpělivost, vstřícnost, obětavost, laskavost, tolerance, důslednost, spolehlivost, odpovědnost, dobré komunikační schopnosti, flexibilita, kreativita, touha poznávat a ochota učit se novým věcem." Matoušek (2003) dále definuje další klíčové dovednosti a vlastnosti, jako je "umění naslouchat, zručnost, inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatie."

4.3.4.2 Fyzické předpoklady pro výkon osobního asistenta

Kromě psychického předpokladu je důležitá také fyzická stránka, zejména v situacích, kdy je potřeba manipulovat s klientem. Požadavky na fyzickou kondici se odvíjejí od typu klienta, se kterým bude asistent pracovat. Záleží na tom, zda se jedná o paraplegika, hemiplegika, kvadruplegika nebo jiného typu postižení. Důkladná fyzická příprava umožňuje asistentovi efektivní a bezpečnou práci s klientem. Dále je také důležité, aby asistent měl dostatečné znalosti o technikách manipulace a ergonomii, aby minimalizoval riziko zranění jak u sebe, tak u klienta. V dnešní době je skutečně obtížné nalézt osobu, která by splňovala všechny tyto požadavky, a proto je nedostatek osobních asistentů (Uzlová, 2010).

4.3.4.3 Vzdělání osobního asistenta

Asistent by měl být vyváženou osobností, která má jasno ve svých cílech a je schopna klientovi poskytnout veškerou pomoc, která mu náleží. Předchozí specializovaná kvalifikace nebyla dříve nezbytnou podmínkou pro provádění osobní asistence. Důležitá byla především dobrá motivace, jak je již zmíněno dříve. Na žádost klientů mohli asistenti absolvovat školení v oblasti první pomoci, manipulace s vozíky, psychologické testy a podobně. U řízené osobní asistence se mohou vyžadovat speciální znalosti a dovednosti v závislosti na zaměření, například znakový jazyk, znalost Braillova písma, taktický překlad pro hluchoslepé atd. (Hrdá, 2001).

Legislativní podmínky se vztahují pouze na asistenci řízenou, kterou poskytují organizace registrované u krajských úřadů. U sebeurčující asistence si uživatel služby sám stanovuje podmínky, které od asistenta vyžaduje. V případě prvního typu asistence je tedy nutné splnit podmínky stanovené zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, které zahrnují způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. Odborná způsobilost je dále stanovena splněním podmínek, jako je střední vzdělání s výučním listem nebo maturitou a absolvování akreditovaného

kvalifikačního kurzu pro výkon povolání osobního asistenta. U osob, které mají získanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeuta nebo povolání sociálního pracovníka, není vyžadován kvalifikační kurz.

4.4 Klient osobní asistence

Klientem osobní asistence je takový člověk, který by bez dlouhodobého poskytování pomoci nepřežil. Tento člověk si bez pomoci nedovede udělat tzv. limitní úkony, za které jsou považovány činnosti, které člověka přímo ohrožují na životě. Mezi tyto úkony můžeme zařadit pomoc při přípravě a podávání stravy, při vyprazdňování, při polohování, při osobní hygieně a hygieně prostředí. Do činností osobního asistenta patří i jiné úkony, ale primárně musejí být zabezpečeny toto zmiňované (Hrdá, 2001).

Cílová skupina této služby je tedy velmi široká jak z hlediska věku (zahrnuje prakticky celé věkové spektrum), tak z hlediska druhu postižení. Tyto dvě charakteristiky jsou rozhodující pro vybraný typ asistence a její obsah, který je přizpůsoben potřebám klientů. Osobní asistenci může využívat nepřeberné množství osob s různým typem diagnóz, nejčastěji se jedná o osoby se smyslovým znevýhodněním, mentálním a psychickým znevýhodněním, děti s různým postižením a v neposlední řadě lidé s tělesným znevýhodněním, které jsou konkrétně rozebrány níže (Hrdá, 2001).

Mezi nejčastěji poskytované služby bez ohledu na věk a druh postižení klientů patří následující: osobní péče (zahrnující běžné úkony péče o vlastní osobu, toaletu, hygienu, oblékání, polohování, přesuny, stravování), zajištění chodu domácnosti (včetně úklidu, praní, žehlení, nákupu, údržby), pomoc při studiu a zaměstnání (technická podpora, doprovody), zapojení do prostředí (zajištění přístupu k informacím, vyřizování osobních záležitostí, zapojení do místního prostředí) a pomoc při naplňování volného času (realizace koníčků, účast v kroužcích) (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Hrdá (2001) uvádí mnoho skupin, kterým lze poskytovat osobní asistenci:

- Osoby s tělesným postižením

Do této skupiny potenciálních uživatelů osobní asistence spadají osoby s tělesným postižením, a to jak od narození, tak i ty, které postižení získaly v důsledku úrazu nebo nemoci. Lidé s tělesným postižením, které je buď vrozené nebo získané v raném dětství, mohou být většinou schopnější samostatně se starat o sebe než lidé s postižením získaným v pozdějším věku. Naopak, ti s později získaným postižením mohou mít výhodu

v rozhodování o svém vlastním životě. Právě lidé z této specifické skupiny hráli klíčovou roli při vzniku hnutí Independent Living (IL) a také při rozvoji osobní asistence. Byli zastánci rozšíření a rozvoje osobní asistence a přispěli k formulaci zásad a cílů, které jim umožňují dosáhnout nezávislosti a samostatnosti, které očekávají od osobní asistence.

- Osoby se smyslovým postižením

U osobní asistence poskytované lidem se smyslovým postižením je hlavním cílem usnadnit jejich interakci s prostředím. Smyslové postižení obvykle neznámá, že by byli lidé neschopní se o sebe postarat, a tak si mohou zajišťovat většinu úkonů osobní péče sami. Nicméně, služby, které se zaměřují na zapojení jednotlivce do prostředí a podporu jeho seberealizace, získávají na významu.

- Osoby s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením představují specifickou skupinu, která vyžaduje vyšší úroveň odbornosti než ostatní zmíněné skupiny, kvůli specifickým potřebám těchto jednotlivců. V závislosti na úrovni postižení je nezbytné přizpůsobit poskytování asistence tak, aby odpovídalo schopnostem daného klienta. Novosad (2000) poukazuje na specifický problém osobní asistence u lidí s mentálním postižením, protože často nemohou nebo nejsou schopni sami vyjádřit svá přání a potřeby. Z tohoto důvodu je nezbytná spolupráce s rodinou a blízkými těchto klientů při hledání optimální formy asistenčních služeb.

- Děti

Osobní asistence je zejména zaměřena na pomoc dětem při studiu a docházce do škol a vzdělávacích zařízení, stejně jako při účasti na kurzech a pobytových programech pro děti. Většinou je zbytek času dětem poskytována péče v rodině.

- Senioři

Potřeby seniorů se shodují s výše zmíněným seznamem vykonávaných činností, přičemž se kladl důraz na osobní péči s ohledem na zhoršující se zdravotní stav a schopnosti. Tato věková skupina má také svá specifika, zejména pokud jde o změny v osobnostních rysech, které se mohou ještě více projevit. Pro všechny dílčí skupiny je společné, že si volí osobní asistenci s cílem zůstat ve svém přirozeném prostředí a vést plnohodnotný život. Aby byly služby odpovídající potřebám klientů, je důležité, aby

asistenti byli schopni tyto potřeby adekvátně plnit. Základní podmínky pro výkon této profese jsou opět stanoveny v Zákonu o sociálních službách.

4.4.1 Kvadruplegie a osobní asistence

Po návratu do domácího prostředí z rehabilitačního ústavu je mnoho lidí s kvadruplegií odkázáno na určitou míru podpory. Okolní prostředí představuje mnoho překážek, které zvyšují závislost jedince na pomoci. V rehabilitačním ústavu je většinou klientovi doporučená služba, kterou může využívat. Takových služeb je po České republice mnoho, od sociálních, asistenčních služeb i osobní asistence. Bohužel, tyto služby nejsou vždy dostatečně personálně obsazené a nemají takové časové možnosti. Proto je důležité již v rehabilitačním ústavu nebo prostřednictvím regionálního sociálního pracovníka nebo sociálních pracovníků České asociace paraplegiků, případně v rámci poradenství, využít služeb Centra Paraple a Paracentra Fénix a diskutovat o této oblasti, aby došlo k nalezení nejoptimálnější nabízené službě (Ústecký kraj, 2020).

Služba osobní asistence zajistí a pomůže s činnostmi, které klient s kvadruplegií samostatně nezvládne, v předem dohodnutém čase. To klientovi umožní fungovat podle svých potřeb a zároveň ulehčit blízkým, aniž by měl klient pocit, že je obtěžuje. Uvolnění rodiny je důležité pro udržení dobrých vztahů. Ideální je minimalizovat dopad životní změny na jejich životy, aby mohli nadále chodit do školy, do práce a věnovat se svým zájmům (Ústecký kraj, 2020).

5 Následná péče o osoby s kvadruplegií ve Velké Británii

Ve Velké Británii je uplatňován model Národní zdravotní služby (National Health service - NHS), která má vznik na podkladě Beveridgeovy zprávy. Tento systém je financován z daní a státního rozpočtu, tedy plně řízená státem. Zdravotní péče je tedy zajištěna pro všechny občany bez ohledu na jejich platební možnosti (Koldová, 2003). Dle Robinsona (2004) takto nastavený systém trpí mnoha nedostatky, především omezené finanční zdroje se kterými stát nakládá. Z těchto důvodů dochází k omezování růstu kvality nabízených služeb a dlouhým čekacím lhůtám na chirurgické výkony. Výše zmíněné důvody vedly k započetí reformy zdravotnictví roku 1997. Hlavním prvkem reformy bylo zavedení prvků konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče, změny ve financování a úhradách a svobodná volba lékaře samotným pacientem. Zdravotní péče

je zdarma, hrazené pacientem je pouze zubní a oční ošetření (jedná se o Anglii, ne o Skotsko, Wales a Severní Irsko) (Robinson, 2004) (Barták, 2010).

Velká Británie je považována za průkopníka v oblasti sociálních služeb. Vzhledem k promyšlenému a rozvinutému systému sociální péče je zavedena fungující legislativa a je po celé zemi rozsáhlá síť nezávislých sociálních služeb (Legislation, 2022 c.43).

5.1 Zdravotní péče - Zdravotní pojišťovny

Ve Velké Británii se občané registrují ke zdravotní péči u praktického lékaře. Každý občan si může zvolit vlastní ordinaci praktického lékaře, ale lékař má nárok odmítnout pacienta pokud nemá trvalé bydliště v oblasti ordinace. Registrace se provádí vyplněním formuláře GMS1 přímo v ordinaci praktického lékaře s potřebnou identifikací formou platného průkazu totožnosti a dokladu o adrese. Po této registraci by měla dorazit na adresu trvalého bydliště zdravotní karta (Buswell, 2023).

10,5% populace občanů Spojeného království využívá placeného soukromého pojištění, z důvodu mnohých výhod, zejména při naléhavém onemocnění či zranění. Pacienti se soukromým pojištěním se mohou vyhnout dlouhým čekacím dobám a využívat lepší zařízení. Jednou s další výhodou je užívání soukromých pokojů s vlastní koupelnou (Buswell, 2023).

Nabízené pojišťovny dle Buswella (2023):

- Allianz Care
- Cigna Global

5.2 Finanční podpora (Peněžní sociální dávky) ve Velké Británii

Těsně po úrazu míchy má pacient v rámci nemocnice veškeré vybavení k dispozici, ale před návratem do domácího prostředí je potřeba zajistit bezbariérovost, dostupnost a bezpečnost. Je tedy nezbytné zajistit invalidní vozík, rampy či schodišťové plošiny. Existuje však řada výhod, včetně různých grantů, které pomohou překonat řadu finančních překážek (Sia, 2023).

5.2.1 Granty pro zařízení pro osoby se zdravotním postižením

Grant je uznáván osobám s různým typem postižení, převážně osobám s tělesným postižením, tedy i osobám s kvadruplegií. Tento příspěvek je primárně určen pro úpravu

domácnosti, tak aby se stala bezbariérovou. Přes internetové stránky se zašle žádost, na základě které do domácího prostředí dorazí ergoterapeut, který zhodnotí stav bariérovosti. Výši příspěvku ovlivňuje jak příjem celé domácnosti, tak úspory, které v domácnosti jsou. V Anglii lze zažádat až o 30 000 £, ve Wales je hodnota 36 000 £ a Severním Irsku 25 000 £. Částka nemusí být konečná, záleží na ergoterapeutovi, který prostředí posoudí (GOV.UK, 2023).

5.2.2 Příspěvek na osobní nezávislost

Příspěvek na osobní nezávislost je poskytována jako další finanční příjem na podporu každodenního života. Příspěvek se skládá se ze dvou částí: z mobility a každodenních činností. Příspěvek na mobilitu je jedinci uznán v případě potřeby poskytnutí pomoci při dojíždění, či cestování. Příspěvek na každodenní činnosti je přiznaný osobám, kteří potřebují pomoci s každodenními úkoly, jako je například oblékání, hygiena. Příspěvky mohou být uznány oba zároveň, případně pouze jeden z nich. U osob s kvadruplegií by byly pravděpodobně uznány oba příspěvky, které by činily okolo 171 £ týdně. Nárok na příspěvek zaniká ve chvíli, kdy se zdravotní stav zlepši natolik, že by příspěvek nebyl potřebný, případně dosažením důchodového věku (Citizens Advice, 2022).

5.2.3 Příspěvky na bydlení

Osoby s kvadruplegií, kteří nemohou pracovat je možné zažádat o příspěvek na bydlení, z kterého lze platit nájem nebo alespoň část nájmu. Výše příspěvku závisí, zda je jedinec v pronájmu či vlastníkem. Dále okolnosti domácnosti (finance) a úspory celé rodiny (Aspire, 2022).

Další formou tohoto příspěvku může být podpora úroků z hypotéky. Jedná se o pomoc majiteli s umořením hypotéky či některých splátek (Aspire, 2022).

5.3 Live-in asistence ve Velké Británii

Live-in asistence je druh domácí péče ve Velké Británii poskytována prostřednictvím několika různých zdrojů, včetně zdravotnických služeb, sociálních služeb a charitativních organizací. Live – in asistence je poskytována jednotlivcům pro pomoc v každodenním životě, tak aby jim bylo umožněno žít ve svém domácím prostředí a nebyť závislý na vlastní rodině. Od klasické osobní asistence se live-in

asistence především liší časovými možnostmi asistentů. Jak je již zmíněno výše, asistent zajišťuje až 24hodinovou péči (Bowdler, 2020).

Live-in asistent poskytuje společnost, osobní péči a podporu při domácích pracích a volnočasových aktivitách zdravotně postiženým nebo starším osobám v jejich domovech. Do pracovní náplně Live-in asistenta řadíme:

- Udržovat vysoce kvalitní a osobní pečovatelskou službu s podporou nezávislosti
- Pomoc s úkony osobní péče, včetně koupání, oblékání, pomoc s vyprazdňováním a hygienou
- Příprava a vaření jídla s případnou pomocí sebesycením
- Hlídkání a chystání léků, dle lékařského předpisu
- Bezpečné doprovody k lékaři, za kulturou případně do společnosti
- Podpora v sociálním kontaktu, podpora zájmů a koníčků
- Zajišťování nákupů
- Zajištění domácích prací

Pracovní doba asistenta se upravuje dle požadavků a domluvy. Live-in asistence má určitá pravidla, která nelze porušovat. Live-in asistent pracuje 6-10 hodin denního a nočního cyklu. Během noci by asistent neměl být probuzen více než třikrát, z důvodu náročnosti profese. Pokud je zapotřebí častější asistence v průběhu noci, je zajištěn jiný asistent, takto nedojde k přetěžování stávajícího asistenta a ten si adekvátně odpočine. V noci může klient potřebovat pravidelně podávat léky, polohovat na lůžku, pomoc při vyprazdňování případně řešit nežádoucí zdravotní potíže (Bowdler, 2020).

Live-in asistent může pracovat na různé směny během několika týdnů, nebo i v průběhu jednoho týdne, podle potřeb klienta. Lze pracovat např. 3 týdny s následným 1týdenním volnem, ale je i možnost pracovat 5 dní v týdnu a 2 dny v týdnu mít volno. Záleží i na požadavku asistenta, jak by směny měl rád rozvržené (Bowdler, 2020).

Další faktory, které mohou ovlivnit cenu za stálou péči, zahrnují:

- Místo bydliště – Ceny se mohou lišit podle regionu a země.
- Zkušenosti a kvalifikace pečovatele – Pečovatelé s více zkušenostmi a kvalifikacemi mohou účtovat více.

- Počet hodin péče – Ceny se mohou lišit podle toho, kolik hodin péče je potřeba denně nebo týdně.
- Doba trvání péče – Ceny se mohou lišit podle toho, jak dlouho je potřebná stálá péče.
- Druh péče – Některé druhy péče, jako například lékařská péče, mohou být nákladnější než běžná péče.

Je důležité si uvědomit, že ceny za stálou péči se mohou velmi lišit a záleží na mnoha faktorech. Je tedy vhodné si před výběrem pečovatele zjistit, jak se cenově péče může pohybovat. U lehčích diagnóz, které nejsou na péči tolik náročné může být cena za péči kolem 700 £ - 900 £ v závislosti na typu agentury. V nočních hodinách je cena kolem 1000 £ - 1400 £ (Bowdler, 2020).

5.3.1 Historie Live-in asistence

Po tisíce let ležela odpovědnost za péči o starší nebo nemocné lidi převážně na jejich rodině a místní komunitě. Dlouho předtím, než průmyslová revoluce přivedla lidi do měst, bylo velmi běžné, že lidé strávili celý svůj život ve stejné oblasti. Obrovským přínosem tohoto ustáleného způsobu života byly silné vazby na místní komunitu. Žít blízko sebe ve skupinách, nejprve v kmenech, později v zemědělských komunitách a malých městech, znamenalo, že se lidé navzájem znali a podporovali. V té době byla průměrná délka života mnohem kratší a jen málo nemocí mělo lék. Pro ty šťastné, kteří dosáhli stáří, by péče připadla jejich dětem a vnoučatům (Munson, 2020).

Ve středověku nebyla nemoc téměř vůbec pochopena a domácí ošetřovatelství mělo spíše podobu modlitby, pouštění žilou nebo používání pijavic než cokoli skutečně užitečného. Až do roku 1601 byla domácí péče mimo přátele a rodinu přístupná převážně pouze bohatým. Ti, kteří měli peníze, si mohli dovolit najmout služebnictvo, aby se staralo o starší nebo nemocné příbuzné. Tito služebníci obvykle žili v rodinném domě, což sice bylo dobré pro jejich zaměstnavatele, ale znamenalo, že se nestarali o své vlastní rodiny. Tato forma péče se podobá dnešní Live-in asistenci fungující ve Velké Británii (Munson, 2020).

V roce 1968 schválila labouristická vláda Harolda Wilsona zákon o zdravotnických službách a veřejném zdraví, který vstoupil v platnost v roce 1971. To umožnilo místním orgánům rozšířit domácí péči, včetně poskytování pečovatelů, kteří navštěvují starší a

zdravotně postižené osoby v jejich domovech a poskytují podporu každodenního života, jako je úklid a praní (Munson, 2020).

Sektor domácí péče rychle rostl v průběhu let 1990 a 2000. V roce 2002 byl zřízen Inspektorát péče a sociálních služeb Walesu (CSSIW), nyní nazývaný Inspektorát péče Wales, aby reguloval a kontroloval všechny poskytovatele domácí péče ve Walesu. Zákon o zdravotní a sociální péči z roku 2008 vyústil v anglický ekvivalent, Komisi pro kvalitu péče, a Skotsko následovalo v roce 2011 s inspektorátem péče (Munson, 2020). Dnes existuje více než 7000 poskytovatelů domácí péče po celé Velké Británii. Vzhledem k tomu, že lidé žijí déle, očekává se, že průmysl bude i nadále růst. Podle Munson více než 12% lidí ve věku nad 65 let ve Velké Británii dostává nějakou formu pomoci nebo péče ve svých domovech - včetně domácí péče, pomoci s domácími pracemi (Munson, 2020).

5.3.2 Typy Live-in asistence

Existují dva druhy poskytované asistence: (Bowdler, 2020)

1. "Live-out" asistence: Tento druh asistence znamená, že asistent přichází ke klientovi na omezený čas během dne nebo noci. Asistent poskytuje potřebnou péči a podporu, ale nezůstává trvale v klientově domě. Po ukončení svého pracovního času opouští klientův domov. Tento model asistence je často praktikovat ve formě pravidelných návštěv nebo směn, kdy se asistent střídá s jinými pracovníky. Tuto formu lze přirovnat k asistenci v České republice.
2. V rámci "live-in" asistence asistent žije ve stejném domě nebo bytě jako klient, aby mohl poskytnout nepřetržitou péči a podporu. Asistent je k dispozici klientovi po celou dobu, ať už během dne nebo noci, a pomáhá mu s denními aktivitami, péčí o sebe, domácími pracemi a dalšími potřebami, které klient vyžaduje. "Live-in" asistence je často preferována v případech, kdy klient vyžaduje neustálou péči a podporu kvůli svému zdravotnímu stavu nebo omezením. Asistent je přítomen a k dispozici klientovi ve chvíli, kdy je potřeba, a může okamžitě reagovat na jeho potřeby.

5.3.3 Poskytovatelé Live-in asistence

Existuje řada možností, jak sehnat Live-in asistenta. Jedna z variant je navštívit stránku primecarers.co.uk, kde je možné najít asistenta ve svém okolí bydliště. Na této stránce jsou asistenti odborně způsobilí, ověření a zkontrolování, tak aby nedošlo k poškození klientů. Asistenti mají na stránce zveřejněnou fotografii, základní informace o své práci a specializaci na určitou zdravotní skupinu osob. Jednou z nevýhod je, že není podmínka projít speciálním školením na určitou diagnózu, ale zároveň se jedná levnější formu Live-in asistence, než by bylo u jiného zprostředkovatele. V případě, že Vás jako klienta osloví více asistentů, je možnost naplánovat bezplatný hovor. Po nalezení svého idealizovaného Live-in asistenta si pečovatele rezervujete a online zaplatíte za jeho služby. V případě jakýchkoliv neshod, lze kontaktovat zprostředkovatele, který incident vyřeší (Bowdler, 2020).

Další možností je využití agentury zprostředkující Live-in. Agentury mají týmy vyškolených pečovatelů, kteří jsou připraveni navštívit váš domov a poskytnout péči potřebnou vašemu blízkému. Agentury obvykle mají více asistentů, takže ne vždy budete mít stálého, ale budou se snažit najít vhodnou shodu mezi asistentovi a vašimi potřebami. Ale samozřejmě dochází k výběru asistenta Vaší osobou (GOV.UK, 2023).

Poslední možností je zaměstnat vlastního pečovatele. To znamená, že vy sami najímáte a zaměstnáváte pečovatele přímo (GOV.UK, 2023).

Všechny varianty mají své výhody a nevýhody. Při využití agentury získáte přístup k většímu množství speciálně vyškolených asistentů a můžete se spolehnout na podporu a zázemí agentury. Zaměstnání vlastního Live-in asistenta vám umožňuje větší flexibilitu a kontrolu nad výběrem pečovatele, ale vyžaduje také více práce a zodpovědnosti při náboru a zaměstnávání (GOV.UK, 2023).

Live-in asistence může přinést výzvy a omezení, které je důležité zvážit. Setrvávat na místě, kde pracujete a pečujete o klienta, může znamenat odloučení a vzdálení se od rodiny a přátel. Tento typ práce vyžaduje obětování času a úsilí, protože jste neustále přítomni pro klienta. Může být obtížné najít rovnováhu mezi pracovním životem a osobním životem, protože budete mít omezený čas na vlastní zájmy a činnosti. To může ovlivnit vaši sociální interakci, volný čas a možnosti pro seberealizaci. Je důležité být si těchto výzev vědom a předem zvážit, zda jste připraveni na tento způsob práce a životní styl. Někteří lidé jsou ochotni obětovat čas a pohodlí pro poskytování péče druhým,

zatímco pro jiné to může být obtížné. Je důležité si předem promyslet, jaký vliv bude mít stálá péče na váš osobní život a zda jste ochotni se s tím vyrovnat (Chinhori, 2021).

5.3.3.1 Vzdělání Live-in asistenta

Stát se asistentem vyžaduje minimální kvalifikace, ty se mohou lišit v závislosti na konkrétních zemích a pravidlech regulátorů průmyslu. V případě, že Komise pro kvalitu péče (CQC) vyžaduje, aby asistenti byli zapsáni na úroveň 2 zdravotní a sociální péče, jako je diplom ve zdravotní a sociální péči, pak je to konkrétní požadavek platný v rámci příslušných předpisů v Anglii. Takový diplom by poskytl asistentům potřebné znalosti a dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče. Je proto důležité se seznámit s předpisy, požadavky v dané oblasti, případně které kvalifikace jsou nezbytné pro práci jako asistent (Fennell, 2023).

Taktéž je běžnou praxí kontrola trestního rejstříku (CRB). Zejména u osob, které chtějí pracovat se zranitelnými jedinci, jako jsou starší osoby či osoby se zdravotním postižením. Zaměstnavatelé mají právo vyžadovat tuto kontrolu a obvykle ji provádějí v souladu s místními právními předpisy a předpisy regulující oblast zaměstnávání a péče (Fennell, 2023).

5.4 Klient Live-in asistence

Ve Velké Británii může klientem Live-in asistence být osoba, která vykazuje potřebu podpory a péče 24 hodin denně. Klientem Live-in asistence může být jedinec se zdravotním postižením, starší osoba, osoba s demencí, osoba s chronickým onemocněním nebo jakákoli jiná osoba, která vyžaduje nepřetržitou podporu a asistenci při každodenních aktivitách (GOV.UK, 2023) (Bowdler, 2020).

Live-in asistence je obvykle poskytována osobám, které preferují zůstat ve svém domácím prostředí a nepotřebují intenzivní lékařskou péči, která by vyžadovala pobyt v nemocnici nebo v ošetrovatelském zařízení. Cílem Live-in asistence je umožnit klientovi zůstat ve svém domácím prostředí a poskytnout mu potřebnou podporu a péči, která mu umožní vést co nejvíce nezávislý život (GOV.UK, 2023) (Bowdler, 2020).

Přesné podmínky a kritéria pro získání Live-in asistence se mohou lišit v závislosti na místních předpisech, poskytovatelích služeb a individuálních potřebách klienta. Obvykle se provádí hodnocení potřeb klienta a zajišťuje se, že Live-in asistence je vhodná a dostupná pro danou osobu (GOV.UK, 2023) (Bowdler, 2020).

5.4.1 Kvadruplegie a Live-in asistence

Jak je již výše napsáno kvadruplegie, známá také jako tetraplegie, je zdravotní stav, který je charakterizován paralýzou dolních končetin, dolní části trupu a obou horních končetin. Tato forma ochrnutí je způsobena poškozením míchy v oblasti krční páteře. Osoba s kvadruplegií často ztrácí schopnost pohybu, citu a koordinace ve svých končetinách (Faltýnková, 2012).

V případě kvadruplegie je často nezbytná dlouhodobá odborná péče a podpora. Jednou z možností je live-in asistence, která se uplatňuje ve Velké Británii a poskytuje kontinuální péči a podporu osobám s kvadruplegií přímo v jejich domovech. Tento model asistence znamená, že asistent/ka zdravotní péče žije v domácnosti postižené osoby a je k dispozici 24 hodin denně. Tímto způsobem je zajištěna okamžitá reakce a péče při všech potřebách a situacích (Origin, 2023).

Live-in asistence se většinou poskytuje kvalifikovanými odborníky, kteří mají zkušenosti s péčí o osoby s fyzickým postižením, včetně kvadruplegie. Jejich úkolem je poskytnout nejen základní péči, jako je hygiena, převlékání, stravování a podávání léků, ale také podporovat aktivní životní styl, rehabilitační cvičení a sociální interakce (GOV.UK, 2023).

5.5 Společnost Origin Velká Británie

Společnost Origin se specializuje na péči o osoby s poraněním páteře a klade důraz na individuální potřeby klientů s cílem pomoci k nezávislosti. Flexibilita a inovativní přístup umožňuje poskytovat na míru šité pečovatelské služby (Origin, 2023).

Společnost Origin nabízí širší škálu služeb, které zahrnují plně řízené, dlouhodobé a krátkodobé péči. Zde je podrobnější popis těchto služeb (Origin, 2023):

1. Plně řízené služby péče Live-in asistence: tyto služby poskytují komplexní a dlouhodobou péči klientům s poraněním páteře. Společnost se zaměřuje na individuální potřeby klienta a poskytuje profesionální, ale osobní péči, která jim pomáhá dosáhnout nezávislosti. To zahrnuje širokou škálu podpůrných služeb a terapeutických opatření.
2. Dlouhodobé služby Live-in péče: tato služba je určena pro klienty, kteří vyžadují kontinuální péči na dlouhodobém základě. Společnost Origin je schopna přizpůsobit péči individuálním potřebám klientů a poskytovat dlouhodobou podporu a asistenci při jejich každodenních aktivitách.
3. Krátkodobá respitní péče: tato služba nabízí jedinečnou flexibilitu klientům, kteří potřebují dočasnou péči na krátké období. Krátkodobá respitní péče je užitečná pro pečovatele, kteří potřebují čas na odpočinek nebo na dovolenou, a zároveň zajišťuje, že klienti dostanou odpovídající péči během jejich nepřítomnosti.
4. Specializovaná služba Live-in asistence: tato služba je zaměřena na podporu klientů při propuštění z nemocnice nebo spinální jednotky. Společnost poskytuje odbornou podporu a asistenci klientům při přechodu z nemocničního prostředí zpět do domova. Cílem této služby je zajistit plynulý přechod a pomoci klientům přizpůsobit se novým podmínkám.
5. Doprovod na dovolenou nebo služební cesty: Firma Origin nabízí možnost doprovázet klienty na dovolené v zahraničí nebo na služebních cestách ve Velké Británii nebo v zahraničí.

Možnosti financování těchto služeb jsou rozmanité. Lze využít soukromého financování, financování ze sociálních služeb nebo využití osobních rozpočtů na zdraví. Služba Origin je schopna individuálně prodiskutovat optimálních možností financování a pomoci klientovi s nejvhodnější variantou (Origin, 2023).

5.5.1 Live-in asistent ve společnosti Origin

Hlavním cílem Live-in asistenta Originu je umožnit zraněné osobě žít život podle svých představ, prožívat nezávislost, spontaneitu a svobodu volby (Origin, 2023).

Různorodost v rámci role Live-in asistenta je to, co mnoha lidem přináší radost; výzva adaptovat se na nové prostředí, porozumět různým potřebám a zohlednit individuální požadavky na pracovní a společenský život. Většina osobních asistentů nemá

předchozí zkušenosti s pečovatelskou prací a někteří z nich pocházejí ze zahraničí. Služba poskytuje možnost cizincům poznat Velkou Británii a zároveň získat pracovní zkušenosti jako Live-in asistent (Origin, 2023).

Asistenti Originu žijí s klientem 1-2 týdny v kuse a pomáhají jim s běžnými denními činnostmi, jako je vstávání a usínání, s hygienou, s nákupy, s vařením a řízením automobilu. Důvěra, přátelství, respekt, porozumění a kompatibilita jsou klíčové pro vztah mezi asistentem a klientem a mohou se navzájem obohacovat, protože mnozí asistenti zůstávají v úzkém kontaktu i poté, co se vrátí domů nebo postupují v kariéře. I když jsou všechny pracovní úkoly v oblasti péče o klienty rozmanité, existují některé obecné činnosti, které mohou poskytnout lepší přehled o roli osobního asistenta v Originu (Origin, 2023).

Obecné činnosti zajišťující Live-in asistent (Origin, 2023):

1. Osobní péče o klienta

- Pomoc při mytí, koupání, převlékání a oblékání klienta.
- Asistence s pohybem klienta z postele a do postele, včetně používání invalidního vozíku.
- Provedení kompletní hygieny.
- Poskytnutí pomoci při osobní péči, jako je úprava vlasů, nehtů, nohou, péče o oči a další.

2. Povinnosti v domácnosti:

- Praní a žehlení prádla.
- Nákupy potřebných věcí.
- Vaření a příprava jídel.
- Vykonávání lehkých domácích prací, například utírání prachu a vysávání.
- Zajišťování jednoduché údržby invalidního vozíku a dalšího zařízení.

3. Pomoc zajistit sociální a ekonomický život klientovi a zjištění potřebných dokumentů:

- Podpora klientů, kteří pracují na plný úvazek, studují nebo se věnují sportu se zdravotním postižením.
- Podpora klientů, kteří mají rušný společenský život s rodinou a přáteli.
- Podpora klientů, kteří se věnují zájmům, jako je počítačová činnost, malování, hudba nebo investování na akciovém trhu.
- Asistence při korespondenci.
- Pomoc při placení účtů.
- Péče o domácí zvířata

Výše uvedené činnosti je jen náhled do možné pracovní náplně Live-in asistenta. Všechny potřebné činnosti, které jsou pro daného klienta nezbytné, jsou domluveny individuálně a jednotlivě s klientem (Origin, 2023).

Společnost Origin představuje vysoce specializovaný a zaměřený kurz pro nové asistenty, kteří se budou primárně starat o osoby s poraněním páteře. Cílem tohoto kurzu je poskytnout asistentům důkladné porozumění jedinečné role a výzev, které s sebou péče o pacienty s poraněním páteře přináší, a vybavit je potřebnými dovednostmi a sebejistotou k plnému splnění očekávání našich klientů. Všichni noví zájemci o práci musí absolvovat bezplatný, na míru přizpůsobený vzdělávací kurz v oblasti péče o poranění páteře. Je považován za nejlepší kurz svého druhu ve Velké Británii. Účastníci tohoto kurzu hodnotí jeho praktický formát jako informativní, přátelský a zábavný. Mnozí z nich komentují, jak užitečný a cenný je tento kurz pro jejich budoucí stáží. Klienti, kteří využívají služeb společnosti Origin, jsou rovněž přesvědčeni, že tento kurz poskytuje novým asistentům důkladné porozumění vzniku poranění páteře, role osobního asistenta a vztahu mezi klientem a asistentem, stejně jako rozsahu praktických úkolů. Pro účast na tomto kurzu nejsou vyžadovány žádné předchozí zkušenosti ani formální kvalifikace, avšak je důležité, aby účastníci aktivně využili vzdělávacích příležitostí, které kurz nabízí a získali tak maximální užitek z této příležitosti. Kurz zahrnuje mnoho témat, která vedou k pochopení diagnózy a k pochopení správné péče o jedince. Je představena role Live-in asistenta a zároveň je snaha, aby noví pracovníci pochopili anatomii a fyziologii člověk a páteře a tím si dokázali představit jaké segmenty fungují či naopak (Origin, 2023).

6 Praktická část

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na zkoumání daného tématu. Po formulaci cíle, úkolů, hypotéz a výzkumných otázek je popsána metodologie použitá při výzkumném šetření. Tato metodologie zahrnuje techniky sběru dat, charakteristiku zkoumaného souboru a postupy pro zpracování dat. Ve výzkumné části v rámci kvantitativní výzkumné analýzy bude využita metoda dvou dotazníků vlastní konstrukce. Dále jsou podrobně analyzovány dosažené výsledky. Součástí praktické části je také diskuse o výsledcích v kontextu daného tématu a shrnující závěr.

6.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit, zda by čeští pracovníci v sociálních službách měli zájem vykonávat formu osobní asistence Live-in pro osoby s kvadruplegií a zároveň zjistit, zda by osoby s kvadruplegií chtěli tuto formu osobní asistence využívat.

6.2 Úkoly práce

Diplomová práce byla zpracována během let 2022/2023. Prvním stanoveným cílem bylo prostudovat relevantní literaturu a vytvoření vhodné struktury práce. Následně proběhlo schvalování výzkumu Etickou komisí, které vedlo ke vzniku analýz, formou dotazníků. Po dokončení literární rešerše byla vytvořena základní verze teoretické části práce. Poté byla zpracována data získaná od respondentů a dokončena výzkumná část práce. Nakonec byla předložena základní verze práce a po zohlednění připomínek a konečných úprav byla diplomová práce odevzdána v červenci 2023.

6.3 Výzkumné otázky práce

Na základě metod výzkumu, byly stanoveny 4 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č.1: Byli by čeští pracovníci v sociálních službách ochotni vykonávat osobní asistenci nepřetržitě až 21 dní maximálně 10 hodin denně, s následným 7denním volnem?

Výzkumná otázka č.2: Nevadila by českým pracovníkům v sociálních službách spolupráce pouze s jedním klientem?

Výzkumná otázka č.3: Slyšeli někdy osoby s kvadruplegií o zahraniční formě Live-in asistence?

Výzkumná otázka č.4: Byli by lidé s kvadruplegií ochotní plně sdílet své bydlení a osobní vlastnictví s pracovníkem sociálních služeb?

7 Metodologie práce

Tato diplomová práce využívá kvantitativní analýzu dat jako hlavní metodologický přístup pro dosažení stanovených výzkumných cílů. Kvantitativní analýza je vhodná pro systematické shromažďování a interpretaci objektivních dat, což umožňuje získat kvantitativní informace a statistické vztahy mezi proměnnými. Mezi nejvýznamnější výhody tohoto typu analýzy patří objektivnost výsledků, která nejsou závislá na výzkumníkovi. Výstup z této metody se vyznačuje vysokým stupněm spolehlivosti a je možné je prezentovat pomocí grafů a tabulek. Stejně jako u všech kvantitativních přístupů má i tato metoda svou nevýhodu, která spočívá v tom, že zkoumaná data jsou redukována na počítatelné jevy. Tím může uniknout další specifické vlastnosti zkoumaného případu, které nemusí být kvantitativně měřitelné (Trampota, Vojtěchovská, 2010) (Vondroušová, 2019).

Teoretická část vychází z české a anglické literatury věnující se tématu. Převážná většina knih, použitá při zpracování diplomové práce, byla zapůjčena v Knihovně města Plzeň a v Krajské knihovně Karlovy Vary. Dále byly využity internetové databáze typu PubMed, Google Scholar a National Center for Biotechnology Information, které vypomohly při vyhledávání odborných článků a výzkumů. Veškeré zdroje byly ocitovány dle citační normy ČSN ISO:690 a uvedeny v seznamu použité literatury.

7.1 Metody sběru dat

Pro šetření byla využita metoda kvantitativně orientovaného výzkumu, a to shromažďování dat pomocí dotazníků.

Dle Gavory (2000) je dotazník způsob písemného kladení otázek pro získání písemných odpovědí od většího množství respondentů. Skalková a kolektiv (1983) definují dotazník jako metodu, která se zakládá na dotazování jednotlivých osob a je vhodná pro masový sběr dat. Chráska (2007) popisuje dotazník jako soubor pečlivě

formulovaných otázek, které jsou předem připravené a systematicky uspořádané, na které dotazovaná osoba poskytuje písemné odpovědi.

V rámci šetření tedy vznikly dva polostrukturované dotazníky vlastní konstrukce, které byly vytvořeny výhradně pro tuto diplomovou práci. Otázky směřovaly k zjištění informovanosti služby Live-in asistence, která je čteně využívána ve Velké Británii, a získání dat o zájmu využívání této služby ze stran kvadruplegiků. Následně došlo k doplnění zmiňovaných informací sociálními pracovníky, u kterých byl zjišťován zájem o výkon této práce.

Pro získání první skupiny respondentů byla využita platforma sociálních sítí (Facebook), kde byl dotazník vytvořený v programu Survio umístěn a nasdílen do skupin stmelující pracovníky v sociálních službách. Druhý dotazník byl vytvořen taktéž v programu Survio, a byl umístěn on-line na stránkách různých společností, které sdružují osoby s kvadruplegií. Možnost vyplnění dotazníků byla v průběhu května roku 2023.

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro první šetření výzkumu diplomové práce bylo stanoveno 200 pracovníků v sociálních službách pracujících na území České republiky. Respondenti museli splňovat několik kritérií. Tato kritéria byla zvolena s cílem vybrat, co nejvhodnější vzorek respondentů pro výzkum. Cílová skupina byla vybrána z důvodu organizace služby osobní asistence mezi službami terénní sociální péče, dle § 39 zákona č. 108/2006 Sb. Zkušenosti sociálních pracovníků a osobní asistence mají mnoho podobností, ačkoli se jedná o různé profese. Sociální pracovníci se specializují na poskytování podpory a pomoci lidem, kteří se potýkají s různými sociálními, emocionálními a praktickými výzvami. Stejně tak se osobní asistence zaměřuje na podporu jednotlivců s různými typy omezení a pomáhá jim s každodenními činnostmi, mobilitou a zajištěním nezbytné péče. Z těchto důvodů byla cílová skupina dotazovaných volena ze stran sociálních pracovníků. Jedním ze stanovených kritérií bylo věkové rozmezí respondentů, a to ve věku 18-65 let.

Druhý sestavený dotazník byl určen pro osoby se stanovenou diagnózou míšňí léze, konkrétně kvadruplegie, ve věku 18-90 let. Pro výzkum byl stanoven počet 50 vrácených a vyplněných dotazníků, které by významně podpořili analýzu výsledků.

Oba dotazníky byly doplněny informovaným souhlasem, kde byly respondenti seznámeni s cílem a podmínkami výzkumu. Dotazovaní byli srozuměni s anonymním

zpracováním a následným použitím získaných dat. V rámci dotazování nebyla zjišťována žádná citlivá data, která by mohla být zneužita.

7.3 Metody zpracování dat

Analýza kvantitativních dat získaných z dotazníků byla provedena pomocí tabulek a grafů, zpracovaných v programu Excel, společnosti Microsoft Office. Zpracování dat bylo provedeno za pomoci absolutní a relativní četnosti u téměř všech dotazníkových otázek. Výjimkou se staly polytomické stupnicové otázky. Z těchto výsledků byly poté vyvozeny závěry pro výzkumné otázky.

8 Výsledky

8.1 Výsledky od sociálních pracovníků

Otázka č.1 Jste muž/žena?

V první části výsledků analýzy dat bude zpracován sběr dat od sociálních pracovníků. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 284 respondentů, z toho 278 žen ze všech krajů České republiky Tabulka 1. Z průzkumu vyplývá, že v sociálních službách je obecně větší zastoupení žen, jak mužů. Je to způsobeno vnímáním sociálních prací jako povolání typicky spojovaného s ženami. S tím je také spojena stereotypní představa ženské role, která zahrnuje péči o ostatní. Z toho vyplývá, že sociální pracovníci se neustále potýkají se stereotypními očekáváními, která vycházejí ze společenských představ a jsou spojena s jejich pohlavím. Tento postoj ovlivňuje jejich profesní výkon, způsob přístupu ke klientům a nadšení práci vykonávat. Genderové stereotypy provázejí celou oblast sociální práce na různých teoretických i metodologických úrovních, ve vztahu mezi klienty a sociálními pracovníky, v postojích, hodnotách, komunikaci a dalších aspektech sociální práce (Benešová, 2011) (Janebová, 2005) (Janebová, 2008).

Dle statistických údajů z roku 2010, kde je zjišťována zaměstnanost mužů a žen v různých pracovních odvětvích, pracuje v sociálních službách 12,9 % žen a 2,6 % mužů (ČSÚ, 2010).

Tabulka 1 Pohlaví respondentů pracujících v sociálních službách

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	6	97,9
Ženy	278	2,1
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.2 Kolik je Vám let?

Dotazníková otázka se týkala věku respondentů, konkrétně pracovníků v sociálních službách. Odpovědi byly rozděleny do dvou skupin pro lepší přehlednost (viz. *Tabulka 2*). Největší skupina odpovědí představovalo 85,2 % respondentů, relativní četnosti, celkem jde o 242 osob z celkového počtu 284 odpovědí. Tato skupina tedy zahrnovala respondenty v produktivním věku a to od 31-65 let. Druhá skupina odpovědí zahrnovala respondenty ve věku 18-30 let a představovala 14,8 % relativní četnosti, což odpovídá absolutnímu počtu 42 osob.

Z výsledků tedy vzešlo, že větší zastupující skupinou je skupina ve věku 31-65 let a to celých 242 osob. Ve věku 18-30 let dotazník vyplnilo pouze 42 respondentů. Věnování pozornosti fenoménu stárnutí pečujících osob je podle Horeckého a Průši (2020) důležité. V rámci sociálního sektoru v České republice tvoří věková skupina 50-64 let zhruba jednu třetinu všech pracovníků.

Tabulka 2 Věk respondentů pracujících v sociálních službách

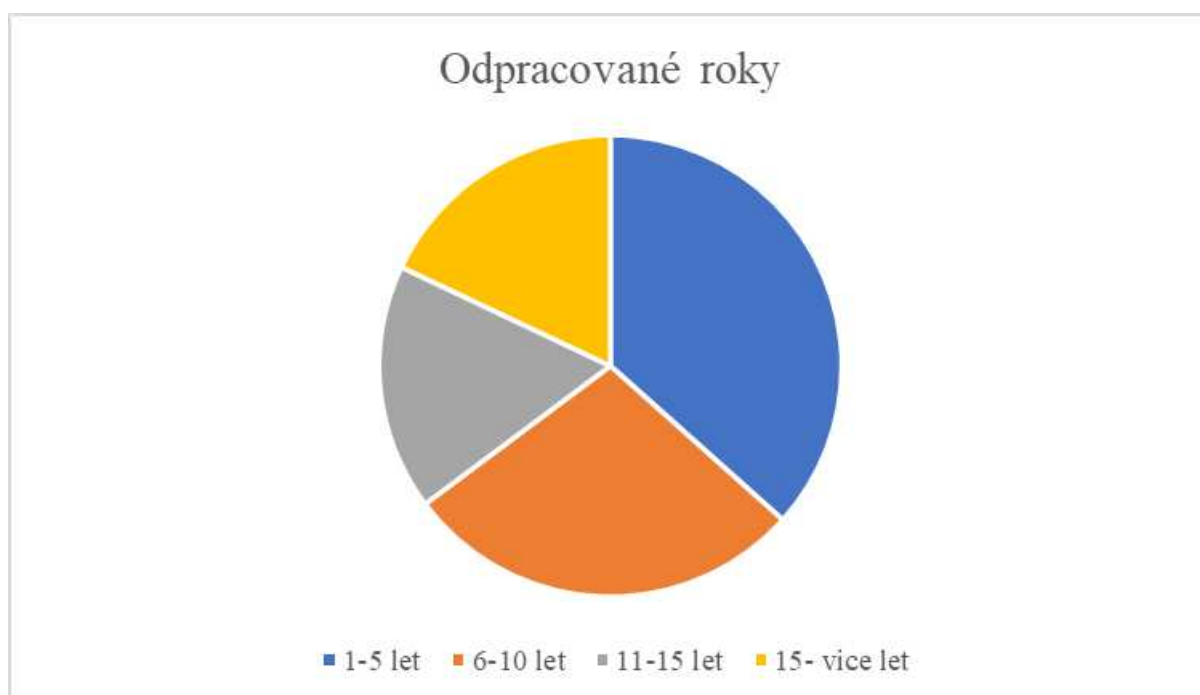
Věk respondentů pracujících v sociálních službách	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-30	42	14,8
31-65	242	85,2
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.3 Kolik let pracujete v sociálních službách

Z grafu číslo 1 (*Graf 1*) je možné zjistit, že největší skupinu tvoří ti, kteří pracují v sociálních službách 1-5 let, což tvoří 36,6 % respondentů. Z tohoto zjištění lze usoudit, že většina respondentů má relativně kratší pracovní zkušenost v oblasti sociálních služeb, přičemž menší podíl respondentů se specializuje na tuto práci již po delší dobu (11 let a více).

Graf 1 Odpracované roky



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.4 Kde pracujete?

Zjištěné údaje z dotazníku (viz *Tabulka 3*) ukazují, že respondenti pracují v různých zařízeních sociální péče. Níže je seznam různých pracovišť, která byla uvedena:

- V domově pro seniory
- V domově pro osoby se zdravotním postižením
- Domov se zvláštním režimem
- V terénní pečovatelské službě
- Chráněné bydlení
- Ve stacionáři
- V ambulantní sociální službě
- Na oddělení DZR (Dětské zdravotnické rehabilitace)
- V Dětském domově
- V adiktologické ambulanci
- V poradenském centru
- V azylovém domě
- V Odlehčovací službě
- V léčebně
- V ústavu pro mentálně a zdravotně postižené
- V ústavu sociální péče

Dotazník ukazuje, že respondenti pracují v různých zařízeních sociální péče, která se zaměřují na péči o seniory, osoby se zdravotním postižením, děti a další zranitelné skupiny. Tato rozmanitost pracovišť svědčí o širokém spektru služeb poskytovaných v oblasti sociální péče a o potřebě podpory různých skupin obyvatelstva. Pracovníci těchto zařízení hrají důležitou roli ve zlepšování kvality života klientů a poskytování jim potřebné péče a podpory.

Dle průzkumu MPSV z roku 2018 vyšla data, která poukazují na nejvyšší i nejvýraznější počet fungujících sociálních služeb v rámci domovů pro seniory v celé České republice. To je dvakrát více než kterákoliv jiná sociální služba, pomineme-li sociální poradny. Data z dotazníkovém šetření jsou tedy validní, když 45,5 % dotazovaných pracuje právě v domovech pro seniory.

Tabulka 3 Zařízení vykonávání práce

Místo vykonávání práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V domově pro seniory	129	45,5
V domově pro osoby se zdravotním postižením	50	17,6
Jiná...	49	17,3
V terénní pečovatelské službě	45	15,8
Ve stacionáři	8	2,8
V léčebně	2	0,7
Zdravotnická zařízení lůžkové péče	1	0,4
Celkově	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.5 V jakém kraji pracujete?

Podle poskytnutých údajů v tabulce č. 4 (*Tabulka 4*), která zobrazuje zastoupení pracovníků v sociálních službách podle jednotlivých krajů, lze provést následující zhodnocení.

Největší skupinou respondentů je z Ústeckého kraje s absolutní četností 39 a relativní četností 13,7 %. Moravskoslezský kraj následuje s 32 odpověďmi (11,3% relativní četností) a Středočeský kraj s 31 odpověďmi (10,9% relativní četností). Zastoupení respondentů z ostatních krajů se postupně snižuje, přičemž Karlovarský kraj má nejnižší zastoupení s 5 odpověďmi (1,8% relativní četností). Tato data poskytují informace o geografickém rozložení respondentů a pomáhají hodnotit zastoupení jednotlivých krajů v dotazníkovém vzorku.

Tabulka 4 Kraj v kterém jsou pracovníci zaměstnaní

Kraj zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ústecký kraj	39	13,7
Moravskoslezský kraj	32	11,3
Středočeský kraj	31	10,9
Jihomoravský kraj	26	9,2
Zlínský kraj	25	8,8
Kraj Vysočina	22	7,7
Olomoucký kraj	20	7
Praha	19	6,7
Jihočeský kraj	17	6

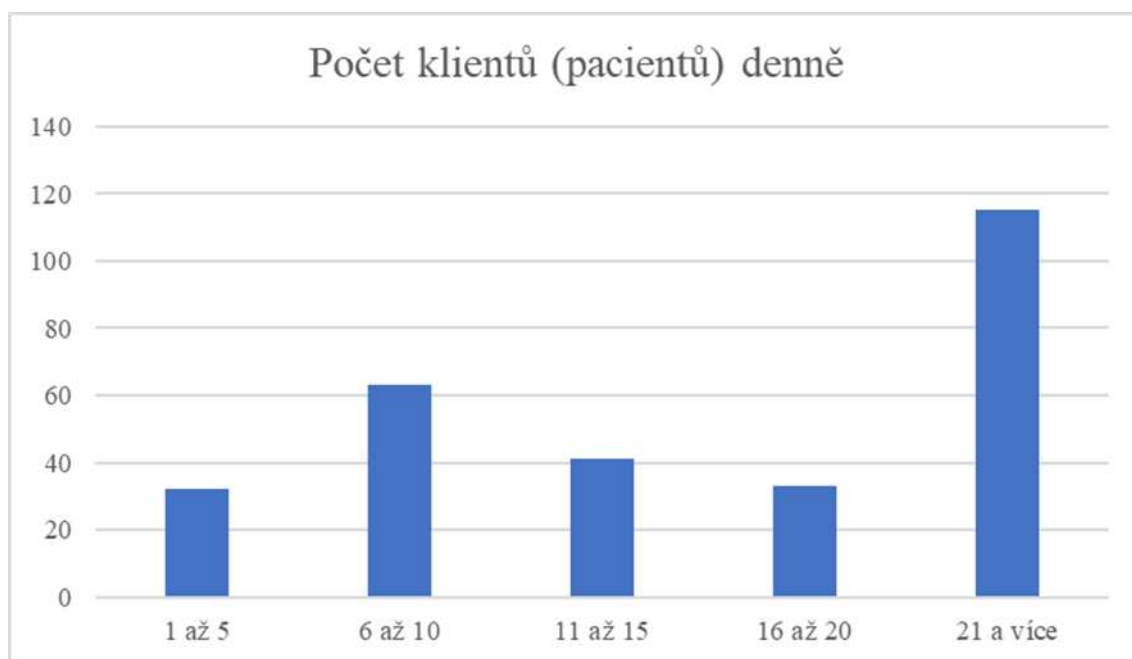
Pardubický kraj	16	5,6
Liberecký kraj	14	4,9
Královéhradecký kraj	10	3,5
Plzeňský kraj	8	2,8
Karlovarský kraj	5	1,8
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.6 O kolik klientů (pacientů) se denně staráte?

Celkem se dotazovaní starají o různý počet klientů denně, přičemž většina z nich (115 respondentů) se stará o 21 a více klientů denně. Další skupina respondentů (63 respondentů) se věnuje 6-10 klientům denně. Dále se vyskytují skupiny s 11-15 klienty (41 respondentů), 16-20 klienty (33 respondentů) a 1-5 klienty (32 respondentů). Je zde znázorněno, že sociální pracovníci mají různé rozsahy práce v závislosti na počtu klientů, o které se denně starají. Většina respondentů se vypořádává s vysokým počtem klientů, přičemž 21 a více klientů denně je běžným případem. To naznačuje vysokou zátěž a výzvy, kterým sociální pracovníci čelí při poskytování služeb a při péči o své klienty. Zároveň bylo zjištěno, že existuje skupina respondentů, kteří se starají o menší počet klientů, což může umožnit více individuální přístup a důkladnější péči. Autor práce by rád poukázal na důležitost individuality péče a časových možností asistentů u většiny diagnóz, která bohužel kapacitně není v České republice možná a velice chybí. Pokud respondenti pracují 8 hodin pracovní doby a mají na starost 21 pacientů (klientů), lze vypočítat přibližný čas na každého pacienta, který činí přibližně 23 minut.

Graf 2 Kolik klientů (pacientů) respondenti denně obstarají.



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.7 Jste spokojeni se svou prací?

Viz. Odpověď k otázce č.9

Otázka č.8 Uved'te, z jakých důvodů jste spokojeni se svou prací?

Viz. Odpověď k otázce č.9

Otázka č.9 Jakou byste uvítali změnu v rámci Vaší pracovní pozice?

Provedeno bylo zkoumání spokojenosti pracovníků v sociálních službách s jejich prací a důvody, které za tím stojí. Celkově 91 % oslovených vyjádřilo spokojenost se svou současnou pracovní pozicí. Dotazování odhalilo, že mnoho z nich pociťuje naplnění a uspokojení z možnosti pomáhat a podporovat lidi v náročných situacích. Často zmiňovaná byla také práce v týmech, kterou sociální pracovníci často vyhledávají. Mnozí z nich ocenili kolektivní prostředí mezi svými kolegy a klienty. Práce v oblasti sociální práce poskytuje příležitosti pro osobní růst a rozvoj. Naopak 9 % dotazovaných by rádo uvítalo změny v rámci pracovní pozice. Uváděli, že samotné zaměstnání je naplňuje, ale z mnoha důvodů se cítí nedocenení. Nejčastěji se vyjadřovali přání po lepším finančním ohodnocení a sociálním statutu. Dále si přáli mít na starost méně klientů, ideálně maximálně šest, případně posílit personál. Jedna respondentka uvedla: *“Doplnit*

adekvátní personál a posílit noční směny. Na nočních službách sloužím sama na 60 klientů vyžadujících komplexní ošetrovatelskou péči”. V mnoha případech byla uvedena nevhodná organizace práce a prostředí s malým množstvím pomůcek pro klienty. Jedna dotazovaná uvedla, že jako sociální pracovnice má malou možnost účastnit se školení, která by ji pomohla profesně se posunout, a tak zvýšit efektivitu práce. Uvedla, že by se ráda naučila účinně přesouvat klienty s různým typem postižení, a tak zároveň nepřetěžovala svá záda.

Tabulka 5 Spokojenost respondentů s aktuální prací

Spokojenost s prací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, jsem spokojená/ý	259	91,2
Ne, nejsem spokojená/ý	25	8,8
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.10 Máte pracovní zkušenost s péčí o osoby po míšním poranění?

Z výše zmíněných 284 respondentů má pouze 83 lidí pracovní zkušenost s diagnózou kvadruplegie (viz. *Tabulka 6*). 12 dotazovaných nemá ani teoretický náhled do problematiky diagnózy kvadruplegie.

Tabulka 6 Zkušenosti s prací o osoby s diagnostikovanou kvadruplegií

Zkušenost s prací o osoby s kvadruplegií	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, nemám zkušenost	189	66,5
Ano, zkušenost mám	83	29,2
Neznám zmiňovanou diagnózu	12	4,2
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.11 Myslíte si, že je osobám po poranění míchy v České republice nabízeno dostatek kvalitní péče?

Výsledky tohoto dotazníku (viz *Tabulka 6 a Tabulka 7*) odhalují závažnou situaci, které čelí lidé s diagnózou kvadruplegie. Je znepokojující, že z celkového počtu 83 respondentů, kteří mají pracovní zkušenost s touto diagnózou, podobný počet (84) také potvrdil nedostatečnou péči ze strany sociálních pracovníků, kteří by se měli starat o jejich potřeby. Tato zjištění ukazují na vážnou diskrepanci mezi potřebami a skutečnou podporou poskytovanou těmto jedincům. Je nezbytné, aby se tato otázka stala prioritou a aby byly vyvinuty efektivní mechanismy, které zajistí, že lidé s touto diagnózou budou mít přístup ke kvalitní péči a podpoře, která jim umožní plnohodnotný a samostatný život.

Tabulka 7 Nabízená kvalitní a dostatečná péče osobám s kvadruplegií

Nabízená kvalitní péče kvadruplegikům	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nevím	174	61,3
Ne, péče není kvalitní a dostatečná	84	29,6
Ano, péče je kvalitní a dostatečná	26	9,2
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.12 Myslíte si, že jsou časové možnosti nabízené klientům sociálními službami v České republice dostačující?

Z metodického pokynu Ministerstva práce a sociálních věcí ze dne 4. prosince 2006 vyplývá, že analýzou činností a časových snímků pracovníků v oblasti sociální péče byly prostřednictvím různých výzkumů a stanovisek národních i mezinárodních institucí zjištěny názory týkající se optimálního poměru mezi odbornými pracovníky a klienty v dávkovém systému. Těmito zjištěními se ukazuje, že jeden odborný pracovník by měl mít zhruba 50 až 150 klientů. Na základě dalších informací je možné vyvodit závěr, že hranice maximálně 100 až 150 klientů na jednoho pracovníka je mezní hodnotou, která umožňuje kvalitní plnění funkcí dávkového systému, včetně poskytování základních poradenských a zprostředkovatelských služeb osobám v materiální nouzi. Tato hranice byla také potvrzena samotnými pracovníky působícími v oblasti sociální péče (Wija, 2017).

V oblasti sociálních služeb dochází k poklesu celkového počtu pracovníků, přestože se zvyšuje náročnost ošetřování, věk a míra závislosti uživatelů pobytových sociálních služeb s komplexními potřebami, jak uvádí údaje Ministerstva práce a sociálních věcí. Vzhledem k očekávanému nárůstu populace nad 80 let a rostoucí poptávce v souvislosti se stárnutím početnějších poválečných generací, se zvyšuje potřeba dostupnosti různých profesí a interdisciplinárních, koordinovaných služeb. Především se však očekává další vzrůst poptávky po pracovnících v přímé péči v rámci sociálních a zdravotních služeb.

V současnosti se již projevuje nedostatek pracovníků v přímé péči, pečovatelek, pečovatelů, ošetřovatelek a ošetřovatelů v různých službách a regionech České republiky. Tato situace postihuje jak Českou republiku, tak i jiné ekonomicky rozvinuté země, které čelí problému zajištění kvalitní a kvalifikované péče a služeb pro osoby se sníženou soběstačností (Wija, 2017).

Pokud sociální pracovník nedostává dostatečný časový prostor, protože nejsou splněny optimální počty klientů, je dle mého názoru přetížen a není schopen se plně a individuálně věnovat klientům. Pan Jiřík (2019) uvedl, že by sociální pracovník měl věnovat více času klientům, jelikož to je podstatou zásadní pomoci.

Pokud výše zmíněné srovnáme s tabulkou číslo 8 (*Tabulka 8*), vyplynulo, že většina respondentů se domnívá, že časové možnosti nabízené klientům sociálními službami v České republice nejsou dostačující. Většina odpovědí naznačuje nedostatek časových možností, které by klientům umožnily získat dostatečnou péči nebo podporu. Tato otázka se úzce prolínala s tabulkou číslo 5, kde 8,8% respondentů nebylo spokojeno se svou prací. Často zmiňované bylo právě nízký počet zaměstnanců.

Tabulka 8 Časové možnosti sociálních pracovníků pro klienty

Časové možnosti sociálních pracovníků	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, nejsou dostačující	211	74,3
Ano, jsou dostačující	46	16,2
Nevím	27	9,5
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Přečtení textu o Live-in asistenci

V posledních letech se v Velké Británii upřednostňuje péče v přirozeném domácím prostředí jako alternativa k dlouhodobé institucionální péči. Vzniká řada institucí zaměřených na Live-in osobní asistenci, jako je například poskytovatel Origin – Source of Specialist Care for People with Spinal Injuries. Tato služba zaměstnává Live-in asistenty, kteří klientům v jejich domácím prostředí pomáhají dosáhnout co největší míry samostatnosti.

Před začátkem spolupráce dochází k pečlivému výběru klienta prostřednictvím videohovorů a osobních setkání. Pokud by asistent nebyl s asistencí spokojen, spolupráce může být okamžitě ukončena a je možné si vybrat nového klienta. Live-in asistenti jsou speciálně školeni a zaměřují se na klienty s míšními poraněními, aby byli schopni zvládat různé situace, které by mohly nastat.

Asistent se přestěhuje do volné místnosti v domě klienta, aby mohl poskytovat péči 6-10 hodin denně a být přítomen 24 hodin denně. Jedním z přínosů Live-in asistence je jejich schopnost být k dispozici během celého dne. Asistenti pracují na plný úvazek, například po dobu 3 týdnů, s následným týdenním volnem. Pracovní doba může být individuálně domluvena v závislosti na potřebách klienta i asistenta.

Základní náplň práce asistenta zahrnuje osobní péči (např. pomoc při mytí, koupání, oblékání, přesunech, péče o hygienu atd.), péči o domácnost (praní, žehlení, úklid, nákupy, jednoduchá údržba kompenzačních pomůcek) a doprovody do společnosti. Tato náplň práce se dále přizpůsobuje individuálním potřebám každého klienta.

Cílem sdělení tohoto textu (viz *Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.*) bylo seznámit probandy s konceptem Live-in asistence, poskytnout informace o možnostech péče v domácím prostředí a představit roli asistenta. Tím měli probandi získat dostatečné informace, na jejichž základě mohli následně dle svých názorů a zkušeností vyplňovat další otázky na toto téma.

Přečtěte si následující text o Live-in asistenci:

Ve Velké Británii se v posledních letech upřednostňuje péče v přirozeném domácím prostředí, jako alternativa dlouhodobé institucionální péče. Vzniká tedy mnoho institucí, které se zaměřují na tzv.: Live-in osobní asistenci. Takovou asistenci například zajišťuje poskytovatel Origin – Source of Specialist Care for People with Spinal Injuries. Služba Origin zaměstnává Live-in asistenty, kteří v domácím prostředí klienta pomáhají dosáhnout co nejvyšší míru soběstačnosti. Předem dochází k výběru klienta, dle videohovorů a osobního setkání. Při jakémkoliv negativním prožitku je možno spolupráci ihned rozvázat a je možnost vybrat si nového klienta. Live-in asistenti jsou speciálně a cíleně školení na klienty s míšním poraněním, tak aby si dokázali poradit s jakoukoliv vzniklou situací. Asistent se přestěhuje do volné místnosti v klientovo domě, tak aby mohl pečovat 6-10 hodin denně, ale bude přítomný 24 hodin denně. Přínosem Live-in asistence je „schopnost být v pohotovosti“ během dne. Stálí asistenti na plný úvazek pracují například 3 týdny s následným týdenním volnem. Lze pracovní dobu individuálně domlouvat, dle potřeb klienta i potřeb asistenta.

Základní náplň práce asistenta (následně dle potřeb klienta): Osobní péče (pomoc při mytí, koupání, oblékání, při přesunech, s vyprazdňováním, s péčí o vlasy/nehty atd), péče o domácnost (praní, žehlení, úklid, nakupování, jednoduchá údržba kompenzačních pomůcek) a doprovody do společnosti.

Otázka č.13 Je dle Vás tato forma osobní asistence pro lidi po poranění míchy potřebná?

Po přečtení textu, uvedlo necelých 96 % pracovníků v sociálních službách, potřebnost této služby. Na stránkách společnosti Origin je uvedeno několik hodnocení od klientů, kteří jsou s poskytovanou Live-in asistencí velice spokojeni. Graham uvedl: *"Když začal náš syn využívat osobních asistentů od společnosti Origin, všichni jsme pocítili, že jsme získali naše životy zpět. Osobní asistenti od Origin jsou spolehliví, klidní a mají zdravý rozum... navíc mají skvělý smysl pro humor, jsou mladí a velmi uvolnění, což bylo pro našeho syna důležité. Jako rodiče jsme se cítili s osobními asistenty od Origin velmi bezpečně. Společnost Origin se specializuje na péči o pacienty*

s poraněním míchy a služby poskytují v domácnosti. Asistenti jsou speciálně školení a systém funguje bezproblémově” (Origin, 2023). V následujících otázkách bylo zjišťováno, zda takto nastavený koncept práce by byli ochotni pracovníci v sociálních službách vykonávat, nebo naopak zda jsou spokojeni s jejich stávající prací.

Tabulka 9 Potřebnost Live-in asistence.

Potřebnost Live-in asistence.	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Ano, je potřebná	272	95,80
Ne, není potřebná	12	4,20
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.14 Nevadilo by Vám pracovat primárně s jedním klientem?

Jak bylo uvedeno výše, sociální pracovníci v rámci svých pracovních pozic nejčastěji pracují s 21 a více klienty denně. Celkem tak odpověděno 115 dotazovaných z celkového počtu 284. Pouhých 32 osob odpovědělo, že pracuje denně s 1-5 klienty (viz *Graf 2* Kolik klientů (pacientů) respondenti denně obstarají.). Bylo zjišťováno, zda by pracovníkům nevadilo pracovat primárně pouze s jedním klientem. Na základě poskytnutých odpovědí lze vyhodnotit, že většina respondentů (kromě několika výjimek) odpověděla, že by jim nevadilo pracovat primárně s jedním klientem. Práce pouze s jedním klientem je právě jedním z hlavních rozdílů v práci jako Live-in asistent. Tento koncept je založen na možnosti setrvat v domácím prostředí bezprostředně po úrazu a využít asistenta, který vypomůže s všedními denními činnostmi.

Tabulka 10 Práce pouze s jedním klientem

Práce s jedním klientem	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Ne, nevadilo	200	70,40
Ano, vadilo	84	29,60
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.15 Dovedli byste si představit pracovat až 21 dní, maximálně 10 hodin denně, s následným 7denním volnem? (V NEJHORŠÍM PŘÍPADĚ – denní doba by záležela na domluvě s klientem)

Většina respondentů (viz. *Tabulka 11*) odpověděla negativně na otázku: "Dovedli byste si představit pracovat až 21 dní, maximálně 10 hodin denně, s následným 7denním volnem?" Přibližně 30 % respondentů odpovědělo "Ano", zatímco přibližně 70 % odpovědělo "Ne". Je důležité podotknout, že tato otázka popisovala nejhorší možný scénář, který by v praxi nebyl nutně používán se všemi klienty. U asistence se můžeme s každým klientem individuálně dohodnout na pracovních dobách a časovém rozvržení v souladu s jejich potřebami a představami. Je však třeba si uvědomit, že tento koncept pracovní doby, kdy pracujeme až 10 hodin denně po dobu 21 dní s následným 7denním volnem, není v České republice příliš obvyklý. Většina lidí je zvyklá pracovat standardních 8 hodin denně, případně v některých odvětvích 12 hodin. Právě tento nestandardní přístup ke stanovení pracovní doby je jedním z faktorů, které dělají tuto asistenci unikátní.

Tabulka 11 Jiná pracovní doba

Pracovní doba 10 hodin denně 21 dní, s následným 7 denním volnem	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Ne	184	64,8
Ano	100	35,2
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.16 Líbila by se Vám práce s osobami po míšním poraněním?

Zjištění ukazují, že mezi pracovníky v sociálních službách existuje rozdílný stupeň informovanosti o péči o osoby po míšním poranění. Zatímco 130 dotazovaných (45,8% relativní četnost) uvedlo, že nezná diagnózu a neví, co všechno obnáší péče, 78 respondentů (27,5% relativní četnost) vyjádřilo zájem o práci s těmito osobami a 76 respondentů (26,8% relativní četnost) by se tato práce nelíbila.

Tato zjištění naznačují, že by se mělo zvýšit povědomí a nabídnout více informací pracovníkům v sociálních službách o této diagnóze. Je překvapivé, že tak vysoký počet respondentů nebyl obeznámen s touto diagnózou, zejména vzhledem k tomu, že většina pracovníků v sociálních službách vyžaduje určitý stupeň vzdělání.

Tabulka 12 Práce s pacienty po míšním poranění

Práce s pacienty po míšním poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neznám diagnózu. Nevím, co všechno obnáší péče.	130	45,80
Ano, práce by se mi líbila	78	27,50
Ne, práce by se mi nelíbila	76	26,80
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.17. Chtěli byste pracovat jako Live-in asistent, pokud by tato služba existovala v České republice?

Z odpovědí na naši dotazníkovou otázku ohledně zájmu pracovat jako Live-in asistent v České republice vyplývá, že většina respondentů (zhruba 63 %) se v tomto konceptu nevidí. Zájem o tuto službu vyjádřilo pouze asi 37 % dotázaných. Je zřejmé, že převažující názor je spíše negativní. Je třeba zohlednit různé faktory, které mohou ovlivnit tuto odpověď, jako jsou osobní preference, životní styl, rodinné závazky a další. Live-in asistence je specifickým způsobem poskytování péče, který vyžaduje, aby asistent žil a byl k dispozici u klienta po celou dobu poskytování služby.

Tabulka 13 Pracovat jako Live-in asistent

Pracovat jako Live-in asistent	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Ne	179	63
Ano	105	37
Celkem	284	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.18 Byli byste ochotní bydlet u klienta doma?

Tato otázka (viz *Tabulka 14*) se týkala ochoty sociálních pracovníků bydlet u klienta doma. Byla zodpovězena pouze respondenty, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku ohledně práce jako Live-in asistent. Celkem na tuto otázku odpovědělo 105 lidí.

Mezi naší osobní asistencí a Live-in asistencí existuje významný rozdíl, který spočívá v poskytování bydlení klientům v jejich vlastním domácím prostředí. V průzkumu zúčastněných respondentů se ukázalo, že pouze 17 z nich bylo neochotných bydlet u klienta doma, zatímco následujících 18 respondentů toto bydlení nepovažovalo za problém. Zároveň 70 z dotazovaných uvádělo, že by bydleli u klienta, ale v současnosti mají vlastní rodinu, bydlení nebo jiné závazky, které jim brání v přijetí nabídky na bydlení u klienta. Tyto závazky jsou tedy hlavním faktorem ovlivňujícím jejich rozhodnutí, a pokud by je neměli, rádi by přijali nabízené bydlení.

Výzkumná otázka č.3 se částečně potvrdila. 18 osob ze 105 dotazovaných uvedlo, že by u klienta doma bydleli. Dalších 70 pracovníků by taktéž bydlení uvítali, ale mají jiné závazky, které jim to nyní nedovolují.

Tabulka 14 Otevřenost sociálních pracovníků k bydlení v klientovo domácím prostředí.

Bydlení u klienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, ale již mám rodinu, vlastní bydlení, či jiné závazky. Za jiných okolností, bych mi nevadilo bydlet u klienta.	70	66,7
Ano	18	17,1
Ne	17	16,2
Celkem	105	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.19. Z jakých důvodů byste práci nechtěli vykonávat?

Polytomická stupnicová otázka v dotazníku zněla: "Z jakých důvodů byste práci nechtěli vykonávat?" Z odpovědí respondentů vyplývá, že 93 pracovníků je spokojeno se svou současnou prací. Dalších 84 respondentů by nechtělo žít u klienta a 67 respondentů by nechtělo pracovat s takovou pracovní dobou, jakou by vyžadovala live-in asistence. Z dalších odpovědí vyplývá, že 29 respondentů má pocit, že nemá dostatek zkušeností k vykonávání této práce. Zajímavé je také, že 11 respondentů by vůbec nechtělo pracovat s lidmi s míšním poraněním a 5 respondentům by nevyhovovala náplň práce. Další skupina 16 odpovědí jsou pracovníci, kteří uvedli další důvody, ze kterých vzešly zajímavé postřehy. Mnoho z nich uvedlo, že tato práce jim připadá vhodná pro mladistvé, bez závazků. Někteří dotazovaní také uvedli, že jsou už před důchodem nebo by práce byla fyzicky i psychicky příliš náročná z důvodu zdravotního stavu. Jedna respondentka uvedla, že by vyžadovala od rodiny pořízení speciálních pomůcek (zvedáky, přesouvací rampy, polohovací postel), tak aby nedocházelo k jejímu přetěžování.

Graf 3 Z jakých důvodů by pracovníci v sociálních službách nechtěli vykonávat Live-in asistenci, pokud by v České republice fungovala.



Zdroj: Vlastní zpracování

20. Co Vás na zmíněné pracovní pozici nejvíc zaujalo?

Při hodnocení otázky: "Co Vás na zmíněné pracovní pozici nejvíc zaujalo?" autor zaznamenal několik zajímavých odpovědí a poznatků. Mnoho respondentů upozornilo na individuální zaměření péče v rámci této pracovní pozice, která poskytuje optimální podporu jednomu konkrétnímu klientovi. *"Nejvíce mě zaujalo to, že bych měla jednoho klienta a s ním strávila "celý den", mohla bych se mu plně věnovat."* Výhodou je, že klient nemusí neustále vysvětlovat své schopnosti a omezení více asistentům. To vytváří lepší a osobnější vztah mezi klientem a asistentem, který je založen na důvěře a umožňuje lepší komunikaci. Respondenti také ocenili možnost změny asistenta nebo klienta v případě konfliktu nebo problémové situace. Je také velkou výhodou ze strany klienta, mít neustále svého asistenta poblíž a využít tak jeho služeb kdykoliv. Nezatěžuje tak rodinu, známé a je schopen žít samostatný a plnohodnotný život. Další respondentku zaujalo *"To, že se pečuje o člověka v jeho domácím prostředí. Není nutné, aby byl člověk umístěn v pobytové soc. službě – to je super. A snad tam naše společnost jednou taky dospěje."*

Ti, kteří neshledali Live-in asistenci jako zajímavou možnost, alespoň zmínili své vlastní nedostatky ve znalostech o míšním poranění a vyjádřili zájem o jejich doplnění.

Jedna respondentka přímo uvedla: *“Je to pomoc lidem. Z praxe vím, že lidé s poraněním míchy si většinou musí dopomoc sami, s rodinou. Asistenční služby mají tabulky, a časové omezení. Většinou neuspokojí potřeby klienta – jen ty základní potřeby. Víím, že většina těchto lidí hledá dopomoc soukromým oslovení pracovníků, a po domluvě si je platí sami. Takže tato pracovní pozice, by měla z mého pohledu uspokojit potřeby klienta, moc mě to zaujalo. I z osobních důvodů. Děkuji.”*

Další získaná odpověď na otázku: Co Vás na zmíněné pracovní pozici zaujalo: *“První, co mě napadlo bylo, že na tuto službu nejsme v naší republice zatím připraveni.”*

8.2 Výsledky od osob s kvadruplegií

Otázka č.1 Jste muž/žena?

Ve druhé části analýzy výsledků bude rozebrána další skupina respondentů. Tento soubor zahrnuje jedince ve věku 18-90 let, kteří mají diagnostikovanou kvadruplegii. Celkem se podařilo získat 42 odpovědí od respondentů (viz. *Tabulka 15*), z předpokládaného počtu 50 vrácených dotazníků. Na dotazník odpovědělo více mužů jak žen, konkrétně 29 mužů a 13 žen. Dle FNB (2023) v České republice každoročně utrpí poranění míchy 200 jedinců, přičemž 40 % z nich začíná svůj život na vozíku. Mezi těmito pacienty převažují muži, protože poměr mezi muži a ochrnutými ženami je 5:1. V autorově dotazování byl poměr poněkud rozdílný a dle výpočtů vycházel 5:2.

Tabulka 15 Počet respondentů s kvadruplegií rozdělených dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	29	69,05
Ženy	13	30,95
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.2 Kolik je Vám let?

V tabulce číslo 16 (*Tabulka 16*) je znázorněn věk respondentů. Věk byl pro lepší přehlednost rozdělen do tří skupin. První a zároveň nejstarší skupinou tvořily osoby starší 61 let, které měly v celkovém počtu 42 respondentů zastoupení pouze 2, což představuje 4,8 %. Naopak nejpočetnější skupinu představovaly osoby mezi 31-60 lety, které mají diagnostikovanou kvadruplegii v 31 případech a tvořili tak 73,8 %. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby mezi 18-30 lety s celkovým počtem 9 osob a relativní četností 21,4 %.

Tabulka 16 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-30	9	21,4
31-60	31	73,8
61-90	2	4,8
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.3 Kolik let jste po poranění míchy?

Nejvíce respondentů, konkrétně 35.7 %, uvedlo, že od svého úrazu míchy uplynulo 11-15 let. Tato skupina zahrnuje největší počet osob, které se nacházejí v tomto časovém rozmezí od úrazu. Další významnou skupinu tvoří odpovědi 16 a více let, které dosáhly relativní četnosti 26.2 %, jedná se o osoby nejdéle od úrazu. Relativní četnost odpovědí ve skupině 4-10 let činí 23.8 %. Tento časový úsek od úrazu míchy také zahrnuje značný počet respondentů. Nejnižší relativní četnost, 14.3 %, byla zaznamenána u odpovědi do 3 let. Tato kategorie zahrnuje osoby, které mají od svého úrazu míchy nejkratší dobu.

Nejvíce respondentů se nachází ve skupině 11-15 let, zatímco nejméně respondentů je v kategorii do 3 let.

Graf 4 Počet let po poranění míchy



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.4 Využíváte PLACENOU službu osobní asistence?

Z poskytnutých údajů (viz *Tabulka 17*) vyplývá, že z celkového počtu 42 kvadruplegiků, kteří byli zahrnuti v dotazníku, 73,8 % z nich nepoužívá placenou službu osobní asistence, zatímco 21,4 % osob ano. Tato statistika naznačuje, že většina kvadruplegiků se neobrací na placenou osobní asistenci a spoléhá na jiné způsoby podpory a péče.

Podle zjištění Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) z roku 2018 bylo zjištěno, že během tohoto roku celkem 9716 osob využilo oficiální služby poskytující osobní asistenci. Tento údaj naznačuje, že poptávka po osobní asistenci je v České republice vysoká. Zároveň je však důležité zdůraznit, že na druhé straně existuje pouze 5361 registrovaných osob vykonávajících osobní asistenci, k roku 2018. Tento rozdíl mezi počtem osob, které službu využívají, a počtem osob, které ji poskytují, ukazuje na potenciální nedostatek osobních asistentů v České republice. Tato situace vyvolává otázky týkající se dostupnosti a rozšíření služeb osobní asistence, zejména s ohledem na rostoucí poptávku. Je třeba zajistit dostatečnou podporu a financování této formy asistence, aby byla dostupná pro všechny potřebné osoby.

V rámci dotazování nebyli zahrnuti pouze oficiální zaměstnanci osobní asistence, ale také osoby, které si touto formou mohou přivydělávat, například studenti.

Tabulka 17 Využívání placené osobní asistence kvadruplegiky

Využívání placené osobní asistence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	24	73,8
Ano	18	21,4
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.5 Koho využíváte pro osobní asistenci?

Následující otázka byla směřována dotazovaným, kteří uvedli v otázce č.4, že osobní asistenci využívají. Cílem je zjistit kdo jim osobní asistenci zajišťuje, zda jsou se službou spokojení, či nikoliv. Následující tabulka (viz *Tabulka 18*) zpracovává data na otázku, koho kvadruplegici využívají na osobní asistenci. Celkem odpovídalo 18 respondentů a měli možnost zvolit více možných odpovědí. Z dotazníku vyplněného respondenty s kvadruplegií vyplývá, že pro osobní asistenci využívá 12 z nich pracovníky v sociálních službách. Osm respondentů se spoléhá na pomoc rodiny nebo přátel. Deset respondentů uvádí, že využívají služby studentů. Jeden respondent zvolil možnost "jiná" bez specifikace konkrétního typu služby.

Tabulka 18 Jakých služeb využívají kvadruplegici pro osobní asistenci

Koho využívají pro osobní asistenci	Absolutní četnost
Pracovníky v sociálních službách	12
Studenty	10
Rodinu/kamarády	8
Jiná	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.6 Z jakých důvodů nevyžíváte služeb osobní asistence?

V následujícím grafu (viz. *Graf 5*) jsou znázorněny odpovědi respondentů, z jakých důvodů nevyžívají osobní asistenci. Tato polytomická stupnicová otázka navazuje na otázku č.4, zda placenou službu využívají, či nikoliv. Celkem na tuto odpověď odpovídalo 24 respondentů a měli možnost volit více možných odpovědí. Z odpovědí 11 respondentů vyplývá, že tato forma péče není v jejich okolí dostupná. To znamená, že buď neexistují žádné služby osobní asistence v jejich regionu nebo jsou tak omezené, že neuspokojují jejich potřeby.

Dalších 11 respondentů odpovědělo, že nepotřebují placenou osobní asistenci. Tito lidé jsou pravděpodobně schopni se o sebe postarat sami, případně využívají pomoc rodiny. Na tuto problematiku bude autor navazovat v další otázce dotazníku.

Pro 7 respondentů je služba finančně náročná, což je další důvod, proč nevyžívají placenou osobní asistenci. Navzdory možné potřebě této péče si ji finančně nemohou dovolit.

Nikdo z respondentů neodpověděl, že žije v zařízení, kde je sociální a zdravotní péče zajištěna. To naznačuje, že tito lidé pravděpodobně žijí v domácím prostředí a nejsou nuceni vlivem svého úrazu jít do speciálních zařízení. Stejně tak nikdo nezaznamenal, že by o službě placené osobní asistence nikdy neslyšel. To naznačuje, že respondentům je tato možnost známá, i když ji sami nevyžívají.

Graf 5 Důvody nevyužívání osobní asistence



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.7 Na jaké činnosti si osobní asistenci nejčastěji zajišťuje?

Tato polytomicky stupnicová otázka navazuje na otázku č.5. Z výsledků vyplývá (viz. Graf 6), že nejčastěji dotazované osoby potřebují pomoc při zvládnání běžných denních činností, které jsou součástí každodenního života a se kterými se potýkají. Jedná se například o sebesycení, vyprazdňování, osobní hygienu, oblékání a přesuny. Tuto potřebu vyjádřilo 16 respondentů, z celkového počtu 18 dotazovaných. Což je dle statistiky 88,9 % dotazovaných.

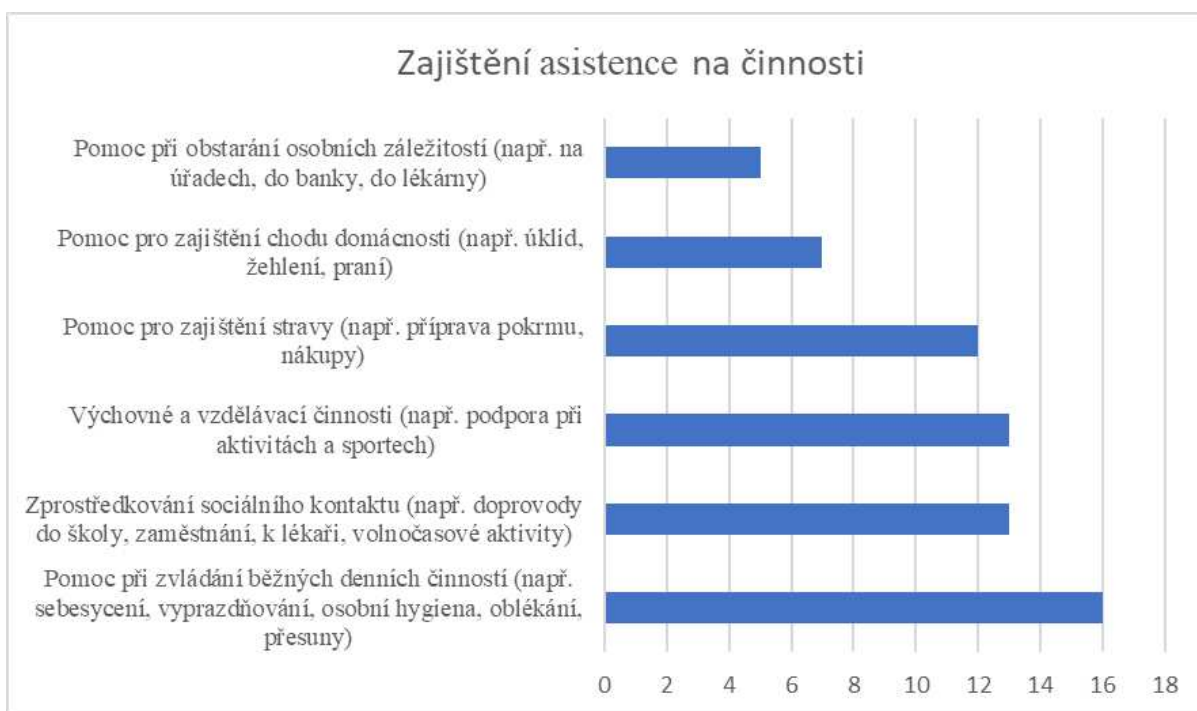
Další častou potřebou je zprostředkování sociálního kontaktu. Osoby s kvadruplegií potřebují pomoc při doprovodech do školy, zaměstnání, k lékaři a při volnočasových aktivitách. Tuto pomoc potřebuje 13 odpovídajících respondentů.

Výchovné a vzdělávací činnosti také představují důležitou oblast, při které osoby s kvadruplegií potřebují asistenci. Stejně jako předchozí kategorie, i tato potřeba byla vyjádřena 13 respondenty.

Pomoc pro zajištění stravy, jako je příprava jídla a nákupy, byla uvedena 12 respondenty. Pomoc pro zajištění chodu domácnosti, včetně úklidu, žehlení a praní, byla potřeba pro 7 respondentů. Pomoc při obstarání osobních záležitostí, například na úřadech, v bance nebo v lékárně, byla uvedena 5 respondenty.

Z výsledků je zřejmé, že v případě využívání osobní asistence ze strany kvadruplegika, je služba využívána na většinu zmíněných aktivit. Výrazněji pro základní pomoc při zvládnání běžných denních činnostech.

Graf 6 Nejčastější využívané činnosti poskytované osobním asistentem



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.8 Jak zvládáte činnosti v každodenním životě?

Tato otázka byla položena respondentům, kteří nevyužívají osobní asistenci, s cílem zjistit, zda je důvodem nevyužívání především jejich soběstačnost, nebo zda preferují pomoc rodinných příslušníků. Z 24 respondentů s kvadruplegií, kteří nevyužívají osobní asistenci z různých důvodů, následovala v dotazníku další otázka, týkající se jejich schopnosti zvládat každodenní činnosti (viz. *Tabulka 19*). Z celkového počtu odpovědí 20 respondentů uvedlo, že se spoléhají na pomoc rodinných příslušníků. Dalších 10 respondentů odpovědělo, že jsou částečně nebo plně soběstační, což zahrnuje schopnost samostatně se oblékat, samostatné sebesycení a zvládnání hygienických potřeb.

Tabulka 19 Zvládání každodenních činností

Zvládání činností v každodenním životě	Absolutní četnost
Využívám rodinné příslušníky	20
Jsem částečně/plně soběstačný/á (např. zvládnou se samostatně obléknout, najíst, vyprázdnit se)	10
Jiná ...	0
Využívám služeb pracovníků v zařízení, kde žiji	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.9 Vyhovuje Vám asistence, kterou využíváte?

Další otázka v dotazníku se týkala spokojenosti respondentů s poskytovanou asistencí, kterou využívají (viz. *Tabulka 20*). Na tuto otázku odpovědělo celkem 18 respondentů. Z těchto respondentů 10 (relativní četnost 55,6 %) uvedlo, že jim asistence vyhovuje. To naznačuje, že většina z nich je spokojena se službami poskytovanými osobní asistencí. Na druhou stranu, 8 respondentů (relativní četnost 44,4 %) odpovědělo, že jim asistence nevyhovuje.

Tabulka 20 Spokojenost s využívanou asistencí

Spokojenost s využívanou asistencí	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Ano, jsem spokojen/a	10	55,6
Ne, nejsem spokojen/a	8	44,4
Celkem	18	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.10 Co byste uvedli jako pozitiva u Vámi využívané osobní asistence?

Otázka navazuje na kladnou odpověď v otázce číslo 9. Respondenti uvedli několik pozitivních aspektů, které vnímají ve využívané osobní asistenci. Data jsou znázorněny v tabulce 21 (*Tabulka 21*). Kvalita odvedené práce byla zmíněna v 6 odpovědích. Tento faktor naznačuje, že respondenti oceňují profesionalitu a spolehlivost svých osobních asistentů a jsou spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb.

Časové možnosti osobních asistentů nebo osobního asistenta byly rovněž zmíněny ve 4 odpovědích. Tento aspekt naznačuje, že respondenti si cení flexibilního a dostupného harmonogramu asistentů, který jim umožňuje plánovat péči podle svých individuálních potřeb.

Příznivá cena za poskytované služby byla také oceněna 4 respondenty. Tato odpověď naznačuje, že respondenti si uvědomují výhodnost finančních nákladů spojených s osobní asistencí a vnímají je jako adekvátní kvalitě a přínosu, který jim poskytuje.

Tři respondenti uvedli "jiná" pozitiva, která nebyla blíže specifikována. Tato odpověď může zahrnovat individuální aspekty, které jsou pro tyto respondenty důležité, a které nebyly přímo zahrnuty v předchozích kategoriích.

Tabulka 21 Pozitiva využívané asistence

Pozitiva využívané asistence	Absolutní hodnota
Kvalita odvedené práce	6
Časové možnosti osobních asistentů/osobního asistenta	4
Příznivá cena za službu	4
Jiná	3

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka 11 Z jakých důvodů jste nespokojeni s využíváním osobní asistence?

V otázce číslo 11 se naopak věnujeme záporné odpovědi z předešlé otázky číslo 9. V otázce 11 jste se ptali respondentů, kteří využívají osobní asistenci, na důvody jejich nespokojenosti s touto službou a z odpovědi vyplývá:

Všech 8 respondentů (viz *Tabulka 22*) uvedlo nedostatečné časové možnosti jako hlavní důvod nespokojenosti. To znamená, že nejsou spokojeni s dostupností času, ve kterém je jim poskytována osobní asistence, nebo mají omezený přístup ke službám v době, která by pro ně byla nejvhodnější. Šest respondentů zmínilo nedostatečnou kvalifikaci a zaučení jako důvod nespokojenosti. Tento faktor ukazuje na nedostatečnou odbornost nebo schopnosti poskytovaného osobního asistenta. Jeden respondent uvedl "jiná" jako důvod nespokojenosti, ale tato odpověď nebyla blíže specifikována, takže není možné konkrétně určit, o jaký aspekt se jedná.

Je zajímavé, že žádný z respondentů nezmiňuje finanční náročnost jako důvod nespokojenosti s osobní asistencí. Tento fakt se liší od pozitivních aspektů uvedených v otázce 10, kde někteří respondenti výslovně ocenili příznivou cenu za poskytované služby.

Při srovnání výsledků otázky 11 s otázkou 10 lze pozorovat určitý rozpor. Zatímco v otázce 10 byli respondenti spokojeni s kvalitou odvedené práce, časovými možnostmi a příznivou cenou osobní asistence, v otázce 11 se objevují negativní odpovědi týkající

se nedostatečných časových možností a nedostatečné kvalifikace a zaučení asistentů. Toto rozporování může být ovlivněno typem osobní asistence, kterou respondenti využívají. Jedná-li se o sebeurčující osobní asistenci, klient si řídí asistenta samostatně a dle svých individuálních potřeb. Jedná-li se naopak o řízenou asistenci, klient si již nemůže koordinovat činnost asistenta. V tomto případě může vzniknout problém a nespokojenost klienta.

Dalším faktorem, který může ovlivnit rozdílné názory respondentů, je místo bydliště. Respondenti s kvadruplegií žijící v Praze mohou mít větší možnost výběru osobních asistentů a tím i lepší přizpůsobení vlastním potřebám.

Tabulka 22 Nespokojenost s osobní asistencí

Nespokojenost s osobní asistencí	Absolutní hodnota
Nemají dostatečné časové možnosti	8
Nejsou dostatečně kvalifikováni a zaučení	6
Jiná ...	1
Je finančně náročná	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.12 Kolik hodin týdně u Vás stráví osobní asistent?

V dotazníku pro kvadruplegiky se autor dále ptal na množství hodin týdně, které stráví osobní asistent s jednotlivými respondenty. Tato otázka navazovala na předchozí otázku č. 10, která doplňovala informace o využívané osobní asistenci. Celkem na tuto otázku odpovědělo 18 respondentů a měli možnost vybrat pouze jednu odpověď.

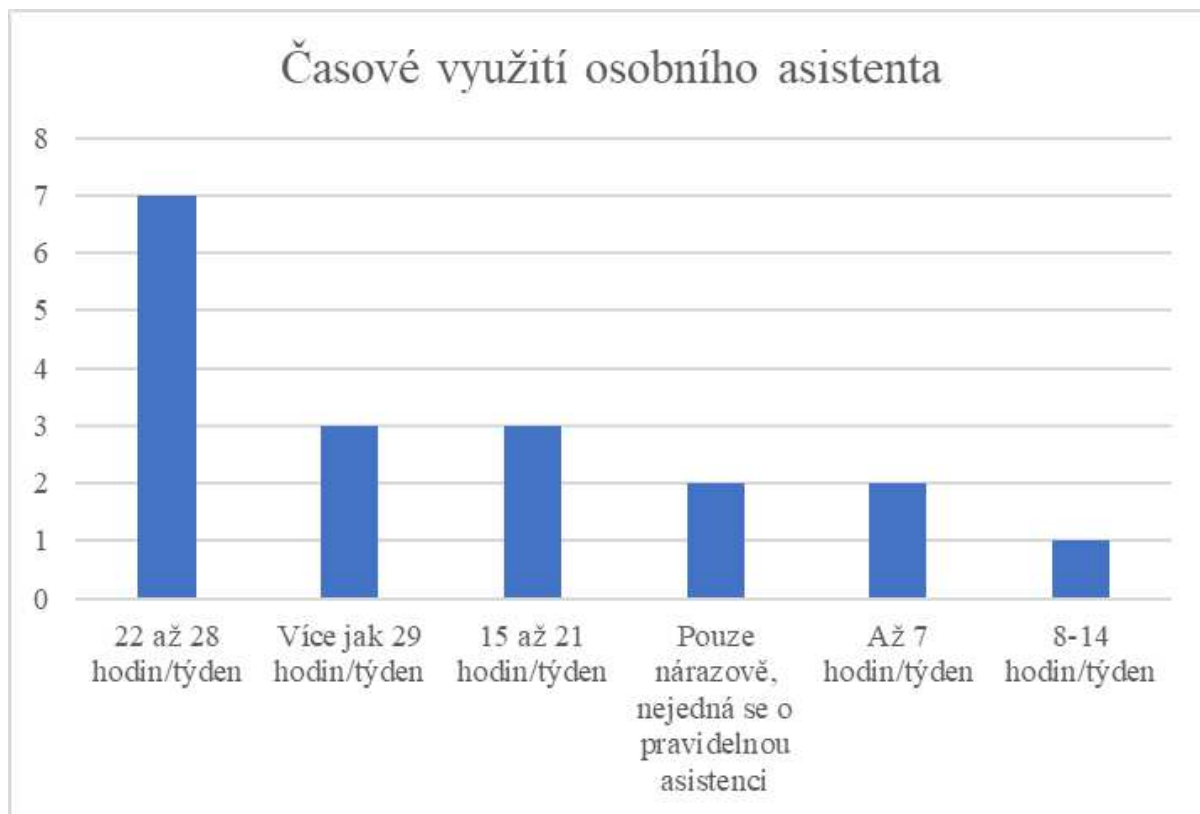
Ze zjištění vyplynulo, že nejčastěji si dotazovaní zajišťují asistenci v rozmezí 22 až 28 hodin týdně, což odpovídá odpovědím 7 respondentů (viz *Graf 7*). Toto časové rozpětí představuje 38,9% relativní četnost. Na druhém místě se umístily odpovědi s více než 29 hodinami týdně a s 15 až 21 hodinami týdně, přičemž obě tyto odpovědi získaly

3 respondentů. Tato časová rozpětí představují relativní četnost 16,7 %. Dále, 2 osoby zvolily dobu až 7 hodin týdně, což naznačuje, že preferují kratší množství osobní asistence. Další dvě osoby uvedly, že asistenci využívají nárazově, nikoli pravidelně. V obou těchto případech se relativní četnost pohybuje kolem 11,1 %. Nejnižší relativní četnost, 5,6 %, představuje odpověď jednoho respondenta, který uvedl, že využívá asistenci v rozmezí 8 až 14 hodin týdně.

Z těchto výsledků lze vyvodit, že nejčastěji dotazovaní využívají osobní asistenci v rozmezí 22 až 28 hodin týdně.

Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s., požádala uživatele terénních sociálních služeb osobní asistence o vyplnění dotazníku. Dotazník byl zodpovězen 39 respondenty v období od 24. dubna do 20. června 2018 a zahrnoval zástupce všech krajů České republiky. Z výsledků dotazníku vyplývá, že osobní asistence je nejčastěji využívána v ranních hodinách, odpoledne a v poledne. Naopak večerní hodiny ukazují nejnižší míru využití této služby. Tato skutečnost naznačuje, že večerní poskytování osobní asistence není v praxi příliš dostupné, což je potvrzeno i dalšími odpověďmi respondentů. Nedostatečné pokrytí osobní asistence ve večerních hodinách a o víkendech je citováno jako důvod, proč je tato služba méně využívána.

Graf 7 Časové využití osobního asistenta



Zdroj: Vlastní zpracování

Přečtěte si následující text.

Text měl probandům představit koncept Live-in asistence, poskytnout jim informace o možnostech péče v domácím prostředí a vysvětlit roli asistenta. Jeho cílem bylo, aby probandové získali dostatečné informace, které by jim umožnily vyjádřit své názory a zkušenosti při odpovídání na další otázky týkající se tohoto tématu.

Přečtěte si následující text o Live-in asistenci.

Ve Velké Británii se v posledních letech upřednostňuje péče v přirozeném domácím prostředí, jako alternativa dlouhodobé institucionální péče. Vzniká tedy mnoho institucí, které se zaměřují na tzv.: Live-in asistenci. Takovou asistenci například zajišťuje poskytovatel Origin – Source of Specialist Care for People with Spinal Injuries. Služba Origin Vám zajistí Live-in asistenta, který Vám v domácím prostředí pomůže dosáhnout k co nejvyšší míře soběstačnosti. Klient si sám dle požadavků a sympatií vybere svého asistenta a individuálně si s ním domlouvá časové požadavky, a náplň asistence. Nabízení asistenti jsou speciálně školení na klienty s míšním poraněním, tak aby si dokázali poradit s jakoukoliv vzniklou situací. Asistent se přestěhuje do volné místnosti v klientovo domě, tak aby mohl pečovat 6-10 hodin denně, ale bude přítomný 24 hodin denně. Přínosem Live-in asistence je „schopnost být v pohotovosti“ během dne. Stálí asistenti na plný úvazek pracují například 3 týdny s následným týdenním volnem. Lze pracovní dobu individuálně domlouvat, dle potřeb klienta i potřeb asistenta.

Otázka č.14 Slyšeli jste někdy (před přečtením) o Live-in asistenci?

Tato otázka byla položena celkem 42 respondentům. Z výsledků v tabulce 23 (*Tabulka 23*) vyplývá, že 38 respondentů, což představuje relativní četnost 90,5 %, nikdy neslyšelo o konceptu Live-in asistence. Pouze 4 respondenti, což odpovídá relativní četnosti 9,5 %, uvedli, že o této službě někdy dříve slyšeli. Tato skutečnost naznačuje, že v České republice je tento koncept Live-in asistence neznámý a v povědomí lidí není široce rozšířený. Přestože je tato služba běžně využívána osobami s kvadruplegií ve Velké Británii

Tabulka 23 Povědomí o Live-in asistenci

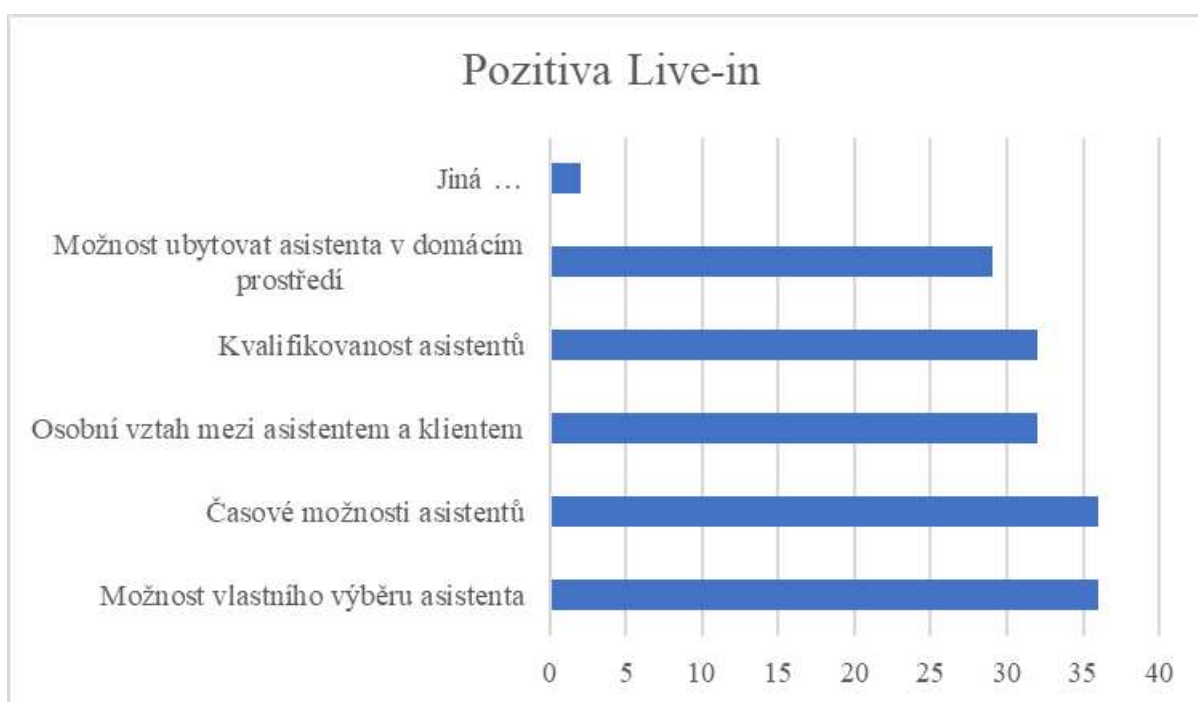
Povědomí o Live-in asistenci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, o Live-in asistenci jsem neslyšel/a	38	90,5
Ano, dříve jsem o Live-in slyšel/a	4	9,5
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.15 Jaké shledáváte pozitiva na zmíněné Live-in asistenci?

Během průzkumu zaměřeného na live-in asistenci u osob s kvadruplegií byla zkoumána pozitiva této formy péče. Zároveň jsou zde obsaženy odpovědi na výzkumnou otázku č. 5, která se týkala pozitiv poskytované péče o kvadruplegiky ve Velké Británii z pohledu kvadruplegika využívajícího osobní asistenci v České republice. Nejvíce dotazovanými (celkem 36) byla uváděna možnost vlastního výběru asistenta, jak je zobrazeno v grafu č.8 (*Graf 8*). Tento fakt umožňuje kvadruplegikům najít asistenta, který nejlépe vyhovuje jejich potřebám a se kterým mohou navázat důvěrný vztah. Stejný počet respondentů také zdůraznilo výhodu časové flexibility asistentů, což umožňuje lepší přizpůsobení péče individuálním potřebám kvadruplegiků. Mezi často zmiňovanými pozitivy bylo také budování osobního vztahu mezi asistentem a klientem, což přispívá k vzájemnému porozumění a efektivní spolupráci. Respondenti také ocenili zajištění kvalifikovanosti asistentů, které přináší jistotu odborné péče a podpory pro kvadruplegiky. Dalším pozitivem, které zmínilo 26 respondentů, byla možnost ubytování asistenta v domácím prostředí, která přináší pohodlí, komfort a pocit bezpečí pro kvadruplegiky.

Graf 8 Pozitiva Live-in



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.16 Vadilo by Vám poskytnout asistentovi bydlení ve svém domě/bytě?

Tato otázka byla klíčová z důvodu, že představuje hlavní rozdíl mezi live-in asistencí a osobní asistencí fungující v České republice. Celkem na tuto otázku odpovědělo 42 osob s kvadruplegií (viz *Tabulka 24*), z nichž 39, tedy relativní četnost 92,9 %, uvedlo, že by jim nevadilo poskytnout asistentovi bydlení. Pouze 3 osoby (relativní četnost 7,1 %) by odmítly sdílet své bydlení s asistentem.

Tabulka 24 Poskytnutí bydlení asistentovi

Poskytnutí bydlení asistentovi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, nevadilo by mi poskytnout bydlení	39	92,9
Ano, vadilo by mi poskytnout bydlení	3	7,1
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.17 Z jakých důvodů by Vám vadilo poskytnout asistentovi bydlení?

Otázka 17 je pokračováním předchozí otázky číslo 16. Na tuto otázku odpověděli pouze 3 respondenti, kteří v předchozí otázce 16 vyjádřili nesouhlas s poskytnutím bydlení asistentovi. Dva z těchto respondentů uvedli, že hlavním důvodem pro jejich rozhodnutí je skutečnost, že nechtějí sdílet své bydlení s nikým jiným. Třetí respondent zmínil, že nemá žádné volné prostory v bytě nebo domě, které by mohl poskytnout asistentovi. Nicméně, tento dotazovaný ne zvolil možnost, která byla nabízena: "Nemám prostory, ale pokud bych měl/a službu, využil/a bych ji."

Tabulka 25 Důvody neposkytnutí bydlení asistentovi

Důvody neposkytnutí bydlení asistentovi	Absolutní četnost
Nechci s nikým sdílet své bydlení	2
Nemám volné prostory v bytě/domě	1
Nemám prostory, ale kdybych měl/a službu bych využil/a	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.18 Měli byste v místě Vašeho bydliště prostor, kde by měl Live-in asistent své zázemí a soukromí?

Následující otázka je zaměřena na doplnění pro respondenty, kteří v předchozí otázce číslo 16 uvedli, že by jim nevadilo poskytnout bydlení ve vlastním domě nebo bytě. Podle Ministerstva pro místní rozvoj České republiky (2019) bydlí 47,5 % obyvatel v bytových domech a 37,7 % obyvatel v rodinných domech. Z těchto důvodů nebylo předpokládáno, že by dotazovaní měli dostatek prostoru pro případné ubytování asistenta.

Z výsledků dotazníku (viz *Tabulka 26*) vyplývá, že 24 dotazovaných disponuje prostory, ve kterých by asistent měl své zázemí a soukromí. Devět respondentů uvedlo, že v případě fungování služby by se pokusili najít vhodnější bydlení. Nejnižší počet odpovědí zaznamenala skupina šesti dotazovaných, kteří uvedli, že by takové prostory neměli k dispozici.

Tabulka 26 Volné prostory pro asistenta

Volné prostory pro asistenta	Absolutní četnost
Ano	24
Ne, ale v případě fungování služby bych si zkusil/a sehnat jiné bydlení	9
Ne	6

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.19 Pokud by tato specializovaná Live-in asistence byla dostupná v České republice, využili byste jejich služeb?

Následující otázka byla adresována všem respondentům, kteří vyplnili dotazník. Tato otázka nám poskytne odpovědi na to, zda by zkoumaná skupina, která je v mnoha případech závislá na pomoci, projevila zájem o Live-in asistenci, pokud by tato služba začala fungovat v České republice. Jak je znázorněno v tabulce 27 z celkového počtu 42 respondentů odpovědělo 34 osob, což představuje relativní četnost 81 %, že by tuto službu využili. Pouze 8 respondentů, tedy relativní četnost 19 %, projevilo nezájem o tuto službu.

Tabulka 27 Využili by kvadruplegici v ČR služeb Live-in asistence

Využili by kvadruplegici v ČR služeb Live-in asistence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	34	81
Ne	8	19
Celkem	42	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.20 Který typ poskytované Live-in asistence byste využili?

Otázka se týkala respondentů, kteří ve svých odpovědích na otázku č. 19 projeví zájem o využití Live-in asistence v případě jejího fungování v České republice. Celkem 34 respondentů vyplnilo tuto otázku (viz. *Tabulka 28*). Z této skupiny by 14 respondentů využívalo každodenní péči. Další skupina 12 respondentů by službu využívala 4-6 dní v týdnu. Skupina 7 respondentů by asistenta využívala 1-3 dny v týdnu. Možnost využití odlehčovací služby pouze na několik dní v měsíci ne zvolil žádný z respondentů. Jeden z respondentů uvedl, že by využil odlehčovací službu na několik dní v roce.

Tabulka 28 Typ Live-in asistence, který by osoby s kvadruplegií využívali

Typ Live-in asistence který by osoby s kvadruplegií využívali	Absolutní četnost
Každodenní péče	14
4-6 dní v týdnu	12
1-3 dny v týdnu	7
Odlehčovací služba – pouze několik dní v roce	1
Odlehčovací služba – pouze několik dní v měsíci	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.21 Z jakých důvodů byste službu nevyužili?

V rámci této otázky se zjišťovalo, z jakých konkrétních důvodů by kvadruplegici nikdy nevyužili službu Live-in asistence. Respondenti měli možnost volit z více odpovědí. Celkem 4 respondenti zvolilo možnost "jiná" jako odpověď, avšak nespécifikovali konkrétní důvody, proč by tuto službu nechtěli využít. Dvě z těchto osob uvedly, že jsou spokojeni se svou stávající osobní asistencí a nechtějí ji měnit. Další dva

respondenti nepotřebují žádnou další službu, protože jsou plně soběstačný. Jeden respondent pak uvedl, že i nadále bude využívat pomoc rodinných příslušníků.

Tabulka 29 Důvody nevyužívání služby

Důvody nevyužívání služby	Absolutní četnost
Jiná ...	4
Jsem spokojený/á se svou využívanou osobní asistencí, nechtěl/a bych měnit	2
Nepotřebuji ji, jsem plně soběstačný/á	2
Budu nadále využívat rodinné příslušníky	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č.22 I když byste o službu neměli zájem, myslíte si, že je pro kvadruplegiky lépe nastavena než současná osobní asistence v České republice?

I přes uvedené důvody pro případné nevyužití služby Live-in asistence byla v otázce číslo 21 zkoumána také její srovnání s existující osobní asistencí v České republice. Z 8 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli (viz *Tabulka 30*), 4 z nich uvedlo, že služba Live-in asistence je lépe nastavena, představuje tak 50% relativní četnosti. Dva dotazovaní (25% relativní četnost) vnímají obě služby jako stejně dobře nastavené, zatímco jeden respondent neví, jaký je rozdíl. Nalezl se také jeden respondent, kterému se více líbí současný model osobní asistence fungující v České republice.

Tabulka 30 Je Live-in lépe nastavena oproti osobní asistenci v ČR

Je Live-in lépe nastavena oproti osobní asistenci v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, Live-in je lépe nastavena	4	50
Přijde mi to stejné	2	25
Nevím	1	12,5
Lépe nastavena je osobní asistence v České republice	1	12,5
Celkem	8	100

Zdroj: Vlastní zpracování

9 Diskuze

V České republice dojde průměrně každý rok ke vzniku zhruba 250 míšním postižením, z toho je asi 25 % lokalizováno v oblasti krční páteře (Chrobok, Prokop, 2006). Podle statistiky České společnosti pro míšní léze (2022) bylo v roce 2021 zaznamenáno celkem 288 osob s míšním poraněním, z nichž 148 mělo poranění v oblasti C páteře. Lidé po poranění míchy v krční oblasti stráví v nemocnici a rehabilitačních ústavech zhruba 36 týdnů, kde je zajištěna veškerá zdravotní a sociální péče (Kříž, 2009). Po návratu do domácího prostředí se kvadruplegik potřebuje adaptovat na jiná denní režimová opatření v nepřizpůsobeném a mnohdy bariérovém prostředí. *“Závislost na pomoci zvyšují bariéry prostředí, a proto je dobré překážky co nejdříve vyřešit.”* (Ústecký kraj, 2020). Je třeba si zvyknout na odlišnou fyzickou zátěž a celkovou změnu životního stylu (Czepa, 2012). Roku 2018 Česká asociace paraplegiků provedla výzkum, kde bylo zjištěno, že 70 % takovýchto osob využívá osobní asistenci. Dle výzkumu v diplomové práci využívá osobní asistenci 73,8 % dotazovaných.

Dle dat MPSV lze vyhledat, že roku 2018, bylo k dispozici v rámci celé české republiky 5361 osobních asistentů a 8612 osob s různým typem postižení aktivně využívalo služeb osobního asistenta. Mezi tyto lidi jsou řazeni jak lidé, kteří potřebují plně řízenou asistenci, tak osoby, které využívají osobní asistenci na jednoduché interpersonální denní činnosti. Samotná čísla nám poskytují určitý přehled o dostupnosti osobních asistentů a jejich využití. S ohledem na počet osobních asistentů ve srovnání s počtem osob s postižením, se lze ptát, zda je takový počet dostačující. Jednoduchá matematická analýza nám ukazuje, že dle výsledků dat průměrně připadá na každého osobního asistenta přibližně 1,6 osob s postižením, které aktivně využívají jejich služeb. Tento poměr naznačuje, že každý osobní asistent musí poskytovat péči a podporu více než jedné osobě s postižením. Tato data by mohla poukazovat na dostatečný počet osobních asistentů s časovou flexibilitou.

Erik Čipera, ředitel Asistence o.p.s (2020) uvádí, že v posledních letech enormně narůstá zájem o osobní asistenci. Společnost aktuálně poskytuje služby pro přibližně sto klientů, a dalších sto klientů je na čekací listině. I přes rozšíření kapacity z pěti tisíc na padesát tisíc hodin asistence stále existuje nedostatek poskytované péče. Finanční

prostředky a nedostatek asistentů jsou hlavní omezení. Tato informace naznačuje, že i když uváděná data z MPSV by mohla poukazovat na dostatek osobních asistentů, nezahrnují osoby, které stále čekají na osobní asistenci a nemají přístup k této službě. Finanční prostředky a nedostatek asistentů ovlivňují schopnost poskytovat péči v požadovaném rozsahu.

Z těchto zmíněných dat lze vyvodit závěr, že v České republice je dle statistických dat poměrně hodně osobních asistentů ku počtu klientů, kteří ji využívají. Ale v těchto datech nejsou zahrnuti osoby, které jsou stále na čekacích listinách a jsou odkázáni využívat rodinné příslušníky, případně si hledat osobní asistenci po vlastní ose. *“Už je to nějaký ten pátek, co se osobní asistence ve všech organizacích, které ji poskytují, potýká s personální krizí. Asistenti se střídají, je jich nedostatek, nedaří se najít a adekvátně ohodnotit kvalifikované lidi...”*, uvedla Radka Lockerová (2018). Důvodem nedostatku osobních asistentů je nedostatečné finanční ohodnocení. I když se v posledních letech situace výrazně zlepšila, nájmy a životní náklady rovněž rostou, což ztěžuje situaci pro lidi pracující v sociálních službách, zejména v Praze. Kromě toho je tu také otázka kapacity ve společnosti, tedy kolik lidí je skutečně ochotných pracovat jako osobní asistent (Čipera, 2020). Této problematice se také věnovala Radka Lockerová (2018) z Ligy vozíčkářů. Od ledna roku 2018 se do výběrového řízení na pozici osobního asistenta přihlásilo pouhých 57 zájemců. Z těchto uchazečů se na pohovor dostavilo 26 osob, psychologické testy úspěšně absolvovalo 9 z nich. Nakonec bylo na pozici asistenta přijato 7 uchazečů. Z těchto nových asistentů však po určité době odchází 4 z nich. Z celkového počtu 57 zájemců byli na pozici osobního asistenta zaměstnáni pouze 3 z nich.

Podle průzkumu dotazníkovým šetřením práce v oblasti zaměstnání v sociálních službách bylo zjištěno, že z celkového počtu 284 dotazovaných pracovníků je 45,5 % zaměstnáno v domovech pro seniory. Pouze 15,8 % respondentů pracuje v terénních službách. Podle statistik MPSV z roku 2018 bylo ke dni 31.12.2018 v České republice zaměstnáno celkem 31 511 osob v domovech pro seniory. Na druhé straně, dle dostupných dat z téhož roku, počet osobních asistentů činil 5 361. Matematicky lze vyjádřit, že počet pracovníků v domovech pro seniory je přibližně o 487,78 % vyšší než počet osobních asistentů. To znamená, že ve srovnání s počtem osobních asistentů je zaměstnáno více než pětinasobek pracovníků v domovech pro seniory.

Kvadruplegie, tedy ochrnutí všech končetin znamená ztrátu soběstačnosti a závislost na pomoci okolí. Bohužel tato pomoc často není dostupná nebo je k dispozici pouze omezeným způsobem. Obecně lze říct, že terénní sociální služby a služby osobní asistence nejsou dostupné a často jsou poskytovány spíše podle možností poskytovatelů než podle skutečných potřeb jednotlivých lidí se zdravotním postižením. Je běžné, že pokud osoba s kvadruplegií potřebuje například večerní pomoc s uložením, hygienou a přesunem do postele, musí se to uskutečnit do šestnácti hodin. A to málo která služba je v tuto dobu dostupná. Takovýto stav je v rozporu s právem jednotlivce na možnost žít nezávisle v přirozeném prostředí, stejně jako většina společnosti (Čípera, 2020). Zaměstnanci v sociálních službách jsou si tohoto stavu vědomi. Ve studii provedené v rámci této diplomové práce odpovědělo 74,3 % pracovníků, že péče poskytovaná klientům ze strany sociálních služeb je nedostačující. Zároveň 95,8 % dotazovaných pracovníků uvedlo, že osobní asistence je pro osoby s kvadruplegií velmi důležitá, ale bohužel není příliš dostupná. Dostupnost osobní asistence také závisí na konkrétním kraji, ve kterém klient žije. Například situace se může lišit mezi Hlavním městem Praha a Karlovarským krajem (Čípera, 2020).

Hlavním tématem práce je Live-in asistence fungující ve Velké Británii, kde také osobní asistence jako taková vznikla. Má tedy dlouholetou tradici a pro Českou republikou je forma Live-in velice inspirativní. V Británii existuje systém, kde Live-in asistent poskytuje nepřetržitou péči klientovi v průběhu celého dne. Hlavním úkolem asistenta je nahradit klientovi nefunkční ruce a nohy a prodloužit jeho soběstačnost. Je však důležité zdůraznit, že se nejedná o pečovatele. MUDr. Běla Lomičová, která od roku 2013 působí jako Live-in asistent ve Velké Británii, vysvětlila: *"Zajišťuji péči o zuby, hygienu, jídlo a podobné věci, ale pokud klient chce, abych mu připravovala čaj z Coca-Coly a pili ho ve velkém množství každý den, udělám to bez komentáře. Moje role není poučovat klienta, jak žít, ale umožnit mu žít podle jeho představ."* Podle dotazníku v diplomové práci se 70,4 % dotazovaných vyjádřilo, že by preferovalo pracovat pouze s jedním klientem. Ocenili by individuální přístup, dostatečný čas na klienta a možnost vybudovat osobní vztah. V domovech pro seniory však často není dostatek času na tyto aspekty. Respondenti uvádějí, že mají velký počet klientů, což omezuje možnost poskytnout individuální péči. Často se musí starat až o více než 21 klientů, kteří vyžadují okamžitou pomoc, ale kvůli nedostatku personálu není možné dostatečně reagovat. To dle odpovědí vede k frustraci pracovníků, kteří cítí, že nedokážou svou práci naplnit

stoprocentně. Tato forma asistence, by tedy pro ně byla ideální. Tímto se potvrdila výzkumná otázka č.2 a to, že by pracovníkům v sociálních službách nevyhovovalo spolupracovat pouze s jedním klientem. Nicméně 85,2 % respondentů bylo ve věkovém rozmezí 31-65 let, tedy většina z nich má již rodiny a jiné osobní závazky. Mnoho z nich uvedlo, že je práce velice zaujala, ale již by si nedovedli představit bydlet u klienta. Jedna respondentka uvedla: *“Je to zajímavé a pro mladé lidi skvělé. Bohužel už to není pro lidi, co mají vlastní rodinu, přátele.”* Existuje významný rozdíl mezi osobní asistencí poskytovanou v České republice a Live-in asistencí, a tím je skutečnost, že Live-in asistent žije se svým klientem v jeho domácím prostředí. Tento model péče ve Velké Británii se ukázal být finančně výhodnější pro pojišťovny ve srovnání s péčí poskytovanou v nemocnicích. Tato specifika se stala klíčovým bodem zkoumání v průběhu této práce. Bylo zkoumáno, zda by pracovníci v sociálních službách projevíli ochotu žít u klienta a poskytovat mu dohodnutou míru podpory a asistence. Ze 179 dotazovaných pracovníků v sociálních službách, kteří byli součástí výzkumu, si 88 z nich dokázalo představit pracovat jako Live-in asistent a bydlet u klienta. Bohužel, z těchto 88 respondentů, až 70 z nich uvedlo, že mají již vlastní rodinu a nedokázali by si dovolit být celý den přítomni u klienta. Tento faktor omezuje jejich možnost stát se Live-in asistenty, ačkoliv by na tuto roli měli zájem. Tato situace naznačuje, že i když někteří pracovníci v sociálních službách vyjadřují ochotu eventuelně žít u klienta a poskytovat mu podporu, rodinné závazky mohou představovat překážku pro jejich vykonávání Live-in asistence. Je tedy důležité zohlednit tyto individuální faktory při případném plánování a organizaci poskytování této formy asistence. V Británii existuje řada společností, včetně služby Origin, které se specializují na poskytování Live-in asistence. Tyto společnosti často hledají asistenty z různých zemí, nabízejí jim kvalifikované zaškolení a zajištěné bydlení přímo u klientů. Tím vytvářejí atraktivní pracovní příležitosti pro zájemce, kteří mohou zlepšovat své jazykové schopnosti a získat cenné zkušenosti. Díky tomuto přístupu tyto společnosti udržují stabilní a rozsáhlou síť zaměstnanců. Tím mohou neustále pokrýt potřeby svých klientů a zajistit jim kontinuální péči (Sia, 2023).

Jedním z dalších klíčových a rozdílných prvků služby, oproti osobní asistenci v České republice, je flexibilita pracovní doby. Asistent je přítomný u klienta až 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, což umožňuje poskytnout nepřetržitou podporu a péči. Pracovní doba u live-in asistence je často rozvržena na směny, které zohledňují potřeby a preference klienta, přičemž asistent má také přidělené časy odpočinku a spánku. Tímto

způsobem je zajištěna nepřetržitá dostupnost asistenta pro klienta, přičemž se zároveň dbá na adekvátní regeneraci a vyvážení pracovního života asistenta (Bowdler, 2020). Výzkumná otázka č.1 se zaměřovala na ochotu pracovníků v sociálních službách vykonávat případnou Live-in asistenci s nepřetržitou pracovní dobou 21 dní, maximálně 10 hodin denně, s následným 7denním volnem. Z dotazníkového šetření od 284 respondentů vyplývá, že pouze 100 z nich by bylo ochotno respektovat tuto odlišnou pracovní dobu. Je zřejmé, že takový pracovní režim vyžaduje značnou flexibilitu a oddanost pracovníků. Opět zde hraje významnou roli, zda má dotazovaný závazky, či nikoli. Jedna dotazovaná odpověděla: *“Zaujala mi především péče podle potřeb každého člověka, zároveň stabilní tým pracovníků, co se nestřídají každý den. Akorát spíše pro svobodné lidi, kteří nemají každodenní závazky ve své rodině.”*

Na základě první části šetření se podařilo zjistit, zda by dotazovaní pracovníci v sociálních službách byli schopni vykonávat koncept Live-in asistence, který je již delší dobu provozován ve Velké Británii a podrobně popsán v teoretické části práce. Autor práce považoval tento výzkum za neúplný, a proto byl doplněn dalším dotazníkovým šetřením, který se zaměřoval na skupinu osob s diagnostikovanou kvadruplegií. Hlavním cílem tohoto doplňujícího šetření bylo identifikovat klíčové rozdíly mezi Live-in asistencí ve Velké Británii a osobní asistencí v České republice a zjistit, zda by tato cílová skupina ocenila fungování zahraničního přístupu. Z předpokládaného počtu 50 dotazovaných se podařilo získat 42 odpovědí, ty jsou i s výzkumnými otázkami rozebrány níže.

Ivan Drlík (2021) sdílel svůj příběh na webových stránkách, které pomáhají sbírat finanční prostředky. *“Už je to téměř 20 let, co mi nezáviněná autonehoda obrátila život vzhůru nohama. Utrpěl jsem úraz krční páteře, došlo k poškození míchy a já na 70 % těla ochrnu. Od té doby jsem upoutaný na invalidní vozík a neobejdu se bez pomoci další osoby.”* Ivanova situace je příkladem, kdy osobní asistence je nezbytná. Ztratil svou rodinu a nemá nikoho, kdo by mu mohl pomáhat. Finančně se mu velmi obtížně daří zvládat neustále rostoucí náklady spojené s potřebnými službami, dopravou, rehabilitací a vším, co je nezbytné pro zajištění života s těžkým tělesným postižením. Jeden z mnoha lidí, kteří nemají nikoho blízkého a dostatek financí na adekvátní péči a jsou ohroženi dostat se do institucionální péče. Tato forma péče samozřejmě není ideální pro osoby s kvadruplegií, které by mohli adekvátně s pomocí druhé osoby žít v domácím prostředí. Podobných jedinců, jako je pan Drlík je v České republice mnoho, což potvrzuje i dotazníkové šetření této práce. Z 24 dotazovaných uvedlo 7, že je pro ně osobní asistence

příliš finančně náročná. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) rozhodlo o navýšení úhrad za sociální služby na začátku roku 2022. CZEPA se aktivně zapojila do této problematiky a vyjádřila zásadní připomínky. Demonstrace proti plánovanému zdražení se staly součástí této aktivity, a CZEPA se snažila tuto problematiku medializovat. I přes tyto snahy se podařilo částečně dosáhnout úspěchu – cena za hodinu osobní asistence vzrostla z 130 Kč na 135 Kč (místo navrhovaných 150 Kč). Avšak na podzim roku 2022 připravilo ministerstvo novou novelu vyhlášky a navzdory opakovaným připomínkám zástupců osob se zdravotním postižením, včetně CZEPA, byly úhrady za osobní asistenci od ledna 2023 zvýšeny na 155 Kč za hodinu. Tato změna způsobuje, že osoby se zdravotním postižením platí vyšší částku za poskytované sociální služby, i když výše jejich příspěvku na péči zůstává stejná (CZEPA, 2023). Tereza Zíbalová (2021) v rámci své diplomové práce zjistila, že osoby po míšním poranění ve Velké Británii pozitivně hodnotí finanční podporu od státu, které se jim dostává a zároveň mají možnost dvaceti čtyř hodinové osobní asistence. Jedna respondentka přímo uvedla: *“Výhodou je, že já za nic neplatím, stát to platí za mě”* (Zíbalová, 2021). V roce 2021 se rozjel unikátní projekt Pátý stupeň. Organizace Asistence o.p.s. věří, že všichni lidé s postižením by měli mít přístup k dostatečné podpoře druhých osob, která jim umožní žít svobodným způsobem. Bohužel současný čtyřstupňový systém příspěvku na péči nedokáže tuto možnost zajistit. Zejména lidé s vážným postižením nedostávají dostatečný příspěvek na péči, který by pokryl veškerou péči, kterou potřebují k samostatnému a svobodnému životu. V současném systému je pro tyto lidi prakticky jedinou možností odchod do velkokapacitních pobytových zařízení.

Hlavním cílem této části bylo zjištění, zda o konceptu Live-in asistence mají dotazované osoby s kvadruplegií zkušenost, či povědomí. Ačkoliv se může zdát, že jde o nový koncept asistence, ve skutečnosti se jedná o službu, která funguje nejen ve Velké Británii již mnoho let. Bohužel v české literatuře a na internetových stránkách není o této formě asistence ani zmínka. Dle dotazníkových šetření bylo zjištěno a tím odpovězeno na výzkumnou otázku č.3, že pouze 9,5 % respondentů někdy dříve slyšelo o této zahraniční formě asistence. Nicméně, po seznámení s konceptem, až 81 % dotazovaných uvedlo, že by službu využilo. Nejčastěji se uváděla potřeba každodenní péče nebo péče 4-6 dní v týdnu. Toto číslo zaznamenalo zvýšení, protože pouze 42,9 % respondentů využívalo osobní asistenci, ale po seznámení s Live-in asistencí se číslo téměř zdvojnásobilo. Respondenti kladně hodnotili možnost výběru asistenta a jejich nabízené

časové možnosti. Ocenili by také možnost mít k dispozici asistenta 24 hodin denně a zároveň mít jistotu ohledně jeho kvalifikace. S tím souvisí i výzkumná otázka č.4, zda by lidé s kvadruplegií byli ochotni plně sdílet své bydlení a osobní vlastnictví s pracovníkem sociálních služeb. Ve Velké Británii je koncept velice rozšířený pro různé typy postižení či pro osoby v pokročilém věku. Mají s touto službou dobré zkušenosti a kladné ohlasy, proto nemají lidé problém s důvěrou v tuto službu. Pokud by v České republice jednou tato forma asistence vznikla, mohla by být mezi klienty nejistota a nedůvěra vůči asistentovi. Výsledky dotazníků byly překvapivé, kdy pouze 7,1 % respondentů by asistentovi bydlení neposkytlo. Hlavními důvody bylo, že by nechtěli své bydlení sdílet s nikým cizím. Dále bylo zjišťováno, zda by měli v domácím prostředí prostory, kde by asistent měl své zázemí. 61 % dotazovaných by tyto prostory měli a něco málo přes 21 % by v případě fungování služby zkusili vyhledat vyhovující bydlení.

V Británii je Live-in asistence velmi populární a poskytuje mnoho příležitostí pro neomezený počet lidí. Brian, 25 let, využívá Live-in asistenta od října roku 2015. Má kompletní přerušení míchy v oblasti C5, což znamená, že je plně závislý na invalidním vozíku a pomocí ostatních osob. Díky Live-in asistentovi se mu podařilo vrátit se k aktivnímu životnímu stylu, který vedl před úrazem. V únoru 2016 se Brian spolu s asistentem vydal na devítidenní cestu po jihovýchodní Asii, a splnil si tak svůj sen (HelpingHands, 2023).

Respondentka pracující v sociálních službách okomentovala Live-in asistenci: *“Tento typ asistence je pomoc lidem. Z praxe vím, že lidé s poraněním míchy si většinou musí dopomoc sami, s rodinou. Asistenční služby mají tabulky, a časové omezení. Většinou neuspokojí potřeby klienta, jen základní potřeby. Víím, že většina těchto lidí hledá dopomoc soukromým oslovením pracovníků. A po domluvě si je platí sami. Takže tato pracovní pozice, by měla z mého pohledu uspokojit potřeby klienta, moc mě to zaujalo. I z osobních důvodů.”*

10 Závěr

Diplomová práce pojednává o dvou rozdílných formách osobní asistence u lidí s kvadruplegií. Pro vypracování a rozebrání byla vybrána osobní asistence v České republice a Live-in asistence využívaná ve Velké Británii. Tyto dvě formy asistence byly vybrány z důvodu výrazných rozdílů v poskytování péče. Teoretická část se věnuje jednotlivým tematickým okruhům souvisejícím s námětem práce a obsahuje kapitoly, kde je podrobně rozebrána diagnóza kvadruplegie a následná péče o tyto osoby, jak v České republice, tak ve Velké Británii. V práci bylo stanoveno jako důležité sjednotit základní informace o zdravotní a následné péči, finanční podpoře a vypracovat data o osobní asistenci ve zmíněných zemích. Na závěr teoretické části je uvedena zmínka o inspirativní společnosti Origin, která se ve Velké Británii specializuje na poskytování Live-in asistence osobám s kvadruplegií. V první praktické části byly shromážděny data od pracovníků v sociálních službách. Prostřednictvím dotazníkového šetření byly získány informace o aktuální pracovní pozici respondentů, jejich spokojenosti s prací a subjektivních názorech na fungování sociálních služeb v rámci péče o kvadruplegiky. Následně byl respondentům představen koncept Live-in asistence, na kterou měli možnost vyjádřit svůj názor a zvážit, zda by si dokázali představit pracovat na zmiňované pozici. Dotazovaná skupina byla vybrána z důvodu cílení na širší spektrum osob, kteří se však pohybují v oblasti sociálních služeb, kam je osobní asistence v České republice legislativně zařazována. Druhá praktická část byla určena pro osoby s kvadruplegií, kteří jsou diagnosticky podrobně popsány v teoretické části. Byl vytvořen dotazník, který byl zaměřen na obecné informace o respondentech, na jejich osobní zkušenost s osobní asistencí a následně seznámení je s Live-in asistencí.

Hlavním cílem práce bylo vyzkoumat, zda by Live-in asistence byla v České republice žádaná ze strany kvadruplegiků, a zda by se našli pracovníci v sociálních službách, kteří by práci chtěli vykonávat po britském vzoru. Zodpovězením výzkumných otázek došel autor k závěru, že osoby s kvadruplegií by formu Live-in asistence uvítali a přijali by všechny faktory, které s touto službou souvisí. Byli by ochotni asistentovi poskytnout bydlení ve svém místě bydliště a plně by využili jejich nabízených dvaceti čtyř hodinových služeb. Dalším zjištěním bylo, že Live-in asistence je v České republice stále velmi málo známým pojmem, dokonce i mezi lidmi s kvadruplegií. Ve Velké Británii je však Live-in asistence, jako například poskytovaná společností Origin, velmi

rozšířená. U osob pracujících v sociálních službách bylo zjištěno, že i přes aktuální práci s několika klienty, by byli ochotni pracovat pouze s jedním klientem. Zároveň byli velmi zaujati prací Live-in asistenta a dokázali by si představit pracovat na této pracovní pozici. I přes pozitivní ohlasy ohledně Live-in asistence se ukázalo, že většina dotazovaných nebyla ochotna pracovat až 21 dní v řadě maximálně 10 hodin denně, s následným 7denním volnem. Pouze necelých 36 % respondentů by bylo ochotno akceptovat tuto pracovní dobu. Nicméně, je důležité vzít v úvahu, že většina dotazovaných se nacházela ve věkové skupině 31-65 let, což znamená, že již mají své rodiny a další závazky. Přesto autor práce shledává počet respondentů, kteří by byli ochotni pracovní dobu zvládat, za vysoký.

Z daných zjištění vyplývá, že Live-in asistence je stále mezi dotazovanými v České republice neznámým pojmem. Nicméně, jakmile byly osoby s kvadruplegií seznámeni s tím, co Live-in asistence nabízí, vyjádřily zájem o tuto službu a v případě jejího fungování by ji využili. Bohužel se mezi respondenty pracujícími v sociálních službách nenašlo dostatečné množství, které by takto náročnou práci chtělo vykonávat. Ocenili by však práci s jedním klientem a koncept Live-in asistence. V případě méně časově náročné asistence by možná byli ochotni pracovat na této pracovní pozici.

Výzkumný cíl se nezaměřuje na srovnávání způsobu péče a nastavení osobní asistence v obou zemích, ale spíše na posouzení vhodnosti a účinnosti této péče. Autor si uvědomuje, že existují zásadní rozdíly mezi podmínkami poskytování péče v České republice a Velké Británii. Tyto rozdíly jsou důsledkem odlišné historie, legislativy, systému organizace péče, distribuce péče a finanční podpory ze strany státu. Tyto rozdíly nelze přímo srovnávat, protože jsou zcela odlišné. Cílem práce je spíše poukázat na možnosti zlepšení a rozšíření péče o kvadruplegiky v České republice, která je často nezbytná pro jejich plnohodnotný život. *“Jako člověk, i jako ředitel Klubu vozíčkářů Petýrkova mám přání, aby se osobní asistence a další podobné formy sociální péče staly ještě běžnější formou pomoci, než je tomu v dnešní době.”* (Drábek, 2016).

Výsledky této práce mají významný potenciál přispět ke zlepšení péče o osoby s kvadruplegií a poskytnout teoretický náhled do fungování kvalitní péče v zahraničí. Mohou sloužit jako inspirace pro vznik nových přístupů a inovací v oblasti osobní asistence, a tím zkvalitnit životy mnoha lidí.

Seznam použitých grafů

Graf 1 Odpracované roky	47
Graf 2 Kolik klientů (pacientů) respondenti denně obstarají.....	52
Graf 3 Z jakých důvodů by pracovníci v sociálních službách nechtěli vykonávat Live-in asistenci, pokud by v České republice fungovala.	65
Graf 4 Počet let po poranění míchy	68
Graf 5 Důvody nevyužívání osobní asistence.....	71
Graf 6 Nejčastější využívané činnosti poskytované osobním asistentem.....	72
Graf 7 Časové využití osobního asistenta.....	78
Graf 8 Pozitiva Live-in	81

Seznam použitých tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů pracujících v sociálních službách.....	46
Tabulka 2 Věk respondentů pracujících v sociálních službách	47
Tabulka 3 Zařízení vykonávání práce.....	49
Tabulka 4 Kraj v kterém jsou pracovníci zaměstnaní.....	50
Tabulka 5 Spokojenost respondentů s aktuální prací.....	53
Tabulka 6 Zkušenosti s prací o osoby s diagnostikovanou kvadruplegií	54
Tabulka 7 Nabízená kvalitní a dostatečná péče osobám s kvadruplegií.....	55
Tabulka 8 Časové možnosti sociálních pracovníků pro klienty	56
Tabulka 9 Potřebnost Live-in asistence.	59
Tabulka 10 Práce pouze s jedním klientem	60
Tabulka 11 Jiná pracovní doba	61
Tabulka 12 Práce s pacienty po míšním poranění	62
Tabulka 13 Pracovat jako Live-in asistent.....	63
Tabulka 14 Otevřenost sociálních pracovníků k bydlení v klientovo domácím prostředí.	64
Tabulka 15 Počet respondentů s kvadruplegií rozdělených dle pohlaví.....	66
Tabulka 16 Věk respondentů	67
Tabulka 17 Využívání placené osobní asistence kvadruplegiky	69
Tabulka 18 Jakých služeb využívají kvadruplegici pro osobní asistenci	70
Tabulka 19 Zvládání každodenních činností	73
Tabulka 20 Spokojenost s využívanou asistencí.....	74
Tabulka 21 Pozitiva využívané asistence	75
Tabulka 22 Nespokojenost s osobní asistencí.....	76
Tabulka 23 Povědomí o Live-in asistenci.....	80
Tabulka 24 Poskytnutí bydlení asistentovi	82

Tabulka 25 Důvody neposkytnutí bydlení asistentovi.....	83
Tabulka 26 Volné prostory pro asistenta	84
Tabulka 27 Využili by kvadruplegici v ČR služeb Live-in asistence.....	84
Tabulka 28 Typ Live-in asistence, který by osoby s kvadruplegií využívali	85
Tabulka 29 Důvody nevyužívání služby	86
Tabulka 30 Je Live-in lépe nastavena oproti osobní asistenci v ČR	87

Seznam použitých obrázků

Obrázek 1	58
Obrázek 2	79

Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče. 1.díl. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4

ASPIRE: Association for Spinal Injury Research, Rehabilitation and Reintegration. Welfare Benefits Advice [online]. Stanmore, 2022. [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: [Welfare Benefits Advice | Aspire](#)

BACKUP. Backup transforming lives after spinal cord injury [online]. London: The backup Trust, 2023. [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: [Spinal cord injury and how it affects people | Back Up \(backuptrust.org.uk\)](#)

BARTÁK, Miroslav. Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8

BARTÁK, Miroslav. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů. 1.vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5

BASS, British Association of Spine Surgeons [online]. London, 2019. [cit. 13.5.2023]. Dostupné z: [British Association of Spine Surgeons - Home](#)

BENEŠOVÁ, Jana. Problematika gender v sociální práci. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-766-6

BOWDLER, James. PrimeCarers: The Complete Guide to Live-in Care [online]. London, 2019. [cit. 13.5.2020]. Dostupné z: [The Complete Guide to Live-in Care \(Updated for 2023\) \(primecarers.co.uk\)](#)

BUSWELL, Gary. Healthcare in the UK: a guide to the NHS [online]. United Kingdom: Expatica, 2023. [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: [Healthcare in the UK: a guide to the NHS | Expatica](#)

CITIZEN ADVICE. How much PIP you can get and for how long [online]. London, 2022. [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: [How much PIP you can get and for how long - Citizens Advice](#)

CZEPA. Legislativa z pohledu CZEPA. Magazín Paraple. 2023. ISSN 2570-8198

CZEPA. Páteř a mícha [online]. Praha 14: Czepa Česká asociace paraplegiků., 2021 [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: [Páteř a mícha - Česká asociace paraplegiků – CZEPA](#)

- CZEPA. Poškození míchy [online]. Praha 14: Czepa Česká asociace paraplegiků., 2021 [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: [Poškození míchy – Česká asociace paraplegiků – CZEPA](#)
- CZEPA. Vše okolo tetraplegie [online]. Praha 14: Czepa Česká asociace paraplegiků., 2012 [cit. 11.06.2023]. Dostupné z: [untitled \(czepa.cz\)](#)
- ČESKÁ SPOLEČNOST PRO MÍŠNÍ LÉZE. Statistika počtu pacientů na SRJ [online]. Praha, 2022. [cit. 25.05.2023]. Dostupné z: [Statistiky - Česká společnost pro míšní léze \(spinalcord.cz\)](#)
- ČIHÁK, Radomír. Anatomie. 3., upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3
- ČSÚ. Zaostřeno na ženy a muže [online]. Evropská unie, 2010. [cit. 25.05.2023]. Dostupné z: [4. Práce a mzdy | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
- DRÁBEK, Tomáš. Když ji potřebuješ, není co řešit [online]. Praha, 2016. [cit. 13.06.2023]. Dostupné z: [Když ji potřebuješ, není co řešit | PARAPLE](#)
- DRLÍK, Ivan. Osobní asistence pro pana Ivana [online]. Praha 4: Znesnáze21, 2021 [cit. 12.06.2023]. Dostupné z: [Osobní asistence pro pana Ivana \(znesnaze21.cz\)](#)
- DYLEVSKÝ, Ivan. Funkční anatomie. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3240-4
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Cesta k nezávislosti po poškození míchy. Praha: Svaz paraplegiků, 2004. ISBN 80-239-5555-1
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Paraplegie, tetraplegie. Praha 10: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR, 1997. ISBN neuvedeno
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Vše okolo tetraplegie. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2012. ISBN 978-80-260-5098-8
- FENNELL, Andrew. Live-in carer job description. [online]. UK, 2023. [cit. 16.05.2023]. Dostupné z: [Live-in carer job description + Salary, responsibilities...\(standout-cv.com\)](#)
- FNB, FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. Neplodnost po úrazech míchy její léčba [online]. Brno, 2023. [cit. 05.06.2023]. Dostupné z: [Neplodnost po úrazech míchy a její léčba - Fakultní nemocnice Brno \(fnbrno.cz\)](#)
- GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-

85931-79-6

GOODMAN, Susan. Spirit of stoke mandeville the story of Sir Ludwig Guttmann. Great Britain: Collins, 1986. ISBN 0002173417

GOV.UK. Disabled Facilities Grants [online]. UK Government Licensing Framework section, 2023. [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: [Disabled Facilities Grants: Overview - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk/guidance/disabled-facilities-grants-overview)

HELPINGHANDS. Spinal cord injury: meet Brian. [online]. 2023. [cit. 13.06.2023]. Dostupné z: [Brian's Story, Living with Spinal Cord Injury | Helping Hands Home Care](https://www.helpinghands.org.uk/brian-story)

HORECKÝ, Jiří, PRŮŠA, Ladislav. Forum: Kolik lidí pracuje v sociálních službách? [online]. 2020. [cit. 06.06.2023]. Dostupné z: [1583936899_4884-001.pdf \(horecky.cz\)](https://www.horecky.cz/1583936899_4884-001.pdf)

HRDÁ, Jana. Co potřebujete vědět o osobní asistenci, kterou poskytuje POV? [online]. Praha, 1997. [cit. 24.05.2023]. Dostupné z: [CO_POT_EBUJETE_V_D_T_O_OSOBN_ASISTENCI.doc \(live.com\)](https://www.live.com/CO_POT_EBUJETE_V_D_T_O_OSOBN_ASISTENCI.doc)

HRDÁ, Jana. Osobní asistence, poradenství, a zprostředkování. Praha: APZP, 2006. ISBN 80-239-6415-1

HRDÁ, Jana. Osobní asistence, příručka postupů a rad pro osobní asistenty, 1.vydání. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001.

HRDÁ, Jana. Osobní asistence, příručka postupů a rad pro poskytovatele, 1.vydání. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004.

HRDÁ, Jana. Osobní asistence. Obecné informace o této sociální službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001.

CHINHORI, Zuva. What Is Live-In Care. [online]. Nurses.co.uk belongs to NIche Jobs, 2021. [cit. 16.05.2023]. Dostupné z: [What Is Live-In Care? \(nurses.co.uk\)](https://www.nurses.co.uk/what-is-live-in-care/)

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4

CHROBOK, Jiří, PROKOP, Luděk. Úrazy páteře. Zdraví.euro.cz, 2006. [online]. Praha [cit. 09.06.2023]. Dostupné z: [Úrazy páteře - Zdraví.euro.cz](https://www.zdravi.euro.cz/urazy-patere/)

- JANEBOVÁ, Radka. K čemu je sociálním pracovníkům teorie aneb postmoderní feministická perspektiva o “krizi poznání”. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové, 2005. ISBN 80-86771-10-5
- JANEBOVÁ, Radka. Moc a autorita: genderové hledisko. Sociální práce mezi pomocí a kontrolou.: sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce: Hradec Králové. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-118-6.
- JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vydání 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7
- JELÍNKOVÁ, Jana. Ergoterapie. Praha: Portál s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-583-7
- KLENER, Pavel et al.. Vnitřní lékařství. Čtvrté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-857-5
- KOLDOVÁ, Zdenka. Systémy zdravotního pojištění. In: Gladkij et al. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1
- KŘÍŽ, Jiří, HLINKOVÁ, Zuzana. Neurorehabilitace senzomotorických funkcí po poranění míchy. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2016. ISSN 1210-7859.
- KŘÍŽ, Jiří, CHVOSTOVÁ, Šárka. Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšních lézích [online]. 2009. [cit. 07.04.2023]. Dostupné z: [05.pdf \(solen.cz\)](#)
- KŘÍŽ, Jiří. Spinální program v České republice - historie, současnost, perspektivy. Neurologie pro praxi, 2013, číslo 3, str. 140-142.
- KUBENOVÁ, Jana. Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. 2010. [cit. 07.04.2023]. Dostupné z: [41 Ad 73/2011 - 34 \(zakonyprolidi.cz\)](#)
- KUBÍKOVÁ, Dagmar, KŘÍŽOVÁ, Alena. Ergoterapie. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vydání č.2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ Pavla. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1.vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 2.vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 1.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. Kapitoly z ošetrovatelské péče I. 2.vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6

MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů 1.vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zdravotní pojišťovny [online]. Praha, 2010 [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: [Zdravotní pojišťovny – Ministerstvo zdravotnictví \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz/)

MPSV.MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Statistická ročenka v oblasti práce a sociálních věcí 2018 [online]. Praha, 2019 [cit. 06.06.2023]. Dostupné z: [Statisticka rocenka z oblasti prace a socialnich veci 2018.pdf \(mpsv.cz\)](https://www.mpsv.cz/)

MUNSON, Sarah. A history of home care. [online]. Great Britain, 2020 [cit. 13.05.2023]. Dostupné z: [A history of home care - homecare.co.uk advice](https://www.homecare.co.uk/advice)

NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava. Přehled anatomie. 2.vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0

ORIGIN CARE. Specialist Live in Spinal Injury Care. [online]. Copyright © Origin Care 2023 [cit. 23.05.2023]. Dostupné z: [Specialist Live in Spinal Injury Care | Live in Care and Carers | Origin Care](https://www.origin-care.com/)

PRESTWICH, Michael Cherles, RAVENHILL, William, SPENCER, Ulric M. Britannica Contributors [online]. United Kingdom: In Encyclopedia Britannica, 2021. [cit. 17.04.2023]. Dostupné z: [United Kingdom | History, Population, Map, Flag, Capital, & Facts | Britannica](https://www.britannica.com/)

- QUISOVÁ, Silvie. Sociální komunikace v pomáhajících profesích. 1.vydání. Opava: Slezská univerzita, 2009. ISBN: 978-80-7248-551-2.
- REJZEK, Jiří. Český etymologický slovník. Brno: Leda, 2001. ISBN 80-85927-85-3
- ROBINSON, Ray. Velká Británie I. (zdravotnický systém). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-38-9
- SEBAPATHY, Vikram, THARION, George, KUMAR, Sanjay. Cell Therapy Augments Functional Recovery Subsequent to Spinal Cord Injury under Experimental Conditions. Stem Cells International. PMIS 26240569
- SEDLÁČKOVÁ, Helena, BUCHTA, Karel. Strategická analýza. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-367-1.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. Psychologie. Lexikon základních pojmů. 1.vydání. Praha: Naše vojsko, 1994. ISBN: 80-206-0459-6.
- SIA: Spinal Injuries Association. Financial support for you [online]. Milton Keynes, 2023 [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: [Finances and benefits - Finances and benefits \(spinal.co.uk\)](https://www.spinal.co.uk/finances-and-benefits)
- SIA: Spinal Injuries Association. Peter's story[online]. Milton Keynes, 2023 [cit. 12.06.2023]. Dostupné z: [Peter's story \(spinal.co.uk\)](https://www.spinal.co.uk/peters-story)
- SINĚLNIKOV, Rafail Davinovič. Atlas anatomii člověka. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1965. ISBN 08-003-65
- SKALKOVÁ, Jarmila, BACÍK, František, HELUS Zdeněk, SKALKA, Jaromír, KALOUS, Jaroslav. Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983.
- SOMERS, Freeman Martha. Spinal Cord Injury: Functional Rehabilitation. 2nd eddition. New Yersey: Prentice Hall, 2001. ISBN 0-8385-8616-3
- ŠTĚPÁNEK, Jindřich. Nejmenší menšina. MŮŽEŠ. Spolek přátel Konta Bariér, 2014. ISSN 1213-8909.
- ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana a kol. Spinální neurologie. Praha 4: Maxdorf s.r.o., 2019. ISBN 978-80-7345-626-9

- ŠTULÍK, Jan. Poranění krční míchy. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-685-4
- ŠVESTKOVÁ, Olga, ANGEROVÁ, Yvona, DRUGA, Rastislav, PFEIFFER, Jan, VOTAVA, Jiří. Rehabilitace motoriky člověka. Fyziologie a léčebné postupy. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 978- 80-271-0084-2
- TRAMPOTA, Tomáš, VOJTĚCHOVSKÁ, Martina. Metody výzkumu médií. 1.vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-683-4
- TRÖSTER, Petr a kol. Práva sociálního zabezpečení. 2.vydání. Praha: Nakladatelství C.H. Beck, 2002. ISBN 80-7179-669-7
- TŘEŠŇÁK, Petr. Chtěla jsem zůstat máma [online]. Praha, 2015 [cit. 08.04.2023]. Dostupné z: [Jana Hrdá: Chtěla jsem zůstat máma • RESPEKT](#)
- ÚSTECKÝ KRAJ. Projekt Česko - saské pohraničí bez bariér. Život bez bariér [online]. Ústecký kraj, 2020 [cit. 08.04.2023]. Dostupné z: [af4cd585f1064a967d1a507182083efd9882425d.pdf \(ukbezbarier.eu\)](#)
- ÚZ 1308. Sociální zabezpečení. Ostrava: Sagit a.s., 2023. ISBN 978-80-7488-570-9
- UZLOVÁ, Iva. Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. Praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty. 1.vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80- 7367-764-0.
- VONDROUŠOVÁ, Kamila. Statistická analýza dat pro kvantitativní výzkum.1.díl. Ostrava: Ostravská univerzita, 2019. ISBN 978-80-7599-168-3
- WIJA, Petr. Jak řešit personální situaci v sociálních službách? Revue pro sociální politiku a výzkum. [online]. Praha, 2017. [cit. 26.05.2023]. Dostupné z: [Jak řešit personální situaci v sociálních službách? - Revue pro sociální politiku a výzkum \(socialnipolitika.eu\)](#)
- ZEMAN, Miroslav et al. Speciální chirurgie. 2. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9
- ZÍBALOVÁ, Tereza. Péče o kvadruplegiky v České republice a Velké Británii, pozitiva a negativa z pohledu uživatele. Praha, 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Pavla POVOLNÁ.

Zákony:

Legislation 2012 c.7. Health and Social Care Act, dostupné z: [Health and Social Care Act 2012 \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

Zákon č.372/2011 Sb. O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, dostupné z: [372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách \(zakonyprolidi.cz\)](http://zakonyprolidi.cz)

Zákon č.155/1995 Sb. Zákon o důchodovém pojištění, dostupné z: [155/1995 Sb. Zákon o důchodovém pojištění \(zakonyprolidi.cz\)](http://zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, dostupné z: [329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením \(zakonyprolidi.cz\)](http://zakonyprolidi.cz)

Přílohy

Přílohy 1 Dotazník pro pracovníky v sociálních službách	110
Přílohy 2 Dotazník pro osoby s kvadruplegií	115
Přílohy 3 Vyjádření Etické komise UK FTVS	122

Přílohy 1 Dotazník pro pracovníky v sociálních službách

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Pařízková a jsem studentkou oboru Aplikovaná tělesná výchova a sport na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. V rámci své diplomové práce „Live-in osobní asistence u osob s kvadruplegií“ pod vedením Mgr. Ilony Pavlové, MBA se zabývám kompetencí a obsahem práce Live-in asistenta po vzoru britské společnosti Origin – Source of Specialist Care for People with Spinal Injuries. V rámci své práce bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujícího dotazníku.

Výzkum zahrnuje dotazníkové šetření, zda byste vykonávali osobní asistenci za odlišných podmínek, než jste zvyklí. Otázky budou směřovány především na nestandardní délku pracovní doby a na kompetence vykonávané péče spojené s diagnózou kvadruplegie. Vyplnění dotazníku nezabere déle jak 15 minut a je zpracován formou uzavřených, polouzavřených i otevřených otázek.

Dotazník je anonymní, nebude se ptát na Vaše jméno ani adresu.

Vyplnění dotazníku je určeno pracovníkům v sociálních službách ve věku 18-65 let.

Dotazník bude dostupný on-line na platformě sociálních sítí (Facebook) do konce května 2023, a do této doby bude možnost dotazník vyplnit.

Výzkum byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod číslem: 193/2022.

Získaná data budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě, budou využita pro výzkum na UK FTVS a případně publikována v odborném tisku. S výsledky studie se můžete seznámit na emailové adrese: kata.parizkova@gmail.com

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byli informováni, jakož i o právo odmítnout účast.

Předem moc děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

1. Jste muž/žena?

Muž

Žena

2.Kolik je Vám let?

15-30 let

31-60 let

61-90 let

3.Kolik let pracujete v sociálních službách?

1-5 let

6-10 let

11-15 let

15 a více let

4.Kde pracujete?

V terénní pečovatelské službě

Ve stacionáři

VV léčebně

V domově pro seniory

V domově pro osoby se zdravotním postižením

Zdravotnická zařízení lůžkové péče

Jiná ...

5.V jakém kraji pracujete?

Karlovarský kraj

Ústecký kraj

Liberecký kraj

Plzeňský kraj

Jihočeský kraj

Středočeský kraj

Praha

Královehradecký kraj

Pardubický kraj

Kraj Vysočina

Jihomoravský kraj

Olomoucký kraj

Zlínský kraj

Moravskoslezský kraj

6.O kolik klientů (pacientů) se denně staráte?

1-5

6-10

11-15

16-20

21-více

7.Jste spokojeni se svou prací?

Ano

Ne

8.Uved'te, z jakých důvodů jste spokojeni se svou prací?

Napište jedno nebo více slov...

9.Jakou byste uvítali změnu v rámci Vaší pracovní pozice?

Napište jedno nebo více slov ---

10. Máte pracovní zkušenost s péčí o osoby po míšním poranění?

Ano

Ne

Neznám zmíněnou diagnózu

11.Myslíte si, že je osobám po poranění míchy v České republice nabízeno dostatek kvalitní péče?

Ano

Ne

Nevím

12.Myslíte si, že jsou časové možnosti nabízené klientům sociálními službami v České republice dostačující?

Ano, jsou dostačující

Ne, nejsou dostačující

Nevím

Přečtěte si následující text o Live-in asistenci:

Viz.obrázek 1 (Obrázek 1 *Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.*)

13.Je dle Vás tato forma osobní asistence pro lidi po poranění míchy potřebná?

Ano

Ne

14.Nevadilo by Vám pracovat primárně s jedním klientem?

Ano, vadilo

Ne, nevadilo

15.Dovedli byste si představit pracovat až 21 dní, maximálně 10 hodin denně, s následujícím 7denním volnem? (V NEJHORŠÍM PŘÍPADĚ – denní doba by záležela na domluvě s klientem)

Ano

Ne

16.Líbila by se Vám práce s osobami po míšním poranění?

Ano

Ne

Neznám diagnózu. Nevím, co všechno obnáší péče.

17.Chtěli byste pracovat jako Live-in asistent, pokud by tato služba existovala v České republice?

Ano

Ne

18.Byli byste ochotní bydlet u klienta doma?

Ano

Ne

Ano, ale již mám rodinu, vlastní bydlení, či jiné závazky. Za jiných okolností, by mi nevadilo bydlet u klienta.

19.Z jakých důvodů byste práci nechtěli vykonávat?

Jsem spokojen/a se svou aktivní prací

Nevyhovovala by mi pracovní doba

Nevyhovovala by mi náplň práce

Nechtěl/a bych pracovat s klientem po míšním poranění

Myslím, že na to nemám dostatek zkušeností

Nechtěl/a bych bydlet u klienta

Jiná ...

20.Co Vás na zmíněné pracovní pozici nejvíc zaujalo?

Napište jedno nebo více slov ...

Přílohy 2 Dotazník pro osoby s kvadruplegií

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Pařízková a jsem studentkou oboru Aplikovaná tělesná výchova a sport na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. V rámci své diplomové práce „Live-in osobní asistence u osob s kvadruplegií“ pod vedením Mgr. Ilony Pavlové, MBA se zabývám kompetencí a obsahem práce Live-in asistenta po vzoru britské společnosti Origin – Source of Specialist Care for People with Spinal Injuries.

V rámci své práce bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujícího dotazníku.

Výzkum zahrnuje dotazníkové šetření, zda byste využívali Live-in asistenci, pokud by byla v České republice dostupná. Jde o specifický typ osobní asistence, který by Vám mohl poskytnout vysokou míru soběstačnosti, bez pomoci rodinných příslušníků. Vyplnění dotazníku nezabere déle jak 15 minut a je zpracován formou uzavřených, polouzavřených i otevřených otázek.

Dotazník je anonymní, nebude se ptát na Vaše jméno ani adresu.

Vyplnění dotazníku je určeno lidem s diagnózou kvadruplegie ve věku 18-90 let.

Dotazník bude dostupný on-line na stránkách společností sdružující osoby s kvadruplegií do konce května 2023, a do této doby bude možnost dotazník vyplnit.

Výzkum byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod číslem: 193/2022.

Získaná data budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě, budou využita pro výzkum na UK FTVS a případně publikována v odborném tisku. S výsledky studie se můžete seznámit na emailové adrese: kata.parizkova@gmail.com

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byli informováni, jakož i o právo odmítnout účast.

Předem moc děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

1. Jste muž/žena?

Žena

Muž

2.Kolik je Vám let?

15-30 let

31-60 let

61-90 let

3.Kolik let jste po poranění míchy?

Do 3 let

4-10 let

11-15 let

16 a více let

4.Využíváte PLACENOU službu osobní asistence?

Ano

Ne

5.Koho využíváte pro osobní asistenci?

Pracovníka/y v sociálních službách

Studenty

Rodinu/kamarády

Jiná ...

6.Z jakých důvodů nevyžíváte služeb osobní asistence?

O službě jsem nikdy neslyšel/a

Nepotřebuji ji

Služba je pro mě finančně náročná

Žiji v zařízení, kde je sociální i zdravotní péče zajištěna

Tato péče není v mém okolí dostupná

Jiná ...

7. Na jaké činnosti si osobní asistenci nejčastěji zajišťujete?

Pomoc při zvládnání běžných denních činností (např. Sebesycení, vyprazdňování, osobní hygiena, oblékání, přesuny)

Pomoc pro zajištění stravy (např. Příprava pokrmu, nákupy)

Pomoc pro zajištění chodu domácnosti (např. Úklid žehlení, praní)

Výchovné a vzdělávací činnosti (např. Podpora při aktivitách a sportech)

Zprostředkování sociálního kontaktu (např. Doprovody do školy, zaměstnání, k lékaři, volnočasové aktivity)

Pomoc při obstarávání osobních záležitostí (např. Na úřadech, do banky, do lékárny)

8. Jak zvládáte činnosti v každodenním životě?

Jsem částečně/plně doběstavný/á (např. Zvládnou se samostatně obléknout, najíst, vyprázdnit se)

Využívám rodinné příslušníky

Využívám služeb pracovníků v zařízení, kde žiji

Jiná ...

9. Vyhovuje Vám asistence, kterou využíváte?

Ano

Ne

10. Co byste uvedli jako pozitiva u Vámi využívané osobní asistence?

Příznivá cena služby

Časové možnosti osobních asistentů/osobního asistenta

Kvalita odvedené práce

Jiná ...

11. Z jakých důvodů jste nespokojeni s využíváním osobní asistence?

Je finančně náročná

Nemají dostatečné časové možnosti

Nejsou dostatečně kvalifikováni a zaučení

Jiná ...

12. Kolik hodin týdně u Vás stráví osobní asistent?

Až 7 hodin/týden

8-14 hodin/týden

15-21 hodin/týden

22-28 hodin/týden

Více jak 29 hodin/týden

Pouze nárazově, nejedná se o pravidelnou asistenci

Přečtěte si následující text o Live-in asistenci.

Viz obrázek č.1 (Obrázek 2)

13.Slyšeli jste někdy (před přečtením) o Live-in asistenci?

Ano

Ne

14.Jaká shledáváte pozitiva na zmínění Live-in asistenci?

Časové možnosti asistentů

Ubytování asistenta ve vlastním bytě/domě

Kvalifikovanost asistentů

Osobní vztah mezi asistentem a klientem

Možnost vlastního výběru asistenta

Možnost ubytovat asistenta v domácím prostředí

Jiná ...

15.Vadilo by Vám poskytnout asistentovi bydlení ve svém domě/bytě?

Ano

Ne

16. Z jakých důvodů by Vám vadilo poskytnout asistentovi bydlení?

Nechci s nikým sdílet své bydlení

Nemám volné prostory v bytě/domě

Nemám prostory, ale kdybych měl službu bych využil/a

17. Měli byste v místě Vašeho bydliště prostor, kde by měl Live-in asistent své zázemí a soukromí?

Ano

Ne

Ne, ale v případě fungování služby bych si zkusil/a sehnat jiné bydlení

18. Pokud by tato specializovaná Live-in asistence byla dostupná v České republice, využili byste jejich služeb?

Ano

Ne

19. Který typ poskytované Live-in asistence byste využili?

Každodenní péče

4-6 dní v týdnu

1-3 dny v týdnu

Odlehčovací služba – pouze několik dní v měsíci

Odlehčovací služba – pouze několik dní v roce

20. Z jakých důvodů byste službu nevyužili?

Nepotřebuji ji, jsem plně soběstačný/á

Jsem spokojený/á se svou využívanou osobní asistencí nechtěl by měnit

Budu nadále využívat rodinné příslušníky

Jiná ...

21.I když byste o službu neměli zájem, myslíte si, že je pro kvadruplegiky lépe nastavena, než současná osobní asistence v České republice?

Ano, Live-in asistence je lépe nastavena

Ne, lépe nastavena je současná osobní asistence v České republice

Přijde mi to stejné

Nevím

Přílohy 3 Vyjádření Etické komise UK FTVS

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Live-in osobní asistence u osob s kvadruplegií

Forma projektu: výzkumná práce - diplomová práce

Období realizace: květen 2023

Výzkum bude realizován v souladu s platnými epidemiologickými opatřeními Ministerstva zdravotnictví ČR.

Předkladatel: Kateřina Pařízková, Bc.

Hlavní řešitel: Kateřina Pařízková, Bc.

Místo výzkumu (pracoviště): on-line dotazování

Vedoucí práce (v případě studentské práce): Mgr. Ilona Pavlová, MBA

Popis projektu: Cílem diplomové práce je zjistit, zda by čeští pracovníci v sociálních službách měli zájem vykonávat formu osobní asistence Live-in pro osoby s kvadruplegií a zároveň zjistit, zda by osoby s kvadruplegií mohli tuto formu osobní asistence využívat a přispívat k aktivně k její realizaci. V teoretické části bude stručně sepsána etiologie, patofyziologie vzniku kvadruplegie, klinický obraz, fáze léčby a následná péče a prognóza po takto vážném míšním poranění. Dále bude stručně nastíněna a vysvětlena práce osobních asistentů, tedy pracovníků v sociálních službách a systém sociálních služeb v České republice. Také v DP představím osobní asistenci Live-in, provozovanou britskou společností Origin – Source od Specialist Care for People with Spinal Injuries. Ve výzkumné části v rámci kvantitativní výzkumné analýzy bude využita metoda dvou dotazníků vlastní konstrukce. Pro získání první skupiny respondentů bude využita platforma sociálních sítí (Facebook), kde bude dotazník vytvořený v programu Survio umístěn, a nasdílen do skupin směřující pracovníky v sociálních službách. Druhý dotazník bude vytvořen taktéž v programu Survio, a bude umístěn on-line na stránkách různých společností, které sdružují osoby s kvadruplegií. V rámci dotazníkového šetření nebudou zjišťována žádná citlivá a osobní data a nedojde tak k jejich zneužití.

Charakteristika účastníků výzkumu:

Předpokládaný počet účastníků prvního internetového dotazníku: 200, 18-65 let.

Předpokládaný počet účastníků druhého dotazníku: 50, 18-90 let.

Výzkumu se nezúčastní osoby s akutním (zejména infekční) onemocněním.

Zajištění bezpečnosti: Data budou získána on-line anketním šetřením. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu: Do projektu budou zařazeny pouze zletilé osoby z nevulnerabilních skupin.

Práce se bude zabývat konfrontací jedné z forem osobní asistence v České republice a ve Velké Británii. Data do teoretické části budou čerpána z odborné literatury, odborných článků a webových stránek. Výzkum bude prováděn pouze v českém jazyce v ČR.

Data do praktické části budou získána anonymním dotazníkovým šetřením on-line. V rámci dotazníkového šetření nebudou zjišťována žádná citlivá a osobní data a zajistím, aby nedošlo k jejich zneužití.

Potenciální střet zájmů: Já ani nikdo z řešitelského týmu nemáme soukromý zájem na výsledku výzkumu a ani výzkum nevede k osobním prospěchům. Výzkum není prováděn pro žádnou instituci či organizaci. Nejsem v pracovně právním (ani rodinném) vztahu k žádnému účastníkovi výzkumu. Během své práce, jsem se často setkávala s neadekvátní a nedostatečnou péčí, která je lidem s kvadruplegií nabízena ze stran sociálních služeb a osobních asistentů. Z těchto důvodů jsem se rozhodla zjistit, jaké kvality má Live-in asistence vykonávaná ve Velké Británii. A zda by se tento koncept ze stran osob s kvadruplegií a zaměstnanců v sociálních službách uchytily v České republice. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ovlivnit objektivitu výzkumu. Vedoucí práce bude dohlížet nad korektností a nestranností posuzování výsledků výzkumu mou osobou. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ohrozit integritu a důvěryhodnost výzkumu.

Ochrana osobních dat: Data budou shromažďována a zpracována v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: pohlaví, věk, odpovědi na otázky – které budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném počítači, a přístup k nim bude mít jen řešitel práce.

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby – budu dbát na to, aby jednotliví účastníci nebyli rozpoznatelní v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou do 1 dne po testování anonymizována. Získaná data budou zpracována, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v diplomové práci, případně v odborných časopisech, monografiích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Vedoucí práce bude dohlížet nad korektností a nestranností posuzování výsledků výzkumu mou osobou.

Požizování fotografií/videí/audio nahrávek účastníků: Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie ani videozáznamy.

Text informovaného souhlasu (IS): Je součástí úvodu dotazníku. Zjednodušená forma informovaného souhlasu je přiložena v úvodní části k dotazníku.

Povinnosti všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.
Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 14. 4. 2023

Podpis předkladatele:

Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

Členové: prof. MUDr. Jan Heller, CSc.

prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem:

dne: 19.4.2023
14.4.2023

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a neshledala rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směricemi pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Josef Martího 31, 162 52, Praha 6
Etická komise UK FTVS

- 20 -

.....
podpis předsedkyně EK UK FTVS