

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Zuzana Havránková

Terénní péče ve Šluknovském výběžku

Diplomová práce

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

Ve Varnsdorfu dne 30. 6. 2023

Zuzana Havránková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Vrzáčkovi za vlídné a podnětné vedení mé diplomové práce. Ing. Monice Lampové za úvodní konzultaci, která mi pomohla uchopit zkoumané téma a Bc. Natálii Bočkové za ochotu konzultovat empirickou část práce. Velmi vděčná jsem také panu Milanu Hrabalovi za všímavé připomínky a nekonečnou trpělivost při korekturách. V neposlední řadě děkuji svému manželovi za jeho podporu a vytváření podmínek pro psaní této práce.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá terénní sociální péčí ve Šluknovském výběžku, pohraničním regionu Ústeckého kraje. Teoretická část práce mapuje pokrytí regionu poskytovateli služeb terénní péče a zjišťuje překážky rozvoje jejich kapacit. Jednou z možných bariér rozvoje kapacit poskytovatelů je nedostatečná poptávka po jejich službách z důvodu neznalosti nových konceptů terénní péče cílovou skupinou. Cílem empirické části diplomové práce je poznat postoj potencionálních klientů ke službám terénní péče a zjistit preference typu služby sociální péče. Data sbíraná technikou kvalitativního dotazování jsou analyzována trojitým kódováním a interpretováním vztahů výsledných kategorií. Výzkumná zjištění potvrzují nedůvěřivý postoj potencionálních klientů ke službám terénní péče a ukazují značnou míru neinformovanosti o těchto službách. Osoby řešící potřebu péče v regionu se přiklání spíše k zažitému způsobu řešení, tj. pečovat svými silami a poté využít nabídky pobytových služeb. Vnímání terénních služeb péče obyvateli ovlivňuje její využívání, a proto jsou závěrečná doporučení směřována na změny v práci s cílovou skupinou i s širší veřejností.

Klíčová slova: terénní péče, pečovatelská služba, osobní asistence, plánování sociálních služeb, Ústecký kraj, Šluknovský výběžek

ABSTRACT

This diploma thesis deals with field social care services in the Šluknov region, the border region of the Ústí nad Labem County. The theoretical part of the thesis focuses on mapping regional coverage by the field care service providers and identifying obstacles to the development of their capacities. One of the possible barriers to the development of providers' capacities is considered the insufficient demand from the target group, due to unfamiliarity of new concepts of field care. The aim of the empirical part of this diploma thesis is therefore to know the attitude of potential clients towards field care services and to find out the preferences of personal care type. Data collected by qualitative questioning techniques are analysed by triple coding and interpretation of resulting categories and their relationships. Research findings concludes that there is distrust amongst potential clients

towards field care services and show a significant degree of unfamiliarity with these services. People in need for care in the region tend to prefer the established way of solution, i.e. to care with their own strength, then use the offer of residential care services. Since the perception of field care services by residents has an impact on its usage, recommendations are focused on adjustments to working procedures with the target group as well as the wider public.

Key words: field care, care service, personal assistance, social services planning, Ústecký kraj county, Šluknov region

Obsah

I. ÚVOD.....	1
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1. Sociální služby péče.....	4
1.1 Terénní služby sociální péče.....	6
1.1.1 Osobní asistence.....	7
1.1.2 Pečovatelská služba.....	9
2. Sociální služby ve Šluknovském výběžku.....	11
2.1 Šluknovský výběžek – charakteristika a demografická data.....	13
2.2 Úloha kraje v plánování sociálních služeb.....	21
2.2.1 Proces střednědobého plánování sociálních služeb v Ústeckém kraji.....	22
2.2.2 Základní síť sociálních služeb Ústeckého kraje.....	25
2.2.3 Požadavky Ústeckého kraje na poskytovatele terénní péče.....	28
2.3 Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku.....	30
2.4 Poskytovatelé terénních sociálních služeb na Šluknovsku.....	32
2.5 Souhrn terénního šetření v regionu.....	36
III. EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	42
2. Výzkumná strategie.....	43
2.1 Reflexe vlastní pozice výzkumníka.....	44
3. Výzkumná populace a vzorek.....	45
4. Technika sběru dat – kvalitativní rozhovor.....	48
5. Výzkumný postup a realizace sběru dat.....	49
6. Etické aspekty výzkumu.....	51
7. Interpretační část.....	52
7.1 Odpovědi na výzkumné otázky.....	67
7.1.1 Znají potenciální klienti služby sociální péče?.....	67
7.1.2 Jakým způsobem řeší klienti potřebu péče?.....	69
7.1.3 Jaký mají potencionální klienti postoj k terénním službám péče?.....	71
8. Diskuze.....	72
8.1 Doporučení pro praxi.....	75
IV. ZÁVĚR.....	77
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	80
PŘÍLOHY.....	82

I. ÚVOD

V úvodní kapitole své práce bych ráda čtenáři představila vybrané téma a důvody, jež mě vedly ke zpracování právě tohoto tématu i výběr místa, ke kterému se vztahuje mnou provedený výzkum. Dále také cíle a ambice, které má tato diplomová práce naplnit.

Během mé praxe sociální pracovnice jsem se věnovala především službě, kterou zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., v § 33, definuje jako terénní službu sociální péče. Jedná se o poskytování podpory a pomoci osobám v soběstačnosti v jejich přirozeném prostředí. Jde o jedinečný nástroj, který flexibilně reaguje na potřeby každého člověka tak, jak vyžaduje on sám, či jeho stav. V poskytování terénní péče je kladen důraz na seburčení klienta a jeho zplnomocnění. Zákon ve stejném paragrafu uvádí, že každý občan má právo na život v co nejméně omezujícím prostředí. Míra seburčení klienta v terénní péči je individuální. Každý profesionál by se měl snažit o udržení soběstačnosti svých klientů na maximální možné míře. Terénní péče ovšem není pouze záležitostí profesionálních poskytovatelů. Pečovatelé v terénu jsou často lidé, kteří pocházejí z blízkého okolí potřebné osoby, z jejího komunitního prostředí, tzv. neformální pečující. Příbuzní, přátelé, známí či sousedé znají návyky, potřeby, záliby člověka, u kterého vzniká postupná potřeba péče. V ideálním případě přebírají péči profesionálové ve chvíli, kdy jsou potřeby příliš velké na to, aby byly uspokojeny neformální výpomocí a dochází ke spolupráci obou forem péče, tj. neformální i formální.

Přestože práce pečujících není společensky dostatečně oceněna a respektována (Horecký, 2010), osobně jsem v ní našla velmi uspokojivé povolání, které mělo okamžitý pozitivní vliv na život osob, o které jsem pečovala. Právě v umožnění seberealizace člověku, který bez pomoci druhé osoby nemůže překonat svá omezení, spočívá síla terénní sociální služby péče. Za velké štěstí považuji to, že v počátcích mé dobrovolné práce byla mou klientkou Ing. Jana Hrdá, průkopnice osobní asistence v České republice. Paní Hrdá si nejen hledala své osobní asistentky sama, ale také je osobně zaučovala ve všech oblastech pomoci. Její vliv na mě byl takový, že jsem se později rozhodla pro studium sociální práce. Inspirativní pro mě byla také práce v organizaci Domov Sue Ryder v Praze, kde jsem se ve službě osobní asistence pod vedením Mgr. Petra Krbce mohla učit a čerpat

z příkladu dobré praxe. Učila jsem se také od všech klientů, kteří mě v důvěře pustili do svého soukromí. Každý z nich byl odborníkem na svůj život, své potřeby a způsob pomoci.

Koncepty a pojetí současně poskytovaných terénních služeb péče vychází z historického vývoje, ze sociální politiky státu, z krajského a komunitního plánování sociálních služeb a potřeb samotných klientů (Vítová, 2010). Všechny tyto nástroje používá stát a kraje k realizaci svých plánů a cílů týkajících se rozvoje sociální péče. Všechny by měly nést společného jmenovatele a tím je zachování integrity člověka (Hrdá, 2006).

Terénní služby sociální péče považují také za velmi účinný nástroj v začleňování osob závislých na pomoci druhé osoby do společnosti a zároveň za preventivní nástroj před předčasným umístěním do institucionální péče. Mou motivací, k bližšímu zkoumání těchto služeb, je přání rozvoje terénních služeb péče a jejich plošná dostupnost v regionu, ve kterém žiji, tj. ve Šluknovském výběžku. Tento region má svá geograficko-historická specifika, která popisuji v samostatné kapitole. V úvodu zmíním pouze hlavní problém, jímž je regionální nevyrovnanost, která ovlivňuje tak zásadní oblasti jako je zdravotnictví, zaměstnanost, ale i sociálních služby. Z vlastní zkušenosti a také z analýz dat krajského úřadu Ústeckého kraje (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro období 2021-2023) vyplývá, že se jedná o region, kde terénní péče chybí, a k potřebnému rozvoji kapacit dochází pomalu. Právě důvody této nerovnováhy zjišťuji a popisuji ve své práci takovým způsobem, aby došlo k lepšímu pochopení situace místními samosprávami při dalším komunitním plánování a výchozí data mohla sloužit i krajské pracovní skupině pro služby péče.

Náplní teoretické části práce je podrobný popis současného stavu terénních služeb sociální péče ve Šluknovském výběžku. Nejdříve představení těchto služeb obecně a dále jejich pojetí pro účely mého výzkumu. Také prezentace regionu, na který jsem se zaměřila a vybraná demografická data, která pomohou vykreslit současný stav a jsou podstatná pro plánování sociálních služeb, tj. především věkové rozložení populace, počet příspěvků na péči atd. Popis komunitního plánování jako zásadního procesu formujícího podmínky pro

rozvoj sociálních služeb. Ve třetí kapitole prezentuji všechny poskytovatele terénní péče v regionu a jejich současné zkušenosti a úskalí, také uvedu data získaná ohledně množství uživatelů a žadatelů o služby terénní péče. Takto jednotlivě a podrobně zanalyzovaná data shrnuji v poslední kapitole teoretické části. Jedním z dílčích cílů této práce je zjistit, zda a z jakého důvodu jsou v regionu obce, kde není poskytována žádná terénní péče.

Praktickou částí a hlavním cílem mé diplomové práce je přispět do již stávajících analýz novým zjištěním, zda a jaké překážky klade v rozvoji terénních služeb jejich potenciální klientela. Cílem práce je poznat postoj rodin či jednotlivců/potenciálních klientů k terénní sociální službě péče a zjistit možné příčiny, které ovlivňují poptávku a preference typu služby. Jaké objektivní i subjektivní bariéry mají lidé žijící ve Šluknovském výběžku při výběru péče o svou osobu či o své blízké. Za užitečné považuji rovněž zjištění, nakolik je terénní péče přijata veřejností jako rovnocenná partnerka v péči o blízkou osobu a je považována za spolehlivou a funkční, nebo existuje určitá nedůvěra, případně neznalost terénní péče mezi obyvateli Šluknovska. Jaké další motivy mohou mít lidé při výběru péče o sebe či své blízké.

Respondenty k rozhovorům jsem vybrala z řad pacientů (či jejich rodinných příslušníků) léčebny pro dlouhodobě nemocné ve Varnsdorfu a Rumburku, také z řad žadatelů o službu domovů pro seniory ve Šluknovském výběžku. Dále mezi žadateli o službu u poskytovatelů terénní péče v regionu, či s jejich rodinnými příslušníky. Kritériem pro výběr respondentů byla životní situace klientů/pacientů/žadatelů, tj. taková situace, kdy byl možný návrat z instituce/nemocnice do domácího prostředí či setrvání v něm za pomoci druhé osoby. V závěrečné části popisuji, zda a do jaké míry se mi podařilo naplnit vytyčené cíle.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Sociální služby péče

Stát k realizaci své sociální politiky používá řadu nástrojů, které mají za úkol soustavně a cíleně působit na sociální systém tak, aby docházelo k udržení nebo zlepšení společenských poměrů (Tomeš, 2010). Význam slova sociální se v současnosti interpretuje jako *tykající se lidské společnosti, vztahů mezi lidmi, tykající se úsilí o zlepšení životních podmínek, společenský* (Tomeš, 2010, str. 27). Matoušek uvádí, že v širším pojetí je smyslem sociální politiky zajistit určitou úroveň **sociální ochrany** a že předmětem sociální politiky jsou životní a pracovní podmínky občanů, také životní události, které člověk sám nedokáže překonat a potřebuje k jejich řešení vnější pomoc. Zde se může jednat o zmírnění důsledků i o odstraňování příčin vzniku takových situací (Matoušek). Stát tedy nabízí **sociální pomoc**. Sociální pomoc je jedním ze tří nástrojů státní sociální ochrany. Jde o sociální pojištění, sociální zaopatření (tedy peněžité dávky) a sociální pomoc (může být peněžité, věcná, nebo **formou služeb**) (Tomeš, 2010). Jedná se o široké spektrum různě specializované pomoci lišící se jak formou, tak i např. intenzitou, naléhavostí, způsobem práce, charakterem pomoci atd. Porozumět tomu, jak jsou v současnosti v České republice sociální služby chápány a členěny, nám pomůže Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon poskytuje základní vztahový rámec pojmů, které jsou předmětem mé práce, proto se o něj opírám a v první řadě cituji 3. paragraf, odstavec a): „**sociální službou** (se rozumí) činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

Za velice důležité považuji to, že zákon hledí na sociální služby jako na prostředek, jehož cílem je **začlenění** člověka do společnosti, nebo zabránění jeho vyloučení. Tudiž, ať už se jedná o jakoukoliv formu či druh služby, tato obecná definice určuje účel a význam každé z nich. Sociální služby jsou chápány jako nástroj, který umožní potřebným osobám přizpůsobit jejich okolí tak, aby mohly být součástí společnosti či veřejného života. Hlavním cílem sociální služby, je **zachování integrity a vyrovnání příležitostí** k běžnému životu. Dalším cílem v sociální práci je proces zplnomocňování (empowerment), jehož význam roste od konce 20. století a který podporuje získávání

kontroly nad okolnostmi života a snahy o určování a naplňování životních cílů jednotlivců i skupin (Adams, 2008). K těmto cílům by měli aspirovat poskytovatelé všech sociálních služeb, sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách: působit na společenské prostředí tak, aby přijímalo a začleňovalo osoby v **nepříznivé sociální situaci**, nikoliv je společensky limitovalo. Definici takové situace popisuje zákon 108/2006 Sb. ve stejném paragrafu, odstavci b):

Nepříznivou sociální situací (se rozumí) oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situací tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“.

Zákon rozlišuje tři **druhy** sociálních služeb:

- Sociální poradenství
§ 37, poskytnutí potřebných informací k řešení nepříznivé sociální situace
- Služby sociální péče
§ 38, pomoc při zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osobám, které jsou závislé na pomoci druhé osoby
- Služby sociální prevence
§ 53, cílem je pomáhat osobám k překonání nepříznivé či krizové situace, tím zabránit sociálnímu vyloučení osob, také chránit společnost před vznikem či šířením nežádoucích společenských jevů.

V § 33 zákon rozlišuje tři **formy** sociálních služeb:

- Pobytové služby (tj. spojené s poskytováním ubytováním v zařízení sociálních služeb)
- Ambulantní služby (tj. takové, kdy osoba dochází či je doprovázena do zařízení sociálních služeb)
- Terénní služby (tj. takové, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí osoby, která službu využívá)

V následujících kapitolách své práce se budu podrobněji zabývat službami sociální péče v terénní formě. Konkrétně se jedná o osobní asistenci (dále OA) a pečovatelskou službu (dále PS). Cílové skupiny těchto služeb jsou zdravotně znevýhodnění občané a senioři.

1.1 Terénní služby sociální péče

Pro základní definici služeb sociální péče (dále SSP) opět sáhnu po zákonu o sociálních službách, konkrétně § 38: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.*“

Služby sociální péče mají společného jmenovatele a tím je zdravotní omezení. Lze zjednodušeně říci, že pečovatel kompenzuje klientovi pouze to, co mu postižení či nemoc nedovolí dělat, tudíž je klientova potřeba poměrně jasně rozeznatelná. Na rozdíl např. od sociálního poradenství, kde cílem je pomoc poskytnutím informací, případně od sociálních služeb prevence, kde je mnohem obtížnější odkrýt původ klientových potíží, jež se hůře odstraňují. Pro účely této diplomové práce používám výraz klient pro osobu, které je poskytována sociální služba, neboť, jak uvádí Payne, kategorizování lidí je vždy problematické, nicméně pojem klient je považován za nejvíce inkluzivní a obecně srozumitelný (Payne, 2022).

Terénní formy SSP se poskytují v přirozeném prostředí klienta, kde je možné flexibilně reagovat na potřeby klienta, nejen v rozsahu péče, ale také v intenzitě, tedy jak často či kolik času klient získá od poskytovatele. V kombinaci s neformální péčí rodiny jsou terénní služby sociální péče považovány za nejméně nákladové pro stát. Jak uvádí Vostatek a kol., v případě vyššího stupně závislosti a pouze formální čili tzv. státní péče, jsou ekonomicky optimální variantou pobytové služby (Vostatek a kol.,2013).

Pro úplnost uvádím, že do zákonného výčtu terénních SSP patří také další služby, které se v praxi často kombinují nebo poskytují v rámci OA či PS. Jsou to:

§ 41 Tísňová péče

§ 42 Průvodcovské a předčitatelské služby

§ 43 Podpora samostatného bydlení

§ 43 Odlehčovací služby

1.1.1 Osobní asistence

Jak jsem již v předešlých kapitolách uvedla, osobní asistence (OA) je jednou ze služeb sociální péče v terénní formě. V současnosti státní Registr poskytovatelů sociální služeb eviduje 207 organizací poskytující tuto službu v ČR. Pro rok 2021, uvádí Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 9 026 dospělých klientů OA poskytovanou registrovanými, tj. formálními, poskytovateli (oproti např. roku 2016, kdy uvádí 7 559 klientů). Přestože je tato služba tedy poměrně rozšířená a rozvíjí se, bývá často zaměňována za jiné služby, nejčastěji za pečovatelskou službu (Hrdá, 2006). Proto v následujících dvou kapitolách tyto dvě služby popisuji a vysvětlím rozdíly mezi nimi, neboť přestože obě služby mohou působit identicky, mají odlišné zásady a postupy.

Nejprve stručně zmíním počátek a vývoj OA. Považuji ho za důležitý především tím, že vychází z reálných potřeb lidí žijících s postižením, jimi byla založena a je to příkladný proces změny sociálního prostředí ve prospěch lidí se zdravotním omezením. Počátek této služby v zahraničí je spojený s hnutím Independent living (dále jen IL), v překladu nezávislé, resp. sebeurčující, žití. Základy tomuto hnutí dal v 60. letech 20. století Američan Ed Roberts, který jako první studoval na univerzitě v Berkeley se závažným tělesným postižením. Roberts ve 14 letech prodělal infekční onemocnění dětskou obrnu, po které zůstal ochrnutý od krku dolů, kromě dvou prstů na ruce, tzn. stal se z něj kvadruplegik. Později zakládá s dalšími stejně postiženými vrstevníky spolek s provokativním názvem Rolling quads čili „Valící se kvadrrouši“ (Hrdá, 2006). Studenti chtěli žít rovnocenný život se svými vrstevníky a odmítali ústavní péči. Zformulovali principy hnutí IL, které se postupně rozšířily po západním světě. Hlavními principy jsou tzv. „4 D“:

1. Delimitace – osoba, která používá nebo kupuje službu nebo produkt, rozhoduje, co je pro ni nejlepší, služba není limitována na určité úkony v určitém čase.
2. Deinstitutionalizace – žádná osoba by neměla být institucionalizována (budovou, programem nebo rodinou) na základě zdravotního postižení.
3. Demedikalizace – jedinci se zdravotním postižením nejsou "nemocní" a proto nevyžadují pomoc zdravotnických pracovníků pro každodenní život.
4. Deprofesionalizace – lidé se učí a rostou z diskuse o svých potřebách, obavách a problémech s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti. Odborníci nejsou zdrojem

poskytované pomoci, osoba s postižením si školí své asistenty sama. (Crewe, Zola, 2001)

Základy OA v České republice kopírují příklad z USA o přibližně 30 let později. Průkopnicí, a nejspíše první osobou žijící s postižením doma za pomoci své rodiny a později osobních asistentek, byla Ing. Jana Hrdá. Paní Hrdá po vážné autonehodě s rozsáhlými následky odmítá ústavní péči, chce zůstat i nadále matkou svých malých dětí a dle stejných zásad jako IL (aniž by hnutí znala) si organizuje péči o sebe a svou rodinu. S její pomocí později podává první projekt na službu OA Pražská organizace vozíčkářů (Hrdá, 2004) a zasadila se o uzákonění služby OA v přijatém Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon mimo jiné také v § 7 nově ustanovil sociální dávku Příspěvek na péči. Příspěvek je vyplácen přímo osobě s postižením, aby sama mohla platit za tu službu, kterou si vybere. Toto usnadnilo občanům s postižením financování OA a začal růst počet příjemců služby napříč republikou (Hrdá, 2004). MPSV uvádí v roce 2006 počet dospělých klientů formální služby OA 1 396, jak je uvedeno výše, v roce 2021 OA využívalo 9 026 osob. Osobní asistence bývá nejčastěji poskytována nestátními neziskovými organizacemi.

Službu osobní asistence mohou poskytovat i fyzické osoby neformální cestou, tedy pouze dohodou s osobou, která pomoc potřebuje, jsou to např. dobrovolníci, příbuzní, sousedé apod. Pokud je uživatel služby schopen si obstarat a vyškolit asistenty sám, mluví se o **sebeurčující** osobní asistenci. Klient si sám organizuje služby a práci svých asistentů. V případech, kdy toto není např. ze zdravotních důvodů možné, musí být o klienta postaráno **řízenou** OA (Hrdá, 2006). Řízenou službu poskytují registrovaní poskytovatelé OA, kteří se musí řídit standardy kvality dle zákona 108/2006 Sb. V obou případech služba OA umožňuje domluvit, či nasmlouvat, takový rámec služby, který odpovídá základním životním potřebám klienta (jako je hygiena, strava, polohování atd.), tak sociálním (např. setkání s přáteli, návštěva restaurace nebo rodiny, návštěva lékaře, úřadů atd.). Časový rozsah a obsah pomoci je individuální pro každého uživatele, neboť on sám, nebo s pomocí svých blízkých, si službu OA řídí. V praxi to znamená, že služba probíhá kdykoliv během dne a její délka i obsah činnosti je domluven mezi klientem

a poskytovatelem. OA se poskytuje u klienta doma, ale také v jeho zaměstnání nebo školách, zdravotnických zařízeních atd.

Zákon definuje v § 39 službu takto:

*Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje **bez časového omezení**, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*

Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně,*
- c) pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

1.1.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je v České republice nejrozšířenější terénní službou péče a těží z bohaté tradice poskytování pomoci na území našeho státu. Formovala se výrazněji od pol. 18.st. společně s rozšířením sociálních problémů společnosti. Základy jí dala laická a církevní pomoc pro chudé, nemocné a staré. Vznik tzv. domovského práva v roce 1863 byl základem novodobého systému péče, kdy povinnost postarat se o potřebné osoby připadla na obec. Následná industrializace, ale i vznik samostatného Československého státu, přináší mnoho společenských změn a nových sociálně potřebných skupin obyvatelstva. V roce 1919 vzniká Československý červený kříž poskytuje pečovatelskou a ošetrovatelskou domácí péči. Vznikají první učební obory a služba se rozvíjí i na úroveň prevence. Rozvoj služeb přerušila nejprve druhá světová válka a po ní změny související se znárodněním a centralizací sociální péče, která byla začleněna pod Ministerstvo zdravotnictví. Později přechází do gesce odborů sociálního zabezpečení okresních národních výborů. Obsah péče u klienta byl výsledkem řízení, které vedl odbor sociálního zabezpečení. V rozhodnutí bylo uvedeno, jaké úkony a v jakém rozsahu je má pečovatelská

vykonávat. Během 80. let komunistická vláda uznává nutnost větší sociální pomoci potřebným a vznikají sociálně-právní učební obory a spolu s tím se PS rozvíjí. Vznikají tzv. domovinky pro seniory (obdobu dnešních denních stacionářů) a budují se domy s pečovatelskou službou. Dochází k nebývalému rozvoji PS, z počtu 2 054 příjemců služby v roce 1960 byl nárůst na 38 649 příjemců v roce 1980. (Vítová, 2010). Po Sametové revoluci v roce 1989 je PS nejrozšířenější terénní sociální služba, ale prochází organizačními změnami. Naráží na nepružnou legislativu z minulých let, mění se zřizovatelé (se zánikem okresů přechází na obce, či kraje), na nejasné právní normy týkající se financování atd. (Vítová, 2010). Vzniká Česká asociace pečovatelské služby a podílí se na vzniku současného zákona o sociálních službách. PS má bohatou tradici poskytování péče na území našeho státu, ale také nese dědictví z dob socialismu, které se projevuje především na úrovni přímé péče (například: pracovní doba od 7 – 15hod, pouze donáška oběda, služba pouze v domě s pečovatelskou službou, nikoli v terénu) jedná se o zastaralé způsoby poskytování péče, které se postupně odstraňují a tam, kde se **poskytovatelé rozhodli projít transformací**, se PS se mění v moderní sociální službu.

Vybrala jsem takové údaje z historie služby, které formovaly PS do dnešní podoby a lépe pomohou porozumět rozdílu mezi pečovatelskou službou a osobní asistencí.

V první řadě jde o zmíněnou povinnost obcí, postarat se o obyvatele žijící na jejím území, proto jsou PS nejčastěji poskytovány příspěvkovými organizacemi zřizovanými příslušnými městskými částmi či městy. Často bývá PS přidružena k domům s byty zvláštního určení (nebo domy s pečovatelskou službou). Služba se poskytuje u uživatele služby doma, případně jde o donášku potravin, oběda domů. PS je smluvně poskytována v určitém čase a dělí se na úkony, které jsou klientovi účtovány. Dalším, historicky ovlivněným rysem, je současně vyhledávaný model pečovatelské služby nabízený v kombinaci s domácí ošetřovatelskou péčí. V praxi tak klient dostává pomoc v obou oblastech a nemusí být kvůli lehčím zdravotnickým zákrokům hospitalizován (Vítová, 2010).

Zákon o sociálních službách popisuje PS v § 40:

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba

poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*

Stejně jako osobní asistence, umožňuje pečovatelská služba svým klientům žít v soukromí svého bytu, navyklym způsobem. Pečovatelka se stává zdrojem sociálního kontaktu, podílí se na tvorbě denního režimu, poskytuje péči o tělo, domácnost, ale i psychickou podporu. PS poskytuje zákonem výše vyjmenované úkony, tedy **užší spektrum pomoci** než OA. Je poskytována ve **vymezeném čase v domácnosti klienta** (nejčastěji pracovní dny, od-do), a náplň pomoci je smluvně vázána na **úkony**, které se účtují. Oproti tomu OA je účtována **hodinově, za spotřebovaný čas**, náplň pomoci je různá a zákonem je vymezeno její **širší spektrum**. OA se také poskytuje i **mimo domov** klienta. Podrobněji se jednotlivými kompetencemi obou služeb zabývá vyhláška 505/2006 Sb., která v části druhé, v § 5 a v § 6 specifikuje základní úkony každé služby. Dle mého názoru se jedná o formální rozlišení obou služeb, které ovšem v praxi poskytování péče splývá a reálně se v služby odlišují především v charakteristikách, které zmiňuji výše. Byť velmi podobné, vzájemně se doplňující služby OA a PS jsou předmětem mého zkoumání v regionu, který představuji v následující kapitole.

2. Sociální služby ve Šluknovském výběžku

Region Šluknovska jsem si vybrala především proto, že zde žiji a pracuji jako sociální pracovnice. Považuji tuto pohraniční oblast za zajímavou pro svá specifika regionální i demografická. Její kulturní oblast je ovlivněna historickým vývojem a překrýváním české, saské a lužické tradice. Výrazné je historické dědictví velkokapacitních pobytových zařízení ústavního typu umístěných v odlehlých oblastech regionu. Ústavní zařízení začala vznikat po odsunu německých obyvatel v letech 1945 až 1946. Tehdejší vláda využila proces nového osidlování také ke koncentraci postižených

obyvatel do pohraničí, daleko od velkých měst. Dokument Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku 2019-23 uvádí, že „*Celková kapacita pobytových služeb pro seniory na Šluknovsku je z hlediska kraje výrazně vyšší než průměr na 1000 obyvatel v Ústeckém kraji.*“ Region má v květnu 2023 zavedenou stabilní síť sociálních služeb. V oblasti terénní péče zde působí 6 poskytovatelů pečovatelské služby a 4 poskytovatelé osobní asistence.

Obrázek č. 1: Grafické znázornění Šluknovského výběžku na mapě

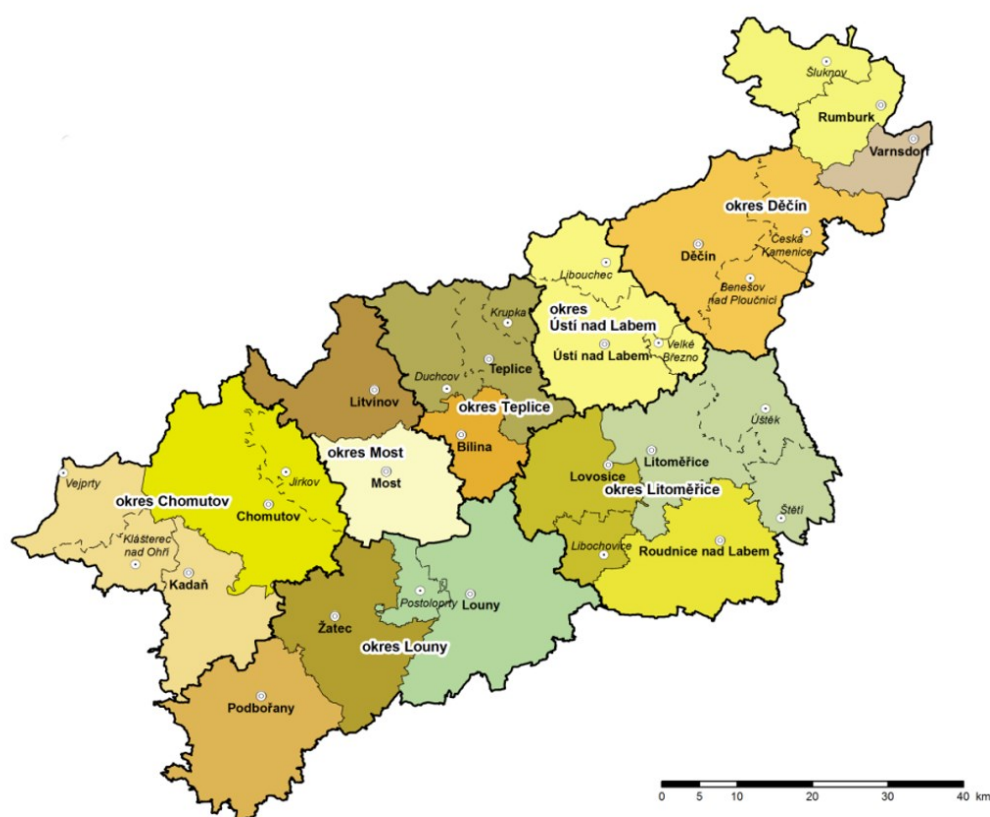


Zdroj: KPSS ŠV 2013-17

2.1 Šluknovský výběžek – charakteristika a demografická data

Šluknovský výběžek tvoří severovýchodní část Ústeckého kraje, přičemž sousedí s Německem a Polskem. Jakousi pomyslnou hranici utváří pohoří podél jižní části výběžku, které jej odděluje, byť pouze geograficky, od Libereckého kraje. Rozloha regionu je 356,11 km² a žije v něm 52 836 obyvatel v 18 obcích.

Obrázek č. 2: Mapa jednotlivých regionů Ústeckého kraje



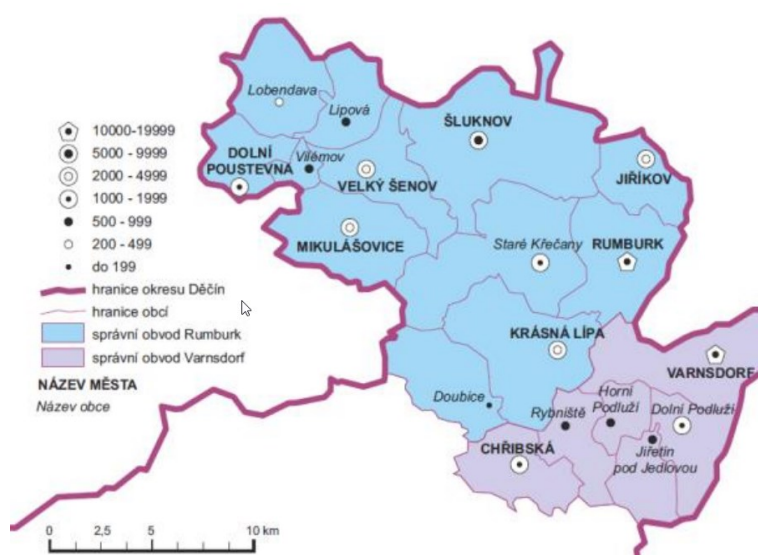
Zdroj: APRSS ÚK 2023

Správní obvody obcí s rozšířenou působností (dále jen ORP), Rumburk a Varnsdorf, patří do správních obvodů Ústeckého kraje a spadají do okresu Děčín. Pro potřeby krajského plánování sociálních služeb je okres Děčín rozdělen pro svá regionální specifika na Děčínsko a Šluknovsko. Šluknovsko je tedy dále rozděleno na ORP Rumburk a ORP Varnsdorf. ORP Rumburk zahrnuje obce Dolní Poustevna, Šluknov, Jiříkov, Krásná Lípa, Mikulášovice, Velký Šenov a obce Lipová, Lobendava, Vilémov, Staré Křečany,

Doubice. V tomto území jsou vyčleněny dva správní obvody obcí s pověřeným obecním úřadem: Rumburk a Šluknov. Rozloha správního obvodu města Rumburk je 266,11 km² a žije v něm 30.495 obyvatel.

Nejmenší správní obvod obce s rozšířenou působností v Ústeckém kraji je ORP Varnsdorf. Zahnuje obce Varnsdorf a Chřibská, obce Dolní Podluží, Jiřetín pod Jedlovou, Horní Podluží a Rybníště. Jeho rozloha je 88,85 km² a žije v něm 22.341 obyvatel. Rozmístění a aglomeraci jednotlivých obcí regionu znázorňuje obrázek č. 3.

Obrázek č. 3: Mapa ORP Rumburk a ORP Varnsdorf



Zdroj: KPSS ŠV 2019-2023

Tento pohraniční region dlouhodobě vykazuje vysokou nezaměstnanost a také vysoký počet sociálně, ekonomicky, ale i kulturně a prostorově vyloučených obyvatel. V kombinaci s místní podprůměrnou vzdělaností obyvatelstva dochází v regionu k růstu počtu patologických jevů. Zdravotnická péče je, v květnu 2023, v oblasti Šluknovska neutěšená, chybí specialisté a v současné době také chybí urgentní příjem pro pacienty v akutním stavu, neblíží je v okresním městě Děčín, případně v Liberci. Region je náročný pro poskytování sociálních služeb svou velkou rozlohou, dlouhými dojezdy ke klientům a dopravními náklady (Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2023). Z dat Českého statistického úřadu vyplývá, že obyvatel v regionu ubývá migrací, jeho populace stárne a rodí se stále méně dětí. Jak uvádí tabulka č.1, v ORP Rumburk ve sledovaných letech 2010-2021 ubylo 2 601 obyvatel. Počet živě narozených

děti má klesající tendenci, ale index stáří, tj. počet seniorů na 100 dětí ve věku 0-14, vzrostl z 83,5 na 128,7. Podíl seniorů v celkové populaci ORP Rumburk vzrostl za 11 let o 7,4, činí tak 20,9 %. Tato data ukazují změnu ve složení věkové struktury obyvatelstva ve prospěch stárnutí populace.

Tabulka č. 1. Vybrané ukazatele za správní obvod Rumburk v letech 2010-2021. Zdroj: ČSÚ

UKAZATEL	SO ORP Rumburk											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OBVYATELSTVO												
Počet obyvatel (k 31. 12.) ¹⁾	34 600	33 646	33 556	33 425	33 366	33 161	32 939	32 776	32 795	32 795	32 529	31 999
Živé narození	376	363	336	322	353	343	312	327	276	316	324	304
Zemřelí celkem	428	367	388	416	375	444	412	424	437	400	500	525
podíl zemřelých na novotvary (%)	26,4	21,5	21,6	20,2	21,1	23,6	24,0	23,8	24,3	27,3	20,2	15,2
podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy (%)	49,1	47,1	50,0	50,5	49,6	47,3	48,8	46,7	46,2	37,3	40,8	38,1
podíl zemřelých na nemoci dýchací soustavy (%)	7,0	7,1	7,2	7,7	6,4	8,8	7,5	8,3	8,7	10,8	7,6	4,4
Přirozený přírůstek obyvatel (narození - zemřelí)	-52	-4	-52	-94	-22	-101	-100	-97	-161	-84	-176	-221
Přistěhovalí	670	600	632	637	697	630	603	600	764	705	669	698
Vystěhovalí	603	652	670	674	734	734	725	666	584	621	759	548
Přírůstek obyvatel stěhováním (přistěhovalí - vystěhovalí)	67	-52	-38	-37	-37	-104	-122	-66	180	84	-90	150
Celkový přírůstek (úbytek) obyvatel	15	-56	-90	-131	-59	-205	-222	-163	19	-	-266	-71
Shatky	139	117	130	123	126	154	136	141	141	159	156	158
Rozvody	103	72	87	97	95	66	94	73	64	63	69	66
Potravy	176	162	175	133	144	120	95	125	115	120	127	100
Průměrný věk mužů (roky)	38,1	38,5	38,9	39,2	39,6	39,9	40,2	40,4	40,6	40,9	40,8	41,1
Průměrný věk žen (roky)	41,1	41,5	41,7	42,1	42,4	42,6	42,9	43,2	43,3	43,5	43,5	43,8
Podíl obyvatel ve věku 65 a více let (%)	13,4	14,4	15,4	16,2	16,9	17,7	18,6	19,5	19,9	20,4	20,4	20,9
Index stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0–14 let)	83,5	88,9	95,5	100,7	105,2	109,9	115,5	120,0	122,8	125,4	123,9	128,7

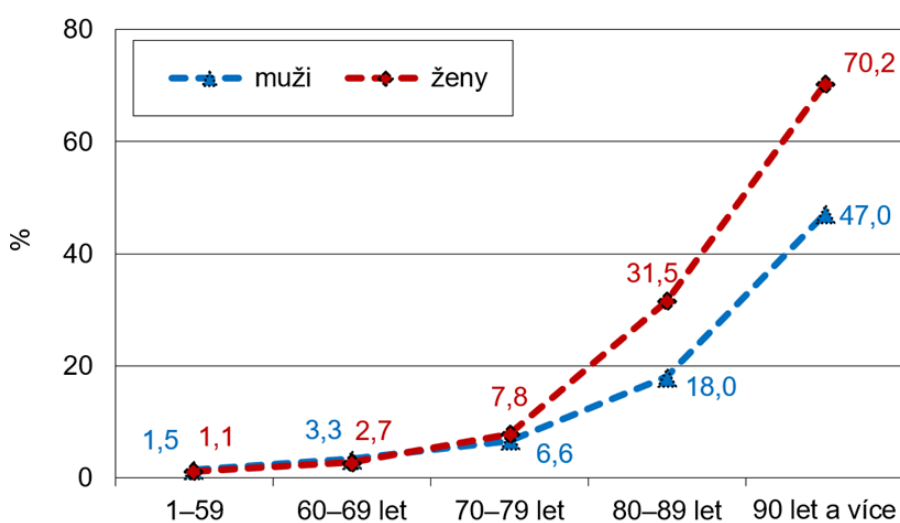
Tabulka č. 2. Časová osa vybraných demografických dat za správní obvod Varnsdorf 2010-2021. Zdroj: ČSÚ

UKAZATEL	SO ORP Varnsdorf											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OBVATELSTVO												
Počet obyvatel (k 31. 12.) ¹⁾	20 656	20 503	20 396	20 346	20 327	20 250	20 133	20 060	20 005	19 905	19 789	19 351
Živé narození	230	217	194	199	223	207	200	203	188	187	180	178
Zemřelí celkem	203	172	221	198	190	201	217	220	218	193	221	317
podíl zemřelých na novotvary (%)	28,1	23,3	25,3	24,2	32,6	25,9	28,6	28,2	19,3	25,4	24,0	19,9
podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy (%)	46,8	55,2	49,8	48,5	44,2	48,3	43,3	38,2	50,0	46,1	38,0	33,1
podíl zemřelých na nemoci dýchací soustavy (%)	6,4	2,3	6,8	5,1	6,8	10,4	11,5	10,0	11,5	11,4	7,2	5,7
Přirozený přírůstek obyvatel (narození - zemřelí)	27	45	-27	1	33	6	-17	-17	-30	-6	-41	-139
Přistěhovalí	383	331	334	391	414	386	412	345	400	348	348	344
Vystěhovalí	405	398	414	442	466	469	512	401	425	442	423	407
Přírůstek obyvatel stěhováním (přistěhovalí - vystěhovalí)	-22	-67	-80	-51	-52	-83	-100	-56	-25	-94	-75	-63
Celkový přírůstek (úbytek) obyvatel	5	-22	-107	-50	-19	-77	-117	-73	-55	-100	-116	-202
Šňatky	93	75	72	71	89	84	74	76	110	108	90	81
Rozvody	57	44	66	66	51	44	57	37	40	33	44	30
Potravy	107	84	100	96	80	89	85	65	73	63	66	57
Průměrný věk mužů (roky)	38,4	38,9	39,2	39,6	39,9	40,1	40,4	40,6	40,8	41,1	41,4	41,9
Průměrný věk žen (roky)	41,5	41,9	42,2	42,4	42,7	43,0	43,3	43,5	43,8	44,1	44,3	44,6
Podíl obyvatel ve věku 65 a více let (%)	13,8	14,6	15,6	16,3	17,3	18,1	18,8	19,6	20,2	21,2	21,8	22,2
Index stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0–14 let)	86,8	92,1	99,9	104,5	109,5	113,1	118,0	121,9	124,3	130,7	135,7	141,8

V ORP Varnsdorf je také zřejmý pokles obyvatel za posledních 11 let. Tabulka č. 2 uvádí pokles o 1 305 obyvatel, také se více lidí odstěhovalo, nežli přistěhovalo. Klesající tendence je zřejmá také u živě narozených dětí. Roste průměrný věk obyvatel, ve sledovaném období u žen o 3,1 roku a 3,5 u mužů. Podíl seniorů v celkové populaci ORP Varnsdorf vzrostl o 8,4 a činí tak 22,2 %. Index stáří významně vzrostl za sledované období na 141,8 seniorů na 100 dětí ve věku 0-14 let, což je nárůst o 55 seniorů na oproti roku 2010.

Při plánování sociálních služeb péče je nutné sledovat především demografická data o složení obyvatelstva seniorů, tedy nad 65 let a také data o míře porodnosti. Podrobněji se sleduje složení obyvatelstva 65+, neboť existuje předpoklad, že senioři ve věku 80+ jsou částečně závislí na péči druhé osoby a senioři ve věku 90+ jsou zcela závislí na péči druhé osoby a větší část těchto osob bude v pobytové sociální službě. Graf č. 1 ukazuje poměr mezi věkem a stupněm závislosti na pomoci druhé osoby. Přiznaný stupeň závislosti mělo 9,4 % seniorů ve věku 60+. Ve věkové skupině 80-89 let bylo 27 % závislých na pomoci a v kategorii nad 90 téměř třetina této populace. V prosinci roku 2021 bylo uznáno závislým na pomoci druhé osoby v Česku celkem 358 tisíc osob, z čehož 73 % (260 tis.) bylo seniorů ve věku 60 a více let. (Senioři v ČR v datech, ČSÚ).

Graf č. 1: Podíl osob s příspěvkem na péči dle pohlaví a věku



Zdroj: ČSÚ

Vyšším územně samosprávným celkem pro Šluknovský výběžek a okres Děčín je Ústecký kraj. Ten řídí instituce s nejširší působností a pravomocemi v systému sociálních služeb. Kraj spravuje síť sociálních služeb. Opírá se při tom, mimo jiné, o krajská demografická data. ORP Rumburk a ORP Varnsdorf kopírují demografické trendy svého kraje. Počet obyvatel kraje klesá, výrazně klesl počet obyvatel v produktivním věku a roste počet seniorů 65+ (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro Ústecký kraj 2022 až 2024, dále jen SPRSS ÚK). Z tabulky č. 3 lze vyčíst, že **nejvyšší poměr seniorů v populaci v kraji** je v ORP Varnsdorf. ORP Rumburk má 5. nejvyšší počet seniorů v populaci z 16 ORP v kraji.

Tabulka č. 3: Počet obyvatel v jednotlivých ORP Ústeckého kraje dle věku

	Počet obyvatel podle věkových skupin				Podíl obyvatel ve věkové skupině (%)		
	Celkem	0-14	15-64	65 a více	0-14	15-64	65 a více
Kraj celkem	817 004	131 156	522 895	162 953	16,1	64,0	19,9
v tom správní obvody obcí s rozšířenou působností:							
Bílina	22 508	3 315	15 162	4 031	14,7	67,4	17,9
Děčín	76 131	12 160	47 567	16 404	16,0	52,5	21,5
Chomutov	81 553	13 080	53 635	14 838	16,0	65,8	18,2
Kadaň	43 047	6 623	28 184	8 240	15,4	65,5	19,1
Litoměřice	58 756	9 514	37 393	11 849	16,2	63,6	20,2
Litvínov	36 934	5 856	23 214	7 864	15,9	62,9	21,3
Louny	43 467	6 995	27 759	8 713	16,1	63,9	20,0
Lovosice	27 615	4 358	17 462	5 795	15,8	63,2	21,0
Most	73 999	11 668	48 622	13 709	15,8	65,7	18,5
Podbořany	15 649	2 544	9 953	3 152	16,3	63,6	20,1
Roudnice n. L.	32 806	5 568	20 494	6 744	17,0	62,5	20,6
Rumburk	32 529	5 370	20 507	6 652	16,5	63,0	20,4
Teplice	106 322	17 002	67 975	21 345	16,0	63,9	20,1
Ústí n. L.	118 651	19 484	75 138	24 029	16,4	63,3	20,3
Varnsdorf	19 789	3 181	12 291	4 317	16,1	62,1	21,8
Žatec	27 248	4 438	17 539	5 271	16,3	64,4	19,3

Zdroj: SPRSS ÚK

Jak již bylo zmíněno výše, s rostoucím věkem roste pravděpodobnost, že se člověk stane závislým na pomoci druhé osoby a také roste míra závislosti. Ze statistických dat uvedených v grafu č.1 a tabulkách č.1 a 2, lze odhadnout počty osob, které potřebují

pomoc s péčí o svou osobu a také vyhodnotit budoucí vývoj potřebnosti služeb. Tabulka č. 4 uvádí počty seniorů v jednotlivých ORP Ústeckého kraje. V ORP Rumburk uvádí ve věkové hranici 70-79 let 3 255 seniorů, tj. mužů i žen, u nichž je v 7,2 % (průměrná hodnota z grafu č.1) pravděpodobnost péče, tj. 235 seniorů. Ve věkové skupině 80-89 let žije v oblasti 945 seniorů, z nichž 24,8 % pravděpodobně potřebuje pomoc druhé osoby, tj. 234 osob. Ve věkové skupině 90 a více let žije v ORP Rumburk 152 osob, z nichž 58,6 % nejspíše potřebuje péči druhé osoby, tj. 89 seniorů. Z celkového počtu seniorů v ORP Rumburk 6 652 seniorů, je možné, že 558 z nich potřebuje péči druhé osoby. Stejným propočtem vykazuje ORP Varnsdorf pravděpodobnost potřeby péče u 373 osob seniorského věku.

Tabulka č. 4: Počet a věková struktura seniorů obyvatel v ORP Ústeckého kraje

	Počet obyvatel				Podíl obyvatel ve věkové skupině (%)		
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 a více
Kraj celkem	52 776	51 335	29 785	16 818	8 547	3 043	649
v tom správní obvody obcí s rozšířenou působností:							
Bílina	1 344	1 324	731	423	150	52	7
Děčín	5 077	5 423	3 107	1 526	885	322	64
Chomutov	4 995	4 590	2 610	1 612	717	257	57
Kadaň	2 806	2 642	1 442	830	374	117	29
Litoměřice	3 891	3 702	2 197	1 162	642	212	43
Litvínov	2 584	2 325	1 534	841	403	143	34
Louny	2 941	2 806	1 500	863	428	143	32
Lovosice	1 807	1 749	1 080	664	360	114	21
Most	4 394	4 255	2 546	1 517	704	240	53
Podbořany	1 125	933	532	327	181	47	7
Roudnice n. L.	2 231	2 052	1 232	649	399	153	28
Rumburk	2 300	2 077	1 178	630	315	116	36
Teplice	6 672	6 723	4 092	2 274	1 092	421	71
Ústí n. L.	7 311	7 714	4 435	2 548	1 383	511	127
Varnsdorf	1 505	1 374	672	422	239	88	17
Žatec	1 793	1 646	897	530	275	107	23

Zdroj: SPRSS ÚK

2.2 Úloha kraje v plánování sociálních služeb

Kraje jako nejvyšší samosprávné celky v ČR nesou zodpovědnost za zajištění sítě dostupných sociálních služeb (SS) na svém území. Kraje analyzují potřeby a nabídku SS na svém území, stanovují priority a cíle rozvoje SS, koordinují spolupráci poskytovatelů, podporují kvalitu a dostupnost SS a zpracovávají **krajské plány rozvoje sociálních služeb**. Plány rozvoje služeb jsou součástí žádosti kraje o dotaci ze státního rozpočtu na provoz sítě základních sociálních služeb, dle § 101, odstavec a). Povinnost zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, a další, krajům ukládá zákon o sociálních službách v § 95:

Kraj

- a) *zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území,*
- b) *zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území,*
- c) *spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou,*
- d) *zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování; při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce sděleným podle § 94 písm. e) a k údajům uvedeným v registru podle § 85 odst. 5,*
- e) *sleduje a vyhodnocuje plnění plánů rozvoje sociálních služeb za účasti zástupců obcí, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány,*
- f) *informuje ministerstvo o plnění plánů rozvoje sociálních služeb,*
- g) *zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb,*
- h) *určuje síť sociálních služeb na území kraje; přitom přihlíží k informacím obcí sděleným podle § 94 písm. f).*

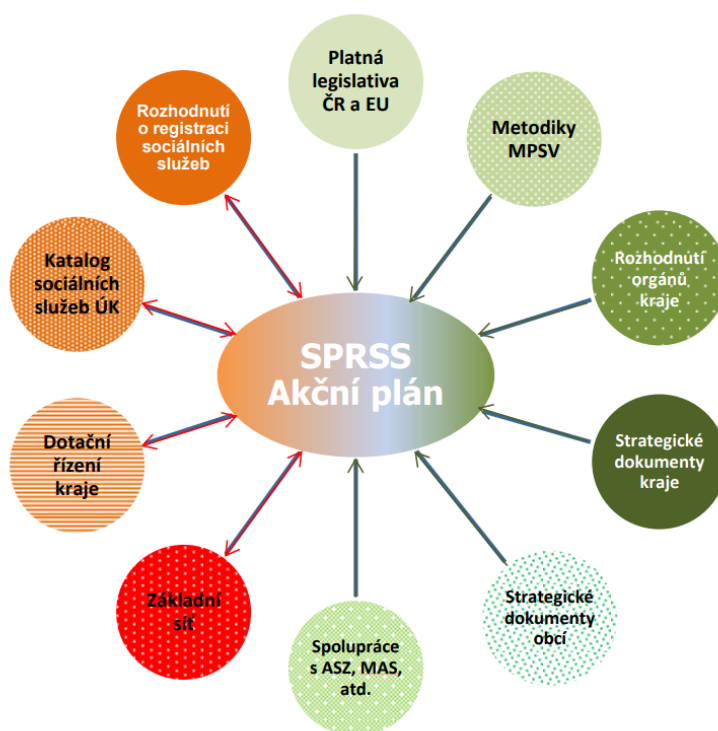
V Ústeckém kraji byl první Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro období 2008-2011 schválen v listopadu 2007. Současný střednědobý plán pro období 2022-2024 je již sedmý v pořadí a je nástrojem, který řídí dostupnost sociálních služeb, udává strategie plánování a rozvoje kvality, účinnosti a udržitelnosti sociálních služeb na svém území. Uvádí specifika svých regionů a také stanovuje nové vize a priority pro řešení

nepříznivých sociálních situací obyvatel kraje, např. nově se vize současného plánu Ústeckého kraje zaměřují na osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s poruchou autistického spektra, a osoby se specifickým onemocněním. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Ústeckého kraje na období 2022-2024, dále jen SPRSS ÚK).

2.2.1 Proces střednědobého plánování sociálních služeb v Ústeckém kraji

Do procesu střednědobého plánování vstupuje řada vzájemně propojených aktérů a systémů viz. obrázek č. 4. Plán reaguje na legislativu Evropské unie, České republiky a odráží státní, krajské a komunální strategie.

Obrázek č. 4: Grafické znázornění participantů a jejich vlivu na střednědobé plánování soc. služeb



Zdroj: APRSS ÚK 2016

Základní a obecné cíle v oblasti sociální politiky a sociálních služeb definuje Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016-2025. Jejím cílem je sjednotit

střednědobé plánování na úrovni krajů i obcí. Strategii schválila vláda ČR v únoru 2016 s vizí flexibilní sítě sociálních služeb, která je transparentně a efektivně financována.

Pro účely této diplomové práce zmíním tematicky vybrané dokumenty národní a krajské sociální politiky, ze kterých střednědobý plán Ústeckého kraje vychází.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016-2022:

- Deinstucionalizace a transformace sociálních služeb
- Financování sociálních služeb
- Sociálně-zdravotní pomezí
- Pečující osoby a neformální péče
- Síť sociálních služeb a síťování
- Uspokojování potřeb osob prostřednictvím sociálních služeb a sociální práce

Minimální kritéria plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni z roku 2015 – požadavky vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí

Metodika síťování sociálních služeb 2020 – postupy pro proces vytváření sítě vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí

Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025:

- nastavení a upevnění takových podmínek a podpory, které umožní osobám se zdravotním postižením co nejvíce samostatný život a rozvoj jejich schopností a dovedností

Ústecký krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025

- vytváření podmínek pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí.
- vyšší podíl péče o osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí.
- transformace pečovatelských služeb a služeb osobní asistence

Akční plán rozvoje sociálních služeb Ústeckého kraje

- je součástí střednědobého plánu od roku 2016
- rozpracovává dílčí opatření pro naplnění cílů v jednotlivých regionech, popisuje potřebnou síť sociálních služeb na příslušný kalendářní rok
- přílohou je základní síť sociálních služeb a rozvojová síť sociálních služeb.

Metodika zajištění sítě sociálních služeb Ústeckého kraje

- optimalizace základní sítě sociálních služeb Ústeckého kraje
- podklady pro řízení a aktualizaci krajské sítě sociálních služeb
- stanovuje podmínky pro zařazení do sítě služeb, a pro výstup z ní
- uvádí kritéria pro monitoring a hodnocení poskytovaných SS

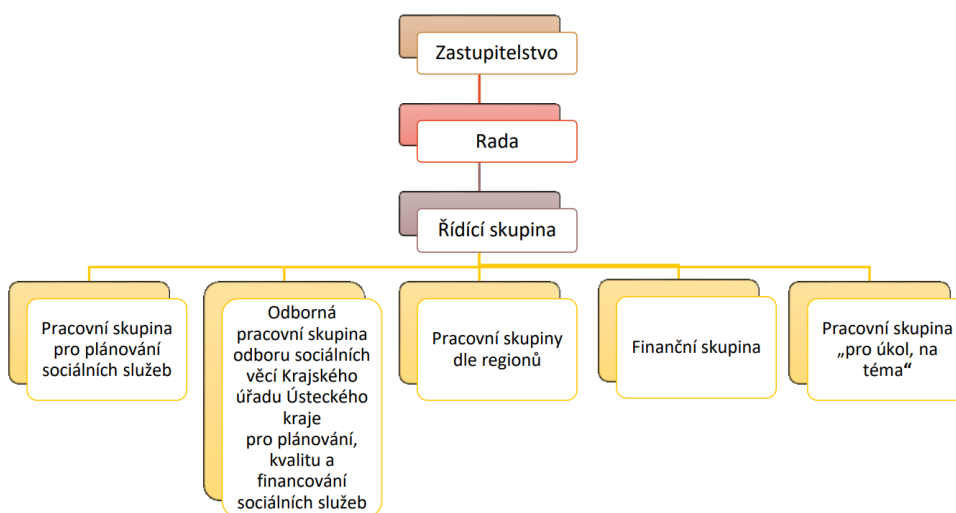
- je aktualizována 2x ročně

Metodika Ústeckého kraje pro poskytování finanční podpory poskytovatelům sociálních služeb

Komunitní plány rozvoje sociálních služeb jednotlivých regionů v Ústeckém kraji

Kromě výše zmíněných dokumentů vychází zpracování střednědobého plánu z dlouhodobého sledování potřeb obyvatel Ústeckého kraje prostřednictvím 16 pracovních skupin v jednotlivých regionech. Dále z vyhodnocení komunitních plánů obcí, SWOT analýz a ze vzájemné spolupráce s obcemi. **Krajská koordinační skupina** řídí proces plánování a rozvoje sociálních služeb. Svolává a organizuje jednotlivá jednání, navrhuje priority v sociálních službách a zajišťuje přenos informací mezi jednotlivými stupni struktury. (SPRSS ÚK, 2021-26).

Obrázek č. 5: Schéma struktury plánování sociálních služeb v Ústeckém kraji



Zdroj: APRSS 2021

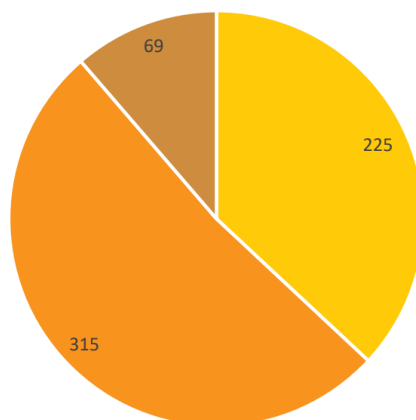
Střednědobý plán je strategickým dokumentem v sociální oblasti na období tří let. Konkrétní opatření vedoucí k naplnění cílů plánu jsou náplní tzv. akčních plánů rozvoje sociálních služeb. Ty se zpracovávají na období jednoho roku a jsou prováděcím dokumentem střednědobých plánů. Přílohou těchto akčních plánů je krajská síť sociálních služeb na příslušné období. Oba dokumenty jsou schváleny k 1. lednu daného roku a aktualizovány k 1. červenci téhož roku (APRSS ÚK, 2023)

2.2.2 Základní síť sociálních služeb Ústeckého kraje

Hlavním cílem kraje je vytvoření Základní sítě sociálních služeb Ústeckého kraje (dále jen základní síť) v **dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností**, dle §3, odst. i) zákona o sociálních službách. Dále se kraj zaměřuje na regulaci vzniku nových sociálních služeb. Zařazením sociální služby do základní sítě kraj stvrzuje, že sociální služba je **potřebná a financovatelná z veřejných zdrojů**. Za tímto účelem má Ústecký kraj schválenou **Metodiku zajištění sítě sociálních služeb Ústeckého kraje** (dále jen metodika zajištění sítě). Do Základní sítě sociálních služeb Ústeckého kraje mohou být přijaty pouze sociální služby poskytované v souladu se zákonem o sociálních službách na území Ústeckého kraje. Služby musí zároveň splňovat parametry uvedené v metodice zajištění sítě, která je součástí akčního plánu pro konkrétní období. V každém regionu se pravidelně aktualizují potřeby obyvatel a promítají se do metodiky zajištění sítě od 1. ledna a 1. července daného roku.

Na území Ústeckého kraje působilo k 6.10.2022 **652 registrovaných sociálních služeb**, z nichž bylo do základní sítě zařazeno 600. Služby, které nejsou zařazeny do základní sítě, neboť nesplňují kritéria uvedená krajem v metodice zajištění sítě, mohou vykonávat svou činnost na území Ústeckého kraje dle registrace, ale bez nároku na vyrovnávací platbu. Základní síť sociálních služeb Ústeckého kraje je součástí Akčního plánu rozvoje sociálních služeb Ústeckého kraje. V kraji jsou nejvíce zastoupeny služby sociální prevence, celkem 315 poskytovatelů, následují služby sociální péče, celkem 225 poskytovatelů a služby sociálního poradenství s 69 poskytovateli.

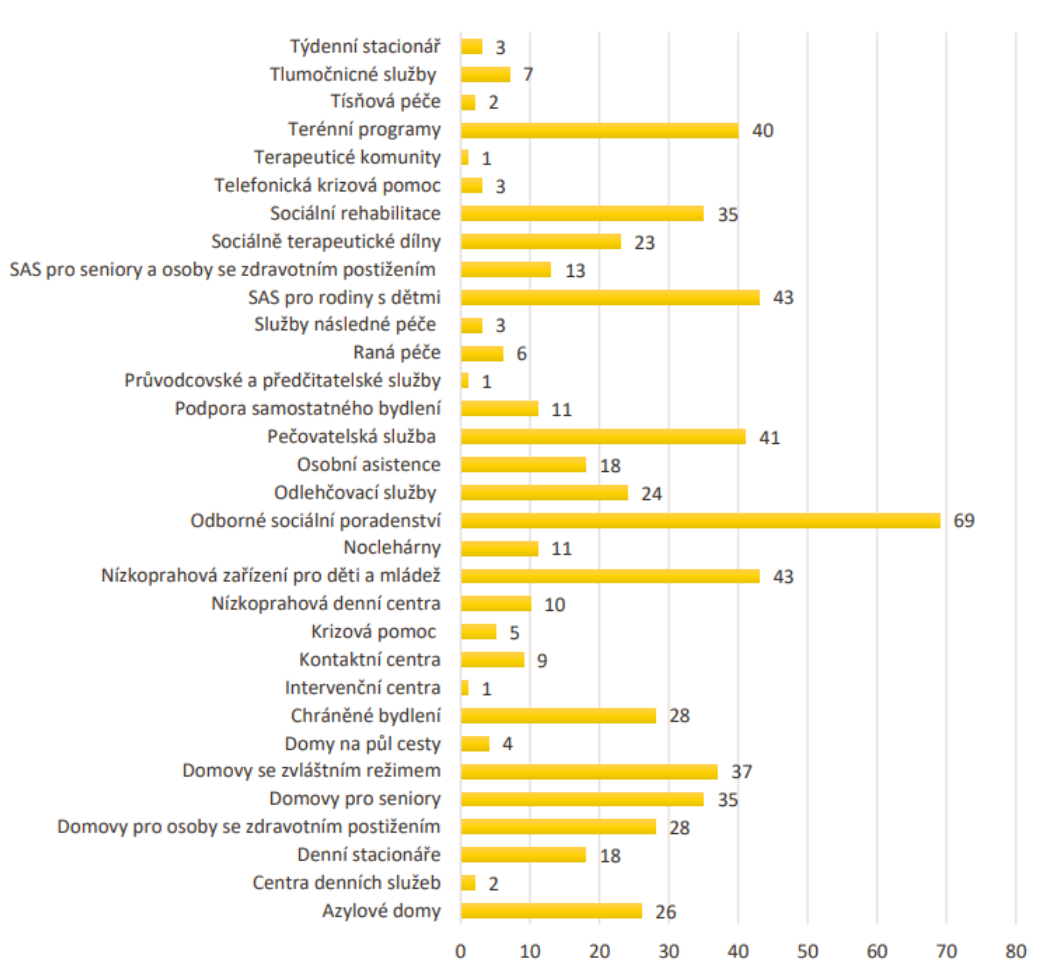
Graf č. 2: Rozložení sociálních služeb v Ústeckém kraji dle druhu služby



Zdroj: APRSS ÚK

V následujícím grafu je zobrazeno zastoupení všech služeb v Ústeckém kraji. Poskytovatelů pečovatelské služby je v kraji 41, z toho 6 ve Šluknovském výběžku. Osobní asistence je poskytována 18 organizacemi, z nichž 4 působí v regionu Šluknovska. Odlehčovací služby poskytuje 24 provozovatelů, žádný z nich nepůsobí na Šluknovsku.

Graf č.3: Zastoupení sociálních služeb v Základní síti Ústeckého kraje

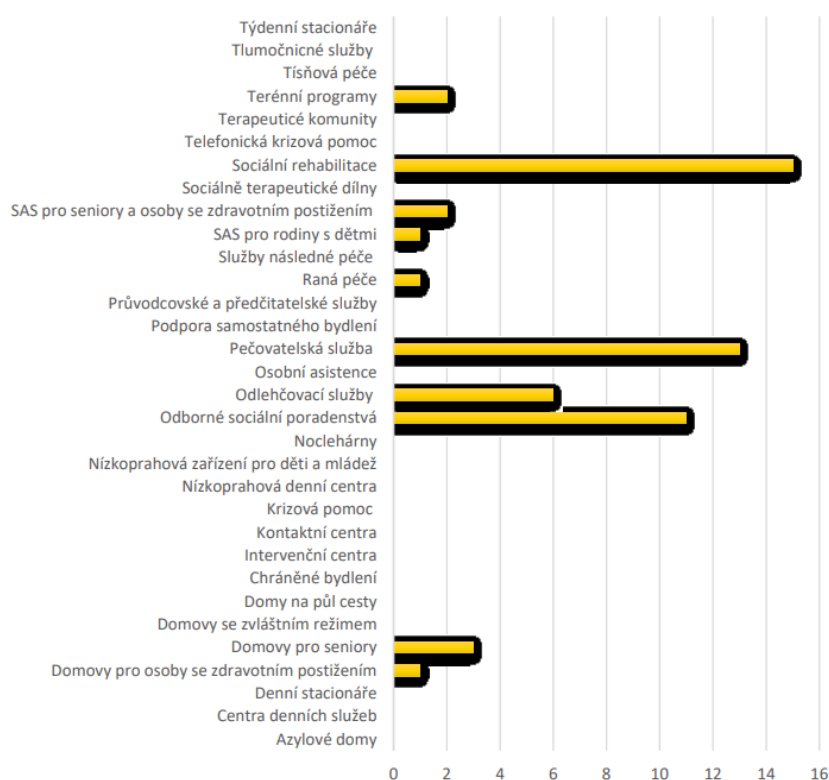


Zdroj: APRSS ÚK

Kromě registrovaných sociálních služeb, které jsou zařazeny do základní sítě, působí v kraji registrované sociální služby, které stojí mimo krajskou síť. Pro poskytovatele takových služeb to především znamená, že nemohou být financované z dotačních programů kraje. Požadavky na kvalitu služeb kontroluje u těchto organizací pouze Ministerstvo práce a sociálních věcí. V kraji není žádná služba osobní asistence mimo základní síť, naopak pečovatelských služeb je poměrně velký počet, tj. 15. Zde se odrazí jednak výše zmíněný fakt, že u PS jsou častěji zřizovatelé obce, města, městské části či kraje. Jsou tedy příspěvkovými organizacemi a jsou nezávislé na financování

z dotačních programů kraje. Financování je u těchto organizací z rozpočtu měst, obcí, případně soukromých zdrojů a pokud kritéria kraje přináší pro tyto služby nadměrnou finanční či personální zátěž, rozhodnou se o poskytování služby mimo základní síť. V některých případech se jedná o poskytovatele služeb, kteří byli součástí základní sítě, ale rozhodli se neprojit transformací dle současných požadavků kraje a ze základní sítě vystoupily (SPRSS ÚK, 2021).

Graf č. 4: Sociální služby evidované krajem mimo Základní síť Ústeckého kraje



Zdroj: APRSS ÚK

Ústecký kraj přistoupil z ekonomických důvodů k **zastavení rozšiřování Základní sítě sociálních služeb na svém území od 1. 1.2019 až do odvolání**. Metodika zajištění sítě uvádí výjimky z tohoto opatření, jsou to domovy pro seniory s kapacitou max. 25 osob a služby, u nichž je prokazatelná potřeba. Tuto potřebnost dokazuje poskytovatel, pokud žádá o zvýšení své kapacity.

2.2.3 Požadavky Ústeckého kraje na poskytovatele terénní péče

Ústecký kraj v souladu s platnou legislativou klade na poskytovatele sociálních služeb vlastní požadavky za účelem naplňování svých vizí pro jednotlivé cílové skupiny a sjednocení kvality služeb v kraji. Tyto požadavky jsou závazné pro služby zařazené do sítě sociálních služeb kraje a mají zajistit odpovídající péči, kvalitu a dostupnost pro obyvatele kraje:

- *Sociální služby jsou poskytovány pouze osobám v nepříznivé sociální situaci, kterou není možné řešit vlastními silami, pomocí veřejně dostupných služeb či jiných přirozených zdrojů.*
- *Každá sociální služba poskytuje základní sociální poradenství (základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace).*
- *Sociální pracovník mapuje potřeby zájemců/uživatelů, poskytování sociálních služeb je řízeno potřebami uživatelů.*
- *Na základě identifikovaných potřeb je formulována zakázka a jsou popsány možné zdroje řešení zjištěných potřeb (které řeší daná služba a které ostatní zdroje – např. rodina, jiná služba, komerční dodavatel).*
- *Služba spolupracuje se sociálními pracovníky obecních úřadů, se sociálními službami a veřejně dostupnými službami, které mohou přispět k řešení nepříznivé sociální situace zájemce/uživatele.*
- *Pomoc služby je aktivní, služba podporuje rozvoj samostatnosti, motivuje k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, vede k sociálnímu začleňování. (SPRSS ÚK- str. 183)*

Krajské vize pro cílovou skupinu seniorů jsou pro **co nejdelší setrvání ve svém domácím prostředí, možnost být součástí své komunity, zachování sociální vazby a co největší míra sebeurčení i v závěrečné etapě života**. Pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením jde především o možnost žít obdobným způsobem jako vrstevníci, tzn. **doma nebo příp. v prostředí, které se co nejvíce tomu domácímu podobá, navazovat vztahy, seberealizovat se a mít možnost sebeuplatnění, v přirozeném rytmu pracovních a volných dnů**.

Krajské vize pro služby poskytující péči těmto dvěma cílovým skupinám jsou **dostupnost** terénních služeb na celém území kraje. Způsob práce s klienty je nastaven tak, aby umožňoval **co nejdelší setrvání** v přirozeném prostředí klienta. Služby jsou voleny

tak, aby docházelo k co **nejmenšímu omezení** v prostředí klienta, k **zachování blízkých vztahů** a k **začlenění** do společnosti. (SPRSS ÚK, 2021-172). Kraj ve svém plánování osobní asistenci a pečovatelskou službu odděluje, vnímá a rozlišuje také jejich cílové skupiny, což je v praxi velice obtížné. Současná legislativní úprava služeb terénní péče neumožňuje kraji plánovat jinak, ale domnívám se, že sloučení obou sužeb do jedné terénní služby péče by přineslo zjednodušení systému plánování i poskytování a také usnadnilo orientaci ve službách péče uživatelům.

Pro naplňování výše zmíněných vizí vyzval Ústecký kraj (dále jen ÚK) v roce 2019 pečovatelské služby (dále jen PS) a osobní asistence (dále jen OA) **k procesu změny**. Současně stanovil požadavky (příloha č.1 této DP), které jsou prioritní a v plném znění jsou uvedeny v Harmonogramu k Regionálním kartám sociálních služeb ÚK. Ze seznamu požadavků zmíním ty nejzásadnější, které se týkaly pečovatelských služeb. Nově nemá PS nahrazovat veřejně dostupné služby jako je rozvoz jídla a úklid. Poskytovat své služby musí PS v minimálním rozsahu 7-21 hod včetně víkendů a svátků (nikoli pouze v pracovních dnech 7-15) a musí splňovat předpoklad terénní služby, tedy působení v domácnostech klientů, nikoli pouze v domech se zvláštním určením či domech s pečovatelskou službou.

Kraj stanovil harmonogram procesu změny, od seznámení s požadavky, přes poskytnutí pomůcek pro vyhodnocení potřeb až po poskytnutí metodické podpory. Některé pečovatelské služby neodsouhlasily proces změny a vystoupily ze základní sítě sociálních služeb kraje a k jejich transformaci nedošlo. Ve Šluknovském výběžku se jedná především o malé PS – ve Filipově, Šluknově a Velkém Šenově. Ostatní služby procházely od roku 2020 změnami pod metodickým dohledem a zároveň kraj udělil výjimku v uzavření základní sítě a přijímal žádosti o navýšení personálního zajištění služeb OA a PS. V roce 2021 již měly tyto organizace plnit požadavky ÚK, stále probíhaly metodické návštěvy na vyžádání a kontroly bez postihu. Od roku 2022 případné neplnění požadavků ÚK již podléhá postihu (SPRSS ÚK, 2021-184). Metodické pomůcky pro zjišťování potřeb klienta či pro aktualizaci individuálních plánů, tzv. Regionální karty sociálních služeb ÚK, jsou přílohou č. 2 této práce. V rámci dalšího zkvalitňování služeb začíná Ústecký kraj projekt pro digitalizaci pečovatelských služeb, v jehož rámci plánuje

vytvořit 5 integračních výcvikových center. Jedno z nich má být zřízeno ve Šluknovském výběžku. Centra budou otevřena profesionálům i neformálním pečujícím a mají být dostupná napříč celým krajem (www.kr-ustecky.cz).

Ústecký kraj se ve svých plánech opírá o informace získané na úrovni regionů či obcí, které patří mezi nejdůležitější aktéry v procesu plánování sociálních služeb s ohledem na znalost místních poměrů. Plánování na místní úrovni je realizováno metodou komunitního plánování. Kraj monitoruje tyto plány a spolupracuje s pracovníky obcí.

2.3 Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku

Vytváření komunitních plánů v obcích a později na územích obcí s rozšířenou působností se během 20 let stalo zavedenou a opakovanou činností obcí. Tyto strategické dokumenty vyhodnocují minulé období, stanovují nové cíle a reagují na změny v potřebách obyvatel. V regionu Šluknovského výběžku poslední komunitní plánování neorganizovaly obce, ale MAS Český sever, z. s., se zapojením obcí do procesu plánování (SPRSS ÚK, 2021-76).

Zcela první Komunitní plán Šluknovského výběžku s platností do roku 2008 vznikl v roce 2004. Pracovní skupina získala Cenu ministra práce a sociálních věcí za komplexní přístup regionu k sociálním službám. V roce 2011 vznikl plán pro období 2013-2017. V současnosti je v platnosti strategie s názvem Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku pro období 2019-2023 (dále jen KPSS ŠV). Dokument reaguje na politické zadání, odborné požadavky poskytovatelů i uživatelů, obsahuje data ze SWOT analýz jednotlivých cílových skupin, data z Informačního systému Ústeckého kraje, data statistická i z dotazníků z obcí ORP a sociodemografické analýzy (KPSS ŠV).

V regionu Šluknovska je zavedena fungující síť sociálních služeb. Terénní služby péče jsou zastoupeny více v ORP Rumburk, kde se služby poskytují spíše ve městech, v pohraničních obcích převyšuje tendence využívání neformální péče. Zároveň v regionu není žádná služba, která by se zabývala potřebami neformálních pečovatelů. Slabší zastoupení mají služby v ORP Varnsdorf, kde také trvá poptávka především v menších obcích. Další rozvoj terénních služeb je žádoucí, nedostatek sociální péče v terénu

přispívá k velkému počtu žádostí u pobytových služeb (APRSS ÚK, 2022). V současné situaci pouze jediná PS poskytuje službu mimo konkrétní dům s byty zvláštního určení. Současná (tj. květen 2023) kapacita PS by výrazně zlepšila pokrytí potřeb klientů v regionu, pokud by skutečně poskytovatelé PS splňovali kritérium práce v terénu. (KPSS ŠV, 2018).

Poskytovatelé osobní asistence nově zavádějí do svých služeb prvky paliativní péče. V regionu zcela chybí komplexní služba tohoto charakteru. V tomto směru poskytovatelé školí své zaměstnance a také iniciují spolupráci se zdravotníky. Dále v rámci sociálního poradenství mohou poskytovatelé sehrát významnou roli v boji proti zneužívání seniorů. Tento fenomén se, s nárůstem počtu této věkové kategorie, ve společnosti zvyšuje i ve Šluknovském výběžku (KPSS ŠV, 2018).

Snahu rozvíjet kapacitu poskytovatelů v terénu ukazuje tabulka č. 5 z APRSS ÚK, kde v červených číslech je optimální kapacita, již nebylo v regionu dosaženo.

Tabulka č. 5: Rozložení služeb a kapacit stávajících i optimálních dle místa poskytování

Služby sociální péče, ambulantní a terénní forma	§ 39			§ 40		
	Osobní asistence			Pečovatelská služba		
	počet služeb	stávající individuální okamžitá kapacita	optimální individuální okamžitá kapacita 2023	počet služeb	stávající individuální okamžitá kapacita	optimální individuální okamžitá kapacita 2023
Region celkem	4	14	22	6	16	24
ORP Rumburk celkem	4	14	22	5	10	15
Jiříkov	1	1	2	1	5	8
Krásná Lípa	1	8	10	0	0	0
Rumburk	1	2	4	0	0	1
Šluknov	0	0	1	2	2*	2
Velký Šenov	0	0	0	1	2*	2
Dolní Poustevna	0	0	0	0	0	0
Vilémov	1	3	3	1	1*	1
Místo poskytování neurčeno	0	0	2	0	0	1
ORP Varnsdorf celkem	0	0	0	1	6	9
Varnsdorf	0	0	0	1	6	6
Jiřetín	0	0	0	0	0	0

Zdroj: APRSS ÚK *nezařazena v Základní síti Ú

Poskytovatelé v rozvoji svých služeb čelí především nejistotě v oblasti financování a naráží na nedostatek pracovních sil. V tomto pohraničním regionu je specifický odliv

pracovní síly do Spolkové republiky Německo, dále je nedostatek zájemců o práci v přímé péči s potřebným vzděláním. Případné zájemce rovněž často odrazuje nízká úroveň platů v oboru. Rozvoj sociálních služeb negativně ovlivňuje také nedostatek lékařů v regionu, neboť poskytovatelé nenacházejí odborníky do svých týmů. Region je pro svou rozlohu a menší hustotu obyvatel náročný na dojezdy (KPSS ŠV, 2018). ÚK v této oblasti chce vyzvat obce, aby finančně podpořily dopravní náklady poskytovatelů terénních služeb v regionu (dle metodiky plánování služeb ÚK).

Ze tří po sobě jdoucích komunitních plánů v regionu je patrný posun od plánování **dostupnosti základních služeb** k zacílení na služby pro **specifické cílové skupiny** a na **zlepšování kvality stávajících služeb**. Poskytovatelé dobře znají region a své cílové skupiny a mohou tak nejlépe zajistit návaznost a provázanost různých typů a úrovně služeb pro seniory a osoby zdravotně postižené (SWOT analýza pro KPSS ŠV, 2018).

2.4 Poskytovatelé terénních sociálních služeb na Šluknovsku

Informace k této kapitole diplomové práce nebylo možné získat jinak nežli terénním šetřením a strukturovanými rozhovory se všemi místními aktéry sociálních služeb péče. Za tímto účelem jsem realizovala šest osobních a pět telefonických rozhovorů s vedoucími sociálními pracovníci a řediteli organizací poskytující TSP, dále dva osobní rozhovory se sociálními pracovníci ve zdravotnictví, s vedoucím sociálního odboru města a s pracovníci krajské pracovní skupiny pro sociální péči. Rozhovory probíhaly v **dubnu a květnu 2023**, níže uvedené informace jsou relevantní k 31. květnu. Na základě uvedeného šetření a rozhovorů jsem zjistila, že v regionu působí 6 organizací poskytujících pečovatelskou službu a 4 organizace poskytující osobní asistenci. Z toho jedna organizace poskytuje PS i OA.

Agentura Krok o.p.s., (se sídlem v Rumburku), je součástí Základní sítě SSP ÚK. Poskytuje službu osobní asistence. V měsíci dubnu 2023 měla organizace 26 klientů a v evidenci 2 žadatele o službu. Péči zajišťuje 6 pracovníků s celkovým úvazkem 4,5 na

HPP. Největší počet klientů žije v Rumburku, klienty má agentura i ve Varnsdorfu, Krásné Lípě, Šluknově a Jiřikově.

Organizace má registrovanou službu pro celý region Šluknovského výběžku, poskytuje službu 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Zavádí prvky paliativní péče.

Cílovou skupinou jsou senioři a osoby se zdravotním, duševním, mentálním a kombinovaným postižením.

Kostka Krásná Lípa, p. o. je součástí Základní sítě SSP ÚK. Poskytuje službu osobní asistence. V dubnu 2023 měla Kostka 55 klientů, v 7 obcích: Varnsdorf, Rumburk, Jiřikov, Chřibská, Dolní Poustevna, Mikulášovice a Krásná Lípa. Evidováno je dalších 10 žádostí o službu. Péči poskytuje klientům dvanáctičlenný tým s celkovým 8,2 úvazkem na HPP.

Organizace má registrovanou službu pro celé území Šluknovského výběžku, na 7 dní v týdnu, 24 hodin denně.

Cílovou skupinou jsou senioři, lidé se zdravotním, duševním, mentálním a kombinovaným postižením, také klienti se zdravotním omezením po nemoci, operaci apod. Zavádí prvky paliativní péče.

Chráněné bydlení Pastelky, o.p.s., (se sídlem ve Vilémově), je součástí Základní sítě SSP ÚK. Organizace poskytuje službu OA pro 40 klientů v 8 obcích: Vilémov, Dolní Poustevna, Mikulášovice, Rumburk, Šluknov, Lipová, Šenov, Jiřikov. Péči zajišťuje 7 dní v týdnu od 7 do 19 hod., a s okamžitou kapacitou 1 pro noční službu od 19 do 7 hod. Disponuje celkovým počtem úvazků 7,75 na HPP.

Organizace má registrovanou službu pro území ORP Rumburk.

Cílovou skupinou jsou osoby bez omezení věku s chronickým onemocněním, osoby s mentálním, zdravotním či kombinovaným postižením a senioři.

Dům s pečovatelskou službou Šluknov (dále jen DPSŠ), není součástí Základní sítě SSP ÚK. V současnosti má 39 klientů, služba je poskytována pouze na území města Šluknov a většina klientů žije v domě s pečovatelskou službou. DPSŠ nemá čekající žadatele, je

schopna uspokojit poptávku. Klientům jsou poskytovány služby v čase od 7 do 15 hodin, nejčastějšími úkony jsou nákupy a praní prádla. Péči poskytují 2 osoby s celkovým úvazkem 1,75 na HPP.

Organizace má registrovanou službu pro území města Šluknov.

Cílovou skupinou jsou osoby s tělesným postižením od 27 let a senioři.

Vaše Harmonie, o.p.s., (se sídlem ve Šluknově), je zapsána v Základní síti SSP ÚK. Provozuje dům s pečovatelskou službou a v současné době má 50 klientů ve městě Šluknov. Ročně zůstane neuspokojeno 8 až 9 žádostí. Péči klientům poskytují 3 osoby s celkovým pracovním úvazkem 2,5 na HPP. Služby jsou poskytovány denně od 7 do 19 hod., případně do 21 hod. Nejčastějšími úkony jsou hygiena, praní prádla, návštěvy úřadů.

Organizace má registrovanou službu pro území města Šluknov.

Cílová skupina jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a s chronickým či duševním onemocněním.

Pečovatelská služba Varnsdorf je součástí Základní sítě SSP ÚK. Pečovatelská služba je poskytována 82 klientům ve 2 domech s byty zvláštního určení a 24 klientům v terénu. Nejsou registrovány neuspokojené žádosti. Službu u klientů poskytuje 6 pracovníků s plným úvazkem. Péče o klienty v terénu spočívá především v dovážkách dietních obědů, celkově převažuje úklid, nákup, pomoc s hygienou, obědy, praní. Služba prochází transformací, nově klientům doporučuje komerční služby v těch oblastech, kde je možné je využít, a neposkytovat úkony, které klient sám zvládá. Změny v plánu péče ovšem klienti nesou špatně a zavádění nových pravidel služby je tedy pozvolné a spíše u nových klientů.

Organizace má registrovanou působnost na území města Varnsdorf.

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním či kombinovaným postižením, s chronickým onemocněním bez omezení věku a senioři, také rodiny s dětmi.

Dům s pečovatelskou službou Vilémov (dále jen DPSV), není registrován v Základní síti SSP ÚK, má 16 klientů v domě a 3 v terénu, péči zajišťuje personál

1,5 HPP. DPSV vždy po dohodě uspokojí poptávku nových klientů. Hlavní úkony jsou úklid, donáška obědů a nákupů, někdy doprovod k lékaři či na procházku, hygiena. Služba je poskytována po – pá, od 6:30 do 14:30 hod.

DPSV má registrovanou službu na území obce Vilémov.

Cílovou skupinou jsou senioři, osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo úrazu, osoby s tělesným, zdravotním postižením či s chronickým onemocněním.

Dům s pečovatelskou službou Velký Šenov (dále jen DPSVŠ) není registrován v Základní síti SSP ÚK, má 20 klientů v DPSVŠ a 2 klienty v terénu, péči zajišťuje personál na 1,7 HPP. DPSVŠ v současnosti nemá žadatele o službu. Hlavní úkony péče jsou nákup, praní a úklid klientům. Dům s pečovatelskou službou je v obci velmi oblíbený, lidé tam chtějí bydlet spíše z důvodu většího pohodlí nežli z důvodu potřeby náročné péče.

Organizace má registrovanou službu na území obce Velký Šenov.

Cílovou skupinou jsou senioři, lidé s tělesným, zdravotním a chronickým onemocněním nebo se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo úrazu.

Domov Srdce v dlaních – sociální služby Jiříkov je součástí Základní sítě SSP ÚK, poskytují osobní asistenci (OA) i pečovatelskou službu (PS) celkem pro 55 klientů, s celkovým počtem úvazků 10,5 HPP. PS je poskytována v obcích Jiříkov a Filipov, služba OA také v obcích Krásná Lípa, Staré Křečany, Šluknov, Rumburk, Varnsdorf. PS je poskytována 7 dní v týdnu, od 7 do 19 hod. OA nepřetržitě. Organizace má snahu zavádět prvky paliativní péče a bořit mýty o „pečovatelce jako služce“. Nemá nevyřízené žádosti.

Organizace má registraci na území východní části Šluknovského výběžku, především Jiříkov, Rumburk, Staré Křečany, Šluknov, Krásná Lípa a Varnsdorf.

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením či chronickým onemocněním a senioři.

2.5 Souhrn terénního šetření v regionu

Pěči deseti poskytovatelů služeb terénní sociální péče v popisovaném regionu využívá celkem 412 klientů (146 OA a 266 PS). Obyvatel seniorského věku pravděpodobně závislých na pomoci jiné osoby je však 931 (viz propočty v kapitole 2.1), přičemž propočty nezahrnuje osoby se zdravotním či kombinovaným postižením.

Z výše uvedených informací, získaných od poskytovatelů, je patrné pouze částečné pokrytí regionu TSP. Ve Šluknově působí pět poskytovatelů, ve městech Rumburk, Jiříkov a Varnsdorf působí čtyři, v dalších pěti menších obcích působí dva, ve třech obcích jeden. Z celkového počtu 18 obcí regionu, není k datu 31. května 2023 poskytována žádná formální služba TSP v 6 obcích. V jihozápadní části výběžku (viz. obrázek č. 3) se jedná o obce Doubice (98 obyvatel, www.czso.cz), Rybníště (663 obyvatel), Horní Podluží (813 obyvatel) a Dolní Podluží (1190 obyvatel), Jiřetín pod Jedlovou (638 obyvatel), v nejsevernější části výběžku je to obec Lobendava (263 obyvatel). V některých obcích, jako je Chřibská, Staré Křečany, Lipová, je služba poskytována klientům v řádu jednotlivců, přičemž Obec Chřibská je výjimkou na Šluknovsku, je v registraci DPS Česká Kamenice z Děčínska odkud PS dojíždí. Telefonicky jsem zjišťovala na obecních úřadech všech těchto obcí, jak jejich obyvatelé řeší potřebu péče. Na obecních úřadech se touto problematikou nezabývají, sdělily mi pracovnice obecních úřadů. Např. v Horním Podluží: „*To se dozvíme, jen když pak žádají o dotace, když tu mají klienta, jezdí sem Kostka*“, nebo v Lobendavě: „*Ve Šluknově je Charita a tam lidem poradí, my nemáme kompetence tohle zjišťovat nebo někoho doporučit*“. V obci Doubice je situace jiná, jedná se převážně o chatařskou oblast: „*My jsme tak odklonění od města, že se lidé na starší stěhují pryč, do měst*“. Z informací poskytnutých pracovníci obecních úřadů ale vyplynulo, že **obce jsou pokryty poskytovateli osobní asistence**, kteří tam jezdí, nejčastěji zmiňovaná byla organizace Kostka. Pokud tedy v některých obcích nepůsobí v současnosti žádná služba, je to z toho důvodu, že není poptávka, nebo služby nemají kapacitu. ORP Varnsdorf nezjišťuje situaci ve spádových obcích: „*Nemáme žádné podněty nebo požadavky z obcí, že potřebují péči*“, sdělil vedoucí tamního Odboru sociálních věcí a zdravotnictví. V ORP Rumburk se mi nepodařilo sjednat schůzku s koordinátorem sociálních služeb, z časové vytíženosti pracovnice úřadu. Bylo mi sděleno, že na agendu koordinátora nemá čas a bude tuto pracovní pozici předávat kolegovi. Ve Varnsdorfu koordinátor sociálních služeb zcela chybí. Dle krajské

metodičky plánování služeb je **pokrytí regionu pečovatelskou službou nejhorší v Ústeckém kraji.**

Tři sociální pracovníce organizací poskytující terénní sociální péči (dále jen TSP) uvedly, že mají žádostí více, než jsou schopny uspokojit, „*potřebovali bychom mít neustále 1-2 kapacity rezervní*“. Ostatní organizace neměly žádosti v evidenci, jsou schopny průběžně uspokojit poptávku. Z rozhovorů vyplývá, že poptávka po TSP existuje: „*lidí stále volají*“ a zvyšuje se v určitých obdobích: „*ted' máme kapacitu dostatečnou, ale nárazově se zvyšuje, na svátky, na Vánoce*“ nebo: „*je po covidovém období trochu klid a holky si můžou trochu oddechnout*“.

Sociální pracovníce i ředitelé organizací poskytujících TSP vnímají to, že lidé v regionu **nemají silné povědomí** o službách terénní sociální péče: „*lidé nevědí*“, „*stoprocentně převládá řešení jít do domova*“. Zároveň se v tomto směru, oproti minulosti, informovanost mezi obyvateli zlepšuje, např.: „*nic jiného těm lidem nezbyvá, domovy jsou plné a čeká se přes rok*“, nebo: „*odchází se později do důchodu a lidé nemůžou být doma se svými rodiči*“, „*lepší se to*“. Poskytovatelé se shodují v tom, že TSP je především **práce s rodinou** žadatele/klienta. Rodinní příslušníci mají nevíce obav, předsudků, pocitů vlastního selhání, studu apod. Klienti chtějí v naprosté většině zůstat a dožít doma. Žádost do pobytové služby mají klienti osobní asistence většinou z rodinných důvodů, kdy rodina pečovat nechce nebo nemůže, ale chce mít pocit většího bezpečí. Sociální pracovníce zmiňují příklady z praxe např.: „*říkají, že co když v noci maminka spadne*“, „*bojí se, že maminka umře v noci a nikdo si nevšimne*“, „*většinou je to pro rodinu jednodušší řešení, chtějí mít klid na práci*“.

V regionu nedochází k prolínání sociálního a zdravotnického prostředí (KPSS ŠV 2019-2023). Sociální pracovníce to zmiňují jako překážku v plánování péče pro své klienty: „*sociální pracovníci ve zdravotnictví se neúčastní komunitního plánování*“, „*lékaři nechtějí, aby pacienti chodili domů*“. Zdravotnický personál nemá jasnou představu o tom, jaké kompetence sociální služby mají a jejich propagace ze strany lékařů nebo zdravotnického personálu tak nemusí být: „*ty služby nabízím, ale naprostá většina pacientů chce do domova, je to pro rodiny lehčí... ono je problém se vzděláním těch*

pracovníků, tady u nás i sanitář má školu, ve službách ne“, zmínila sociální pracovnice v jedné z nemocnic. Tam kde funkci sociální pracovnice ve zdravotnictví zastávají lidé se vzděláním v sociálním či sociálně-zdravotním oboru, je patrný jiný přístup k terénním službám. Sociální pracovnice v nemocnici Rumburk: *„starší lékaři doporučují domovy, ale mladší se chodí ptát jaká je situace klienta doma a jestli je vhodné propuštění...spolupracuji s terénníma službama, znám je i vím, která má zrovna volnou kapacitu a můžu ji doporučit pacientům, je to opravdu individuální, nedokážu říct kolik procent jde domů a kolik do domova“*, nebo *„kolikrát i sestřičky říkají: ne ne, necháme si jí/ho tady, co když doma upadne! Tak jim vysvětluju, jak se věci mají“*. V současnosti vzniká v regionu platforma pro poskytování paliativní péče, kde se setkávají zástupci všech oborů, které spojuje péče o umírající, tj. zdravotníky, sociální pracovníky, duchovní a psychology, jak sdělila paní ředitelka Kostky, p. o.

Všechny sociální pracovnice, se kterými jsem vedla rozhovor, zmiňovaly **problematiku příspěvku na péči**. Z jedné strany dochází k zneužívání, např.: *„na dotování vnoučat, vylepšení rozpočtu“*, na druhé straně může délka a náročnost vyřízení ovlivnit rozhodnutí rodiny ohledně řešení péče o seniora, např. pokud rodina nemá finanční rezervu. Vyřízení příspěvku na péči trvá v regionu 3 až 4 měsíce. Dle zkušeností poskytovatelů je rozhodnutí o výši přiznané podpory postaveno na zdravotnické dokumentaci, velmi málo je brán zřetel na výsledky sociálního šetření. V praxi tak dochází k **nerovnostem mezi přiznanou závislostí a sociální realitou** žadatele *„málokdy praktik jede ke klientovi, aby viděl a sám posoudil ten stav, stejná diagnóza může vypadat různě“*, popisuje sociální pracovnice jedné z terénních služeb.

Tři z šesti pečovatelských služeb poskytují služby v terénu mimo dům s byty se zvláštním určením, s rozšířenou pracovní dobou a pouze jedna nad rámec své obce. U pečovatelských služeb je zřejmý vyšší podíl klientů na zaměstnance než u osobní asistence, což může naznačovat, že velká část klientů odebírá pouze základní úkony jako úklid či nákup. Nejčastější důvody pro odchod klienta pečovatelských služeb do domova pro seniory byly uváděny sociálními pracovníci PS: *„demence, večerní léky, pokud už klient nevládá sám, nejsme 24 hod péče“*. Zároveň všechny organizace mají zkušenost s krajskou kontrolou, kdy jedním ze **sledovaných kritérií je souběh služeb u klienta**,

jako problém to uvádějí sociální pracovníce všech poskytovatelů OA: „*region sice není pokrytý, ale kraj sbírá data o místech poskytování a protínání služeb je hodnotící kritérium*“, „*mám písemně potvrzené, že nesmíme mít souběh služeb u jednoho klienta*“, „*kraj dvě služby u klienta hodnotí jako duplicitu, přitom klient má právo si vybrat jakou organizaci chce, na kterou pomoc*“. Toto opatření v praxi neumožní vzájemné doplňování PS a OA, což může vést k předčasnému umístění klienta do pobytové služby, nebo znemožní návrat domů po hospitalizaci. Zákon o sociálních službách podporuje vzájemné doplňování služeb a také klient má právo vybrat si poskytovatele a odebírat různé služby od jiných poskytovatelů. Z důvodů pro odchod klientů do pobytové služby, jak je uvádějí sociální pracovníce PS, vyplývá, že kombinace obou forem terénní péče umožní delší setrvání osob v jejich přirozeném prostředí. Pokrytí Šluknovského výběžku službami péče ještě není na takové úrovni, kdy by toto opatření opravdu chránilo klienty před zatěžováním dvěma smlouvami a dvěma službami, nebo z druhé strany chránilo poskytovatele před zbytečným vytěžováním svých kapacit tam, kde již působí jiný poskytovatel. Velká část klientů stále užívá službu péče v režimu po – pá od 7 do 15 hod. Poskytovatelé zmiňují také jako potíže fakt, že dochází k velké fluktuaci úředníků krajského úřadu, a tak i jejich porozumění předpisům a výklady těchto předpisů se různí.

Jako hlavní překážky v rozvoji TSP poskytovatelé shodně uvádějí **finance, personál a uzavření Základní sítě služeb ÚK**. Nejistota financování se odráží především u neziskových organizací: „*maximální výše dotace od kraje je 95 procent, ale v reálu dostáváme do 70*“, „*záleží co kraj rozděljuje, co dostane z rozpočtu, z ministerstva, letos se škrty sociálním službám zatím vyhnuly*“, „*všechno se to točí kolem financí, když jsou finance, můžeme mít další auto, další lidi, kvalitní lidi*“. Potíže s personálním zajištěním služby mají dvě úrovně. První je nedostatek kvalifikovaných lidí v regionu: „*zákonné podmínky jsou pro tenhle region moc úzké, není tady tolik lidí, kteří by podmínky splňovali, chtělo by to nějaké řešení, třeba udělením výjimky pro Šluknovsko*“, „*je málo lidí, v podstatě spíš personál přebíhá, pak zjišťujeme, co se stalo*“, „*horko těžko se shání lidé*“. Druhá rovina je výše mezd. Poskytovatelé by uvítali dorovnání mezd pracovníků v sociálních službách k průměrným mzdám v regionu, „*lidi už nechtějí pracovat v přímý péči za podprůměrný plat*“, „*kolikrát chtějí při nástupu tolik, co nemám ani já*“, uvádí vedoucí sociální pracovníce.

Rozvoj služeb v regionu je spíše v rukou jednotlivců s vizí, kteří se snaží ze své pozice poskytovatele a odborníka ovlivňovat situaci odborně i politicky. Jak uvedla ředitelka organizace Kostka, p.o.: *„Obce se místního komunitního plánování neúčastní, ale na svých zastupitelstvech plán odhlasují, závazně přijímají.“*

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Terénní služby sociální péče jsou významným prostředkem v zajišťování dlouhodobé a účelné péče o osoby závislé na pomoci v jejich přirozeném prostředí. Konkrétně sociální služba osobní asistence (OA) a pečovatelská služba (PS) jsou efektivním nástrojem sociální politiky pro zachování integrity lidské osobnosti, důstojnosti a kvality života.

Rozvoj poskytovatelů služeb terénní sociální péče (dále jen TSP) není v ČR rovnoměrný, venkov a periferní, pohraniční oblasti, jakou je i Šluknovský výběžek, tradičně zaostávají za velkými městy. V těchto periferních oblastech potenciál rozvoje poskytovatelů neodpovídá rozvoji a ochotě přijímat tyto služby veřejností, tj. potencionálními klienty či jejich rodinami, jako kdyby laická veřejnost nevnímala nové koncepty péče. Oproti větším městům a rozvinutějším regionům v ČR, kde se TSP stává běžnou součástí života, je její rozvoj na Šluknovsku výrazně pomalejší, jak lze vyčíst z Akčního plánu rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji (ÚK) 2016, kde byl predikován dynamický rozvoj TSP v regionu, ovšem za 6 let se v celé oblasti nově registroval jediný poskytovatel OA a dva poskytovatelé PS, přičemž jiný poskytovatel PS registraci ukončil. V současné době tak kapacity poskytovatelů TSP nejsou dostačující pro uspokojení potřebnosti, i toto zvyšuje zájem o pobytové služby pro seniory (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v ÚK na období 2020-2024).

Za jeden z hlavních problémů v rozvoji a využívání TSP pokládám nedostatečnou informovanost a malou orientaci v systému sociálních služeb jak laické veřejnosti (Analýza potřeb pro zajištění sociálních služeb na Šluknovsku, 2018-2019), tak i mezi odborníky z řad zdravotnického personálu, kteří mají velký podíl v zajištění klienta v domácím prostředí (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v ÚK na období 2022 až 2024).

Vývojový trend v České republice ukazuje na posun péče ven z ústavních zařízení do společnosti, ke klientům domů. Investuje se do vzdělávání a přípravy odborných poskytovatelů péče, ale dle mého názoru již méně do práce s veřejností, tj. do přípravy budoucí cílové skupiny. Stávající analýzy sociálních služeb ve Šluknovském výběžku i pracovní skupiny ÚK hodnotily demografickou dostupnost, financování, kvalifikovanost personálu, potřebnost apod. Nezkoumaly však zmíněnou rovinu překážek na straně

potenciálního klienta, kterými mohou být např. neinformovanost, nedůvěra k cizím osobám v domácnosti či obavy z finanční zátěže.

1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, zda a jaké překážky klade v rozvoji služeb terénní péče její potenciální klientela. To znamená zjistit možné faktory, které ovlivňují poptávku po TSP ve Šluknovském výběžku. K tomu je nezbytné poznat postoj osob s potřebou péče o sebe nebo osobu blízkou k TSP. Dále je nutné vědět, jaké objektivní i subjektivní bariéry překonávají lidé žijící ve Šluknovském výběžku při výběru a zajišťování péče o sebe nebo o své blízké, jak se orientují v sociálních službách a co je rozhodujícím důvodem pro volbu domácí péče.

Za tímto účelem jsem volila výzkumné otázky tak, aby co nejpřesněji vystihovaly téma, na které je výzkum zaměřen. „*Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, str. 69). Autoři dále popisují výzkumné otázky jako další zúžení a specifikaci výzkumného problému. Výzkumník hledá jasné a konkrétní uchopení problému a přetvoří ho do otázky, jde o proces operacionalizace. V kvalitativním výzkumu mají otázky určité charakteristiky, např. jsou to široké a spíše obecné otázky, detailně zkoumají povahu jevů z perspektivy respondentů a nepředjímají stav věcí (Švaříček, Šedřová, 2007).

Pro účel mého výzkumu a operacionalizaci výzkumné otázky je pojem „potřeba péče“ chápán jako situace, kdy je nutné řešit **závislost člověka na pomoci druhé osoby**, tzn. řešení nepříznivé sociální situace, nikoliv péče kosmetická, lékařská či jiného typu. Lidé, kteří takovou situaci řeší, jsou **potenciální klienti** služeb sociálních péče. V rámci své práce se zabývám regionem **Šluknovský výběžek**, potencionálními klienty jsou tedy lidé s trvalou adresou v regionu. Řešení takové situace obnáší jistá specifika: **znalost možností** řešení situace a **zaujetí postoje k výběru řešení**. Hlavní výzkumná otázka (HVO) směřuje k rozhodujícímu faktoru, tj. ptá se na postoj. **Postoj** představuje to, jakou má jedinec tendenci hodnotit objekt okolního světa – lidí, věci i myšlenky. Postoj má tři úrovně – kognitivní (názory, myšlenky, přesvědčení o hodnoceném objektu), citovou (jaké emoce se váží k hodnocenému objektu) a konativní (sklony k jednání, pozorovatelné

chování ve vztahu k objektu). Postoj je stálý a odolný vůči změnám (Aronson a kol., 2013). Otázka směřuje k osobní interpretaci toho, jak je dobré řešit potřebu péče, co je výhodnější, efektivnější a jaké důvody jsou rozhodující. První doplňující výzkumná otázka (DVO1) se ptá na to, jak se lidé orientují v nabídce sociálních služeb a zda rozumí tomu, jak fungují, co nabízejí, s čím mohou pomoci. Orientovat se v nabídce řešení je předpoklad pro optimální volbu. Druhá doplňující otázka (DVO2) se ptá na konkrétní řešení sociálně nepříznivé situace. Tedy na to, jak se odrazil na řešení reálné situace postoj respondenta a orientace v možnostech řešení.

HVO: Jaký mají potenciální klienti postoj ke službám terénní péče?

DVO1: Znájí potenciální klienti služby sociální péče?

DVO2: Jakým způsobem řeší potenciální klienti potřebu péče?

2. Výzkumná strategie

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu především proto, že umožňuje poznat zkoumaný jev více do hloubky. Zvolila jsem práci s menším počtem respondentů, protože tak je možné získat podrobnější popis situace i chování jednotlivců. Měla jsem tak větší možnost vhledu do individuálních situací respondentů v jejich přirozeném prostředí. Současně jsem měla možnost flexibilně reagovat v průběhu výzkumu. Kvalitativní výzkum je považován za pružný typ výzkumu, Hendl přirovnává výzkumníka k detektivovi, který hledá informace v terénu, analyzuje je deduktivní i induktivní metodou (Hendl, 2008). „*Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.*“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, str. 24). Autoři Švaříček a Šedřová popisují kvalitativní výzkum jako cirkulární, tzn. že badatel se vrací zpět k předchozím fázím výzkumu, vyhodnocuje a modifikuje, paralelně jsou vybírány vzorky, sbírána a analyzována data. Dále jej popisují jako „proměnlivě-plánovitý“, tzn. výzkumník postupuje dle daného plánu výzkumu, ale může i řešit situace, které dopředu nenahlédl (Švaříček, Šedřová a kol., 2007)

Výzkum hlavního problému jsem se tedy rozhodla vést kvalitativní metodou, kde mi byl inspirací etnografický výzkum, který zdůrazňuje velmi dlouhý pobyt v terénu,

využití různých dostupných metod získávání dat a může se soustředit na skupiny přímo ve vlastní společnosti (Hendl, 2005). Hendl také rozlišuje makro a mikroetnografii: „*Mikroetnografie je zaměřená na sociální jednotku nebo procesy uvnitř malé skupiny, ale přesto usiluje o holistický pohled a kontextuální faktory. Zmírňuje se při ní požadavek na delší pobyt v terénu.*“ (Hendl, 2005, str. 121). V prostřední terénní péči jsem se v přímé péči i na pozici sociální pracovnice pohybovala 6 let, ve zkoumaném regionu žiji nepřetržitě 8 let, během kterých jsem měla příležitosti k pozorování a k četným neformálním rozhovorům, z nichž vyvstal výzkumný problém této práce. V neposlední řadě i mapování terénu a analýza dokumentů v praktické části přispěla k porozumění zkoumaného fenoménu.

Data jsem sesbírala technikou částečně strukturovaných hloubkových rozhovorů. Následně jsem je analyzovala pomocí procesu trojitého kódování tak, jak jej uvádí autoři Švaříček a Šed'ová (2007) a který popisují podrobně v 7. kapitole.

2.1 Reflexe vlastní pozice výzkumníka

K výzkumnému problému jsem přistupovala z úhlu fenomenologické sociologie, která je mi jako sociální pracovníci blízká a nejvíce se přibližuje paradigmatu sociální práce jako reformy společenského prostředí. Jak uvádí Hendl, fenomenologický sociolog odkrývá vazby mezi objektivním světem, připouští jeho existenci, s jeho strukturami i významy, a subjektivní schopností lidí tyto struktury interpretovat a orientovat se ve světě. Lidské jednání a činnosti mají svůj význam, smysl a dvojí motivaci: „aby“ k dosažení cíle a „protože“ působení vnějších podnětů (Hendl, 2008). Ze stejného zdroje dále cituji: „*Základním předpokladem fenomenologické sociologie je to, že lidé jsou pojímáni jako smysluplně a prostřednictvím ostatních lidí jednající bytosti, jež se již rodí do předstrukturovaného kulturního a sociálního světa, avšak svými interpretačními postupy ho sami rekonstruují a dále rozvíjejí.*“ (Hendl, 2008, str. 77). Právě v pojetí toho, že každý člověk se orientuje, jedná a interpretuje okolní sociální svět a jeho struktury jedinečným a specifickým způsobem, vidím návaznost na fenomenologickou sociologii v psychosociálním přístupu sociální práce, se kterým se identifikuji při výkonu svého povolání terénní sociální pracovnice. Psychosociální přístup přidává k pojmu „intersubjektivita“, tedy vnímání externí reality a vzájemné působení objektů v této realitě, také rovinu „intrapersonální reality“, kterou se svým působením snaží klientovi

otevírat (Navrátil, 2001), kterého dále cituji: „*Hlavní procesy psychosociální intervence: „modifikace prostředí“ (environmental modification), „psychologická podpora“ (psychological support), „posilování schopnosti klienta vnímat jasně externí realitu“ (clarification) a „posilování schopnosti klienta vnímat jasně intrapersonální realitu (insight-giving).“* (Navrátil, 2001, str. 43). Z tohoto náhledu na problematiku zkoumané reality považuji kvalitativní výzkum za metodu, která může pomoci odhalit, jak respondenti vnímají externí realitu a jak se v ní orientují, tak i intrapersonální interpretaci vlastní situace jednotlivci a motivaci v chování při řešení vzniklé potřeby péče. Výsledky výzkumu pak mají potenciál být opěrným bodem pro modifikaci prostředí pro osoby závislé na pomoci druhé osoby. To považuji za součást práce sociálního pracovníka – spojovat dva světy, ten, ve kterém se orientují osoby závislé na pomoci druhé osoby, se světem, který tuto rovinu reality zatím nepoznává, ale má moc a nástroje jí měnit.

3. Výzkumná populace a vzorek

Rozhodování o vzorku pro kvalitativní výzkum je teoretický proces. Vzorek záměrně definujeme tak, aby odrážel výzkumný problém. Velikost vzorku nebo „vzorkování“ se v kvalitativním výzkumu ukončuje až ve stavu teoretické nasycenosti. Tzn. při sběru dat se již neobjevují nová zjištění. (Švaříček, Šed'ová, 2007). Velikostí vzorku nezbytného pro dosažení saturace se zabývali Hennink a Kaiser ve své studii *Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests* (2022), podle níž výsledné je rozmezí 9 až 17 rozhovorů. Pro vlastní výzkum jsem přihlédla ke zmíněné studii a předběžně jsem plánovala rozsah 10 až 12 respondentů.

Výzkumná populace je soubor všech osob, u kterých zkoumáme určité sociologické jevy a znaky. Pro svůj výzkum jsem populaci definovala jako osoby, které řeší nepříznivou situaci potřeby péče o svou osobu nebo své blízké, žijící na Šluknovsku. Bylo nutné získat kontakt na osoby, které tento problém řeší. Informace tohoto typu však nejsou nikde veřejně přístupné, protože řešení situací ohledně péče probíhá v soukromí. Zvolila jsem ideologický, (nebo také typologický) výběr, při němž se vytipují respondenti dle určitých charakteristik nebo kritérií. První možnost, kterou jsem chtěla využít, byli pacienti léčebny dlouhodobě nemocných (dále pouze LDN), neboť právě tam jsou často lidé, kteří pro změněný zdravotní stav musí řešit, jak a zda se vrátí do svého přirozeného prostředí. Kontaktovala jsem tedy dvě sociální pracovníce v místních LDN, ve Varnsdorfu

a Rumburku a požádala je o vytipování pacientů, kteří by splňovali kritéria pro výzkum (případně jejich rodinné příslušníky). Kritériem pro zařazení do výzkumného vzorku byla životní situace klientů/pacientů/žadatelů, tj. taková situace, kdy je možný návrat do domácího prostředí či setrvání v něm. Stejným způsobem jsem plánovala vést rozhovory s vytipovanými klienty Domova pro seniory v Jiříkově či žadateli o tamní pobytovou službu. Oslovila jsem tedy sociální pracovníci domova s žádostí o pomoc při kontaktování respondentů. Dále jsem požádala sociální pracovníce dvou terénních služeb péče v regionu Šluknovska o pomoc s oslovením jejich žadatelů o službu. Pro potřeby konkrétního výzkumu jsem potencionální respondenty vymezila jako pacienty nebo klienty nemocničních či pobytových služeb, kteří mají možnost vrátit se do svého přirozeného prostředí. V tomto kontextu by mne nejvíce zajímal moment, kdy takovýto pacient požádal o pobytovou službu, přestože byl sociální pracovníci vytipován jako schopný návratu domů. Další skupinou respondentů mého výzkumu byli žadatelé o službu terénní péče, kteří se svou potřebu péče snaží dočasně řešit svými silami. Zajímala jsem se o to, jakým způsobem žadatel řeší péči v současné situaci, kdy mu zatím služba poskytována není a jaké má pohnutky při hledání vhodného typu služby.

Takto jsem měla naplánovaný vstup do terénu. Vycházela jsem ze znalosti postupu práce sociálních pracovníků při přijímání žádosti, kdy sociální pracovníci navážou kontakt a provedou sociální šetření. V případě nemocničních či pobytových zařízení je opět sociální pracovník někdo, kdo zná situaci pacienta či klienta, je také v kontaktu s rodinou, pomáhá a má důvěru. Ve všech případech jsem strávila se sociálními pracovníci 1 až 1,5 hod. v rozhovoru, kdy jsem se zajímala o situace jejich pacientů/klientů, jak s nimi profesionálně intervenují a zjišťovala jsem data pro praktickou část diplomové práce. V závěru rozhovoru jsem vysvětlila podstatu svého výzkumu a požádala o pomoc s vytipováním klientů a jejich oslovením. Všechny sociální pracovníce souhlasily. Předala jsem nebo elektronicky zaslala dokument nazvaný „Představení výzkumu a Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem“ (viz. příloha DP č. 3). Z těchto pěti výše zmíněných přístupových cest k respondentům jsem ovšem získala pouze jednu osobu do vzorku. Zřejmě jsem podcenila své postavení „cizinky“, tedy osoby neznámé, a také se mi nemuselo podařit dostatečně motivovat sociální pracovníce k tomu, aby věnovaly potřebný čas k oslovování klientů. Navíc jsem neměla žádný vliv na to, zda a jak bude výzkum prezentován vytipovaným osobám a jak mu oslovené osoby porozumí. Rovněž mohlo dojít k nedorozumění v e-mailech nebo případně ke ztrátě kontaktu na mou osobu.

Rizikem toho, že získat osoby pro rozhovor nebude lehké, jsem se zabývala prakticky od začátku plánování výzkumu. Proto jsem vedle kontaktování respondentů prostřednictvím pracovníků organizací současně volila i techniku sněhové koule. Tato metoda je charakterizována jako nespolehlivá a časově náročná. V mém případě se osvědčila lépe než původní typologický výběr. Oslovila jsem své přátele a známé, zda neznají někoho v nepříznivé sociální situaci s potřebou péče, nebo někoho, kdo pečuje o své blízké, případně kdo má příbuzné v pobytové službě. Kritérium pro výběr bylo mít potřebu péče nebo mít zkušenost s poskytováním péče. Opět jsem rozeslala dokument s názvem Představení výzkumu a Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem, aby posloužil jako opora při oslovování vytipovaných osob. Tímto způsobem jsem získala kontakt na osm respondentů.

V průběhu přibližně šesti týdnů jsem tedy provedla celkem devět výzkumných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořili lidé, kteří mají potřebu péče nebo mají zkušenost s neformálním poskytováním péče. Aspekt, který jsem při plánování výzkumu nevyhodnotila správně, bylo dvojitě kritérium. Získala jsem tak data jak od osob, které péči potřebují a řeší jí pro sebe, tak od rodinných příslušníků, kteří jí zajišťují. Jak se v průběhu výzkumu ukázalo, toto jsou dvě odlišné skupiny respondentů, neboť jejich potřeby se mohou velmi lišit. Kritérium „potřeba péče a poskytování péče“ je zcela validní pro zkoumání toho, jaké možnosti obyvatelé zkoumaného regionu využívají – obě skupiny mají stejné možnosti. Ovšem při zkoumání důvodu či motivace pro volbu konkrétního typu péče, se již tyto dvě skupiny mohou odlišovat, neboť každá z nich řeší situaci z jiné pozice. Na druhou stranu, jak upozorňují Řiháček a Hytych *„pokud jsme při výběru respondentů nezískali participanty reprezentující odlišné varianty jevu, bude se naše teorie jevit jako saturovaná, aniž by to odpovídalo skutečnosti.“* (Řiháček, Čermák, Hytych a kol., 2013, str. 51). Z toho důvodu jsem tyto dvě skupiny respondentů do výzkumu zařadila, ale výzkumná zjištění prezentovala zvlášť pro každou skupinu. Jednalo se konkrétně o dvě osoby, které péči potřebují z důvodu svého vysokého věku. Dále o šest osob středního nebo pokročilého věku, z nichž pět pečuje o své blízké a řeší budoucnost, v jednom případě se jednalo o manželský pár, který měl zkušenost s péčí v nedávné minulosti. Nepodařilo se mi získat naplánované minimum 10 osob do vzorku, nicméně rozhovory vykazovaly jistou míru společných charakteristik, z toho odvozují, že jsem částečné saturace dat dosáhla. Pro úplnou saturaci dat by bylo nutné delší období pro

získávání respondentů k rozhovorům a také lépe zajistit přístup ke zkoumané populaci, např. v roli „zasvěceného“ nebo „domorodce“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

4. Technika sběru dat – kvalitativní rozhovor

V odborné literatuře najdeme tři typy kvalitativních technik sběru dat – dotazování, pozorování a analýzu dokumentů. Pro tento výzkum jsem zvolila techniku kvalitativního dotazování, které je nejčastěji používanou technikou pro kvalitativní výzkum (Švaříček, Šed'ová, 2007). Hlavní části této techniky jsou naslouchání, kladení otázek a zaznamenávání odpovědí, přičemž je dobré si uvědomit, jak doporučuje Šed'ová (2007), že technika sběru dat začíná již výběrem techniky a končí až sepsáním výzkumné zprávy. Hendl (2008) upozorňuje, že pro úspěšný rozhovor je nutné si předem ujasnit obsah otázek, jejich formu i pořadí a také rozhodnout o délce rozhovoru. Dále zdůrazňuje důležitost dobrého začátku i konce rozhovoru. Začátek je důležitý pro prolomení ledů a navození příjemné atmosféry za účelem získání souhlasu s nahrávaným rozhovorem, a také pro autenticitu získaných dat. Respondent bude více sdílet svůj vnitřní svět, pokud se bude cítit uvolněně. Ukončení rozhovoru je dle Hendla důležité z toho důvodu, že se výzkumník může dozvědět další informace, výzkumník se může v tuto chvíli také odborně poučit, poradit nebo jinak zasáhnout. Respondent má mít možnost dodatečně výzkumníka kontaktovat (Hendl, 2008). Toto se mi opakovaně potvrdilo při rozhovorech, při kterých se respondenti po ukončení nahrávání uvolnili a více otevřeli. Jako by z nich opadla tíha „oficiálního výzkumného nahrávaného rozhovoru“. Zde doplním, že jsem často získala informace také při úvodu do rozhovoru. Při popisu tématu výzkumu respondenti reagovali takovým způsobem, který mi dokresloval zkoumaný fenomén. Např. při popisu terénních služeb péče jsem slyšela „*tady nejsou*“, což ukazovalo na neinformovanost. Naproti tomu reakce typu: „*no tak to tady se nic nedozvíte*“ nebo: „*ale já nevím, jestli Vám vlastně nějak pomůžu*“ mi prozradily naladění respondenta. V takových případech jsem vyvíjela daleko větší snahu vést rozhovor přátelsky a odlehčeně.

Zjistit motivaci a postoje respondentů je možné pouze užším a detailním zkoumáním, jehož dosáhneme právě kvalitativním rozhovorem. Polostrukturovaný typ rozhovoru mi pro účel výzkumu a povahu zjišťovaných dat vyhovoval z toho důvodu, že jsem potřebovala získat specifické informace. Rozhovor tedy nebyl v rovině narativní či biografické, ale bylo třeba respondenty směřovat jistým směrem. Biografickým prvkům

vyprávění se nelze při výzkumu potřeby péče vyhnout, nicméně jsem se při rozhovorech zaměřila spíše na výsledek řešení péče a důvody či pohnutky, které k němu vedly.

V rámci přípravy na rozhovory jsem si napsala scénář rozhovoru, který obsahoval důležité body k vedení rozhovoru – úvod, představení, ukončení, a také otázky, kterými jsem chtěla rozhovor nasměrovat. Tento scénář je přílohou č. 4 diplomové práce. Úvodní otázka byla otevřená: „Mohl/mohla byste mi, prosím, popsat situaci, kterou řešíte.“ Dále jsem měla připravené doplňující otázky, kterými jsem mohla reagovat na sdělení a rozvádět je, např. obrátili jste se na někoho o radu/pomoc? Kdo se ujal péče? Pokud by byla péče příliš náročná, na koho byste se obrátili? Délku natáčeného materiálu jsem si stanovila na 15 minut, což se v praxi ukázalo jako nedostatečné u těch respondentů, kteří jsou sdílní a řeší komplexní problém, u nich byla nahrávka delší. U respondentů, kteří mají schopnost se vyjadřovat přesně a krátce, navíc řeší částečnou či okrajovou péči, byla tato časová dotace dostačující. Čas strávený s jednotlivými respondenty se pohyboval v rozpětí od cca 30 min. do 80 minut.

5. Výzkumný postup a realizace sběru dat

Jak jsem již zmínila v kapitole 3, získat nebo oslovit vzorek z určené populace jsem nemohla já osobně, ale musela jsem použít „prostředníka“, který takovou osobu znal, oslovil ji a mým jménem požádal o spolupráci. Prostředník byl mnou poučen o povaze rozhovoru i výzkumu ústně i písemně dokumentem „Představení výzkumu a Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru“. Následně jsem postupně získávala telefonní kontakty na respondenty, které jsem kontaktovala za účelem domluvení schůzky. V jednom případě jsem byla telefonicky kontaktována já respondentem. Pro popis výzkumu používám slovo respondent pro osoby obou pohlaví, abych zajistila naprostou anonymitu.

„Není to sice objevené tvrzení, ale není nic horšího pro kvalitu získaných dat, než se na rozhovor nepřipravit. Polostrukturovaný rozhovor neznamená, že nás vždy napadne, na co se máme ptát, a tak není třeba se na interview nijak připravovat, protože o tématu máme načteno, a že jsme upovídání, nám říkají už od mateřské školy.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 161). Přípravu na rozhovory jsem napsala do scénáře rozhovoru, jak jsem uvedla

v předchozí kapitole. Chtěla jsem se vyvarovat otázkám, které by zbytečně rozhovor rozměňovaly nebo odváděly od tématu. Zároveň, pokud by respondent sám chtěl mluvit o věcech jiných, které s tématem souvisí třeba pouze velmi okrajově nebo vůbec, měla jsem v plánu toto vyslechnout a pomocí otázek téma rozhovoru navrátit zpět k výzkumu. Otázky tedy byly konceptem, který měl sloužit jako vodítko při nervozitě, která mne, zejména v počátcích rozhovoru, provázela. Tento scénář rozhovoru jsem upravila u každého respondenta dle toho, jak se rozhovor vyvíjel. Ve skutečnosti byly otázky více spontánní, zrcadlily povahu rozhovoru a doplňovala jsem je za účelem správného pochopení sdělení. Svůj styl vyjadřování jsem se snažila přizpůsobit respondentovi, abych navázala vřelejší atmosféru pro rozhovor. První otevřená otázka „Mohl/a byste mi, prosím, popsat situaci, kterou teď řešíte?“ vedla u respondentů k delšímu volnému popisu situace, kdy zmínili vše, co v tu chvíli považovali za důležité. Poté jsem se již jen několika otázkami doptala na informace důležité pro výzkum.

Při zahájení rozhovoru jsem se znovu představila a popsala účel výzkumu a rozhovoru, také téma mé diplomové práce. Učinila jsem tak proto, že při prvním kontaktu s prostředníkem získali respondenti pouze krátký popis výzkumu, který obdrželi písemnou formou. Tento způsob jsem zvolila proto, aby potenciální respondent nebyl zahlcen přemírou informací. Ty jsem rozvedla právě až při osobním setkání. Rozhovor jsem vedla citlivě, snažila jsem se nehodnotit odpovědi, neradit, nedoptávat se na věci spojené s péčí, které by mě zajímaly jako sociální pracovníci, nikoliv jako výzkumníka. Rozhovor jsem ukončila až poté, co jsme si byla jistá, že je respondent v dobré náladě a není viditelně rozrušený. Nabídla jsem vždy své telefonní číslo pro případ, že by chtěli respondenti cokoli dodat, nebo se doptat. Každou zkušenost s rozhovorem jsem si pro sebe hodnotila jak po stránce věcné (zda jsem zjistila, co jsem potřebovala) tak po stránce emoční (jak jsem se v roli cítila, jaký byl průběh rozhovoru). Psala jsem si poznámky o kontextu situace. Snažila jsem se poučit pro příští rozhovor, např. lépe vysvětlit téma výzkumu, citlivěji otevřít téma péče apod. Většina rozhovorů proběhla v přirozeném prostředí respondentů, čtyři rozhovory v domácím prostředí, dva v práci respondenta, jeden v nemocničním zařízení, jeden v kavárně, jeden v parku. Osm rozhovorů proběhlo osobně, jeden telefonicky, všichni respondenti souhlasili s nahrávkou rozhovoru kromě jednoho. V tomto případě jsme se domluvili, že si mohou dělat poznámky. Nahrávky trvaly průměrně 30 minut a uskutečnily v období 18. 4. – 2. 6. 2023.

Získané nahrávky jsem na vlastním přenosném počítači přepsala pomocí funkce aplikace MS Word pro přepisování. Přepisy rozhovorů jsem následně kontrolovala, doplňovala, mazala citlivá data, číslovala řádky a začala s prvotním, otevřeným kódováním. Vytvořila jsem si zálohu přepisu rozhovoru a smazala nahrávku. Uložené přepisy jsem pojmenovala ROS1 – ROS2 pro respondenty s omezenou soběstačností a R2– R8 pro respondenty pečující o osobu blízkou. Následně jsem data analyzovala pomocí axiálního a selektivního kódování. Postup mé práce s daty detailně popisují v kapitole 7.

6. Etické aspekty výzkumu

Etika výzkumné práce má dvojí rovinu. Na jedné straně jde o chování výzkumníka, který ctí obecné principy etiky výzkumu. Výzkumník nelže, informuje respondenty o tom, jak s daty nakládá, k čemu je sbírá a zda budou zveřejněna. Výzkumník ctí pravidla jako je získání informovaného souhlasu, anonymita respondentů a svoboda odmítnutí odpovídat v jakékoliv fázi výzkumu (Hendl, 2008). Na druhé straně jsou zde etické otázky týkající se zkoumaného jevu a respondentů. Některá témata jsou citlivější, intimnější než jiná. Ve všech případech výzkumník dbá na emoční bezpečí respondentů.

„...takový rozhovor však skrývá nebezpečí, že se účastník otevře příliš. Je pak na místě ho zastavit? Výzkumník si totiž není jist svojí rolí – je výzkumníkem, nebo terapeutem? Na druhou roli není obvykle připraven.“ (Hendl, 2008, str. 154).

Obecná pravidla etiky výzkumu jsem zvažovala při vstupu do terénu. Připravila jsem písemné představení výzkumu, ve kterém jsem informovala o podstatě informací, které sbírám a za jakým účelem. Uvedla jsem délku rozhovoru a také připojila formulář pro souhlas s výzkumným rozhovorem. Dále jsem nakládala citlivě se získanými daty, jak jsem popsala na konci předchozí kapitoly. Přepsané nahrávky jsem smazala a ani přepisy nejsou k dispozici ke zveřejnění. Respondenty výzkumu jsem informovala o rozsahu, ve kterém budou data z rozhovorů zveřejněna.

Jako eticky problematické jsem viděla celé zkoumané téma. Je potenciálně emočně rizikové tím, že se týká kvality života respondenta a často také jeho poslední fáze. Snažila jsem se tedy aplikovat taková opatření, která by rizika emočního rozrušení omezila. Při oslovování respondentů, respektive prostředníků, kteří vytipovali osoby do výzkumu,

jsem zdůrazňovala to, že respondent musí být ochoten o tomto tématu mluvit, pokud je to těžké, nebo citlivé, rozhovor se uskutečnit nemusí. Dalším krokem bylo připravit se na to, že se rizikové situace opravdu během rozhovoru vyskytnou. Zavedla jsem pravidlo, že nebudu hovořit s nikým, pro koho je diskutované téma aktuálně bolestivé. Na základě tohoto pravidla jsem odmítla nabídku od prostředníka – vytipoval respondent, který se těžce smířoval s tím, že se domů nevrátí a zůstane v pobytové péči. Domnívám se, že v takovém případě by výzkumný rozhovor u respondent znovu otevřel bolestné prožívání jeho životní situace. Další pravidlo jsem zavedla po emočně náročném rozhovoru, kdy respondent hovořil o péči o svého zesnulého předka, proto jsem další rozhovory vedla pouze s respondenty, kteří péči řeší aktuálně. Pokud jsem uznala za vhodné, informovala jsem respondenty o sociálních službách péče a nabídla možnost mi zavolat pro informace. V jednom případě jsem rozhovor odmítla z důvodu zdravotního stavu respondent. Tento respondent byl vyššího věku a chtěl vyhovět, cítil se zavázán slibem, ale byl opakovaně nemocný. Nabídla jsem mu setkání po jeho uzdravení, při kterém poskytnu poradenství v jeho sociálně nepříznivé situaci.

7. Interpretační část

V analytické a interpretační fázi mého výzkumu jsem se opírala o metodu trojitého kódování, jak ji v metodě zakotvené teorie popisují kolektivy autorů Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) a také Řiháček a Hytych a kol. (2013). „...začínáme zkoumanou oblast a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 86). Autoři uvádějí tyto základní principy: směřování k vyšší abstrakci, hledání důležitých proměnných a vztahů mezi nimi, soustředění se na sociální procesy, popisování dění a změn v jednání aktérů. Metoda má dostát požadavkům na validitu, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, ověřitelnost. K tomu používá princip konstantní komparace – což znamená, že probíhá neustálé vzájemné porovnávání úryvků dat i jim nadřazených konceptů. (Švaříček, Šed'ová, 2007). Aplikují se tři typy, nebo lépe vrstvy, kódování: otevřené, axiální a selektivní. V první fázi, tj. při otevřeném kódování, hledáme v textu tzv. významové jednotky čili pojmy, které nesou esenci událostí nebo jevů. Výzkumník je v této fázi otevřený novým významovým jednotkám, ke kterým v dalším kroku přiřazuje dimenzi, tj. vnitřní variabilitu pojmu. Výzkumník postupně přechází do selektivního, či zaměřeného kódování těch konceptů, které jsou důležité a ve vztahu

s výzkumným problémem a řadí je do kategorií. V konečné fázi se zaměřuje na vztahy mezi kategoriemi, tj. na axiální kódování. Je třeba zvažovat nejen prostou existenci vztahu, ale všechny jeho možné podoby a souvislosti (Řiháček, Čermák, Hytych a spol., 2013-51). Úryvky z materiálu třídíme jako indikátory, ke kterým přiřazujeme koncepty. Indikátor je přítomný v textu a ukazuje na možný určitý koncept. „*Klíčem k vytvoření konzistentní teorie je však především nalezení centrální kategorie, k níž jsou potom vztaženy všechny ostatní. To znamená, že je vybrána jedna – nejdůležitější*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 93) a má určité vlastnosti – je datově nasycená, je inkluzivní, směřuje k obecnější teorii, je proměnlivá – má více různých podob, vlastností a dimenzí, které se mění v návaznosti na podmínky.

Postup vlastní analýzy dat jsem začala otevřeným kódováním. V první fázi jsem pouze pročetla text a psala poznámky k tématu odpovědí, – např. „*popis situace, obavy, samota, lékařská péče, špatná zpráva, známosti, povaha člověka, řešení atd.*“ Při druhém čtení jsem se snažila o dimenzionalizaci – o upřesnění vlastností označených kódů, které je pomohou rozlišit při kategorizaci, např. „*problémy – osobní/vztahové/finanční, lékařská pomoc – profesní/lidská.* Čili hledala jsem v textu indikátory, ke kterým jsem v další fázi přiřadila koncepty např. „*orientace v sociálních službách, žádosti o dávky, lékařská intervence*“ a k nim nadřazené kategorie – v tomto případě „Vliv systému“. Takto jsem analyzovala text do 11 základních kategorií, které uvádím ve formě kategorie – kódy – ukázka z úryvků.

1. **Sociálně nepříznivá situace** – stáří, nemoc, úraz

R6 „*Mamka už bydlí dlouho sama, vlastně se s nikým nestýká, bydlí o kus dál a nestíháme za ní jezdit, došlo to tak daleko, že měla opruzeniny, protože leží na jedné straně*“

R5 „*vzhledem k tomu, že pečujeme o babičku, které je 89 let v dnešní době, tak jsme začali řešit její zdravotní stav, protože je po mrtvici*“

ROS1 „*tak mladá paní to je moje vina, já jsem uklízela, a tak jsem šoupla nábytkem (ukazuje pohyb bokem) a jak jsem kýbl horký vody a saponát, když jsem to dávala zpátky, tak jsem upadla*“

2. **Typy zátěže při péči** – osobní (ztráta osobní pohody, svobody), vztahové (napjaté vztahy v rodině, s partnerem), dodatečná zátěž (finanční, úřední, systémová)

R5 *„Teď já myslím si, že je to náročnější. Samozřejmě to, že dojde k vyčerpání, ani ne fyzickému, ale spíš psychickému.“*

R8 *„Myslím, že to má vliv na ten vztah s ní, ta péče, je to těžký, náročný. Ona si jako i vymejší...nebo se předvádí před rodinou.“*

R7 *„Bylo to problematický, hodně problematický. Narušilo to hrozně, naruší, to vždy čtu, ten rodinej život.“*

3. **Povaha člověka jako důvod** – negativní konotace (neověřená, domnělá), pozitivní konotace (vím a uvádím to jako důvod)

R8 *„Povaha, ona po krátký době od sebe člověka jako odradí...byla v nemocnici, když po rehabilitaci odcházela, sestřičky mi říkaly „Bůh s Vámi.“*

R6 *„No to je to právěže těžký, že mě přijde, že ona se teďkom moc jako uzavřela. Hmm jo hodně do sebe, že ona je ráda, když přijedeme my a do toho kruhu jako nechce už jako úplně nikoho.“*

R7 *„Ale jestli můžu mluvit o největším problému, kterej byl, tak to byl člověk kterej byl neskutečně samostatnej, jako ona byla zvyklá být sama. Ona nestála o společnost, jako byl to introvert hroznej až chorobně, bych řekla.“*

ROS1 *„A to je taky, ..já mám ráda lidi, já mám ráda hodně lidí...jako taklenc, 4,5 lidí, ale musí být slušnej a inteligentnej, tak se tam těším.“*

4. **Vliv systému** – orientace v sociálních službách (částečná, žádná, dobrá), neprolínání sociální a zdravotní sféry (lékařská vs sociální péče), žádání o dávky (příspěvek na péči, vyřizování, nepochopení a odmítnutí)

R2 *„Mě, v podstatě jsem o to nějak extra nezajímal. Vím, že existuje nějaká Noema, která objíždí nějaký nemocný lidi v takový tý...já nevím jestli už je to paliativní, nebo není paliativní péče, ale vím, že jakoby funguje a to zas vím, protože kamarád mi umřel před nějakými x rukama a hodně tam jakoby v závěru toho života spoléhali na tu Noemu. Ale ale jinak, že bysme ji využívali nebo že bych měl nějaký větší povědomí, to nemám.*

R7 *„Tady vlastně ve Varnsdorfu je smůla, že tady není žádný poblíž ten domov důchodců, že jo, jo nebo ten dům s tou nějakou pečovatelskou službou, že jo, je pro takový lidi, který už jsou hodně nesoběstační, to je nevyhovující.*

R4 *„Prostě když tatínka propouštěli z nemocnice k nám domů, tak nic neřekli, v nemocnici to nefunguje, komunikace mezi tady těma pečovatelskejma službama.“*

R6 „A když ji přivezli do nemocnice, protože spadla, tak jí to vlastně jenom vyčistili a hned jí poslali zpátky, jo, ačkoli to bylo jakoby zanícený do hloubky a nám to trvalo víc jak třičtvrtě roku jo, to znamená že to je vlastně strašně dlouhodobý.“

R5 „Jasně, po tý operaci tam teda jsme se setkali, teda s totálně jako strašným přístupem v tý sociální péči, protože v momentě, kdy vlastně posudkový lékař neřeší aktuální zranění, ale čekají 12 měsíců, jestli se ta babička z toho jako dostane. Takže my jsme pobírali na babičku, o kterou jsme se vlastně starali a chtěli jsme, brali jsme 880 korun. Strašný vystřízlivění jo.“

5. Lékařská péče – rovina profesní a rovina lidská, oblastní rozdíly

R3 „A tam se přiznám, že v rámci toho jsme začali narážet na problém vlastně neznalosti stávajících doktorů a sester a lékárníků vlastně v tom našem výběžku, a i v tom městě.“

„A co se týče doporučení od doktorů, což nám hospic potom...nebo takhle, když jsme se nemohli nikde dopídit těhle věcí a toho příslušenství, tak jsme znova volali hospic a tam nám řekli, že pacientka má nárok, že to hradí i zdravotní pojišťovna a musí to předepisovat pan doktor, jako obvodní lékař. Tak jsme je opět kontaktovali a ten s tím neměl absolutně vůbec žádnou zkušenost a nehledě na to, že nás odkazoval na to, že musíme hradit a platit a kupovat si to sami a obstarávat taky, že on vlastně vůbec neví, které kódy má takovýmto pacientům předepisovat. Atd atd.“

R4 „On vypsal zprávu, ve který nebyl dobře popsán stav tatínka, takže neměl nárok na injekce a nic jinýho. Vlastně trpěl bolestma a my jsme museli potom zařizovat další lékaře, kteří navštívili tatínka a odborně posoudili...“

R4 „Ale určitě ten přístup těch lékařů a informovanost a spolupráce v tom větším městě je mnohem lepší, než tady v tom výběžku, to rozhodně.“

R7 „Třeba Xxx se stará o svého bratra v Xxx a tam chodí doktor k nim domů, což je skvělý, když jsem tenkrát chtěla tady já, tak to vůbec neudělal.“

R2 „...a že se mu tam vlastně, přesunuli jsme lékaře z výběžku, co jsme chodili, tak vlastně kromě obvodního lékaře, taky všechny ty specialisty, ať je to na hematologii, ať je to na dietologii, tak máme teď v Xxx domluvený.“

6. Obětavost – osobní (omezení vlastního prostoru, času, energie), profesní (ukončení/omezení zaměstnání), nároky a očekávání (na sebe a okolí), postoj vyhovět člověku

R2 „A v podstatě, ale vždycky si musím brát dovolenou, abych ho tam odvezl, abych ho zase přivezl zpátky.“

R7 „Takže já jsem to i přijmula s takovou jakoby tou...a navíc dělám, dělala jsem zaměstnání, kde jsem se o lidi starala, tak mi to nepřišlo až takovej problém.“

R5 „...protože jsme si řekli, že babičku nikam nedáme to prostě jsme věděli od první chvíle, kdy... babičku si necháme doma, i jít do toho i za cenu toho, kdyby někdo prostě z nás musel v práci skončit, to jsme si dali.“

R2 „...ale tehdy byla vlastně manželka ochotná, že nebude chodit do práce a že by se o ni starala. Ale myslím, že bysme to dokázali skloubit.“

R4 „A to bylo hodně náročný a v tu dobu, vlastně jsem i skončil v práci, protože tam jsme došli natvrdo. Já jsem řekl, že rodina je mi přednostnější, a tak jsme se velice rychle rozloučili.“

R7 „Tomu rozumím, já jsem to brala jako svý osobní velký selhání, že jsem to nedala prostě, ale ono, když je to dlouhodobě a no, a narušovalo to i ten náš vztah, že jo? No jako, i když jsem se to snažila pořád jakoby pochopit, chápat, že jo.“

R4 „Víceméně jsme byli odkázáni sami na sebe, vůbec jsme netušili vlastně co jak dělat. Já jsem jenom nějakým způsobem měl pocit, že ten člověk, že se má vyhovět tomu člověku, co on chce.“

7. Přání, jak řešit péči – odůvodněné (obavy z rizik, ze samoty), osobní (osoba si přeje pro sebe), rodinné (rodina si přeje pro osobu),

ROS1 „...ale furt bych byla sama v paneláku, nedej bože, když upadnu v bytě...“

R2 „Ale jinak my máme velkej barák. Nebo relativně velkej barák, takže počítáme s tím, že když by došlo na nějaký zásadní problém, takže je prostě stěhujem k nám a budou prostě bydlet u nás.“ „S rodičema jsme se o tom nebavili, ale s manželkou to máme domluvený, že to takhle prostě bude.“

R4 „Níceméně jsme věděli, no nebyli jsme pro, aby byl v nemocnici. On to taky nechtěl, protože v domácím prostředí člověk žije s tou rodinou...“

R5 „Ale pokud se primárně bavíme, my máme jakoby jasno. Je to o tom prostě, o toho člověka se postaráme doma, protože domácí prostředí úplně jinak se v něm dožívá. A pro toho člověka je to daleko příjemnější, protože vím, že kdybysme ji někam dali, tak už tam, tak už asi není, si myslím.“

R7 „Ona prostě chtěla bejt ve svým, chtěla bejt doma, takže to pro ní byl velkej problém.“

8. Známosti – získání pomoci přes známé nebo šťastnou náhodou

R5 *„Tak my víme, my víme. My víme z poslední zkušenosti a nehledě na to, že to je, že to je známá, že jo? Takže bylo to... bylo jednodušší, jo.“*

R2 *„...respektive využívám toho, že mám syna doktora, takže si to domlouvám v Xxx.“
„Ale jako velkým dílem využívám toho, že mám syna na interně a že tam můžu zajet a že mu udělali komplexní vyšetření.“*

R6 *„Vlastně jsem se náhodou přes paní v kostele dozvěděla o těch, co dělají tu hospicovou péči, že oni by mohli znát ostatní takový ty organizace v okolí.“*

R3 *„Ale na základě toho, že paní doktorka z Jablonce byla v kontaktu s tímhle tím hospicem a pacientku doporučila do péče, tak oni v rámci toho asi, že mají nějaký dobrý vztahy s tou nemocnicí, tak na to vlastně kývli, přestože neodpovídáme jejich území, kam jezdí.“*

R4 *„...jakoby minimální pomoc od toho systému. Měli jsme hodně štěstí a hodně hodně vlastně snahy. Vlastně nebo obráceně to štěstí nám šlo naproti, protože jsme měli tu snahu. Bylo to všechno od srdce, takže jsme si sehnali...“ „Takže takhle jsme se vlastně postarali o tatínka a pak jsme měli další neuvěřitelný štěstí, liberecký hospic, jak se jmenuje...když to moje sestra šla zařizovat, tak měla ohromný štěstí, protože paní ředitelka byla shodou okolností spolužačka bejvalá jejího xxx...“*

9. Zkušenost s péčí – negativní (zátěž a bezmoc), pozitivní (motivace)

R5 *„...ale na druhou stranu je potřeba, aby prostě neležela někde, protože já třeba osobně mám zkušenosti se svými rodiči, když jsem našel tatínka ležet na zemi, protože mi třeba nezvedal telefony, že jo v šest hodin nebo tak jsem přijel z práce, tak jsem letěl k němu a on ležel na zemi. Moje maminka byla 3 dny, ležela na zemi, takže máme takovou fobii... ale takovýhle zkušenosti životní máme a nechceme, aby se to opakovalo, takže prostě ano, může být chvíli sama doma.“*

R7 *„My už jsme se takhle předtím postarali o babičku manžela, takže zkušenosti jsme měli, v tom nebyl problém...“*

ROS2 *„Ten dům s pečovatelskou službou, ruce pryč! ruce pryč!“*

10. Rezistence vůči formální péči – osobní popření (já/my to zvládáme) a situační (ochrana osoby před cizími, obavy ze zavádění změny), zveličení rizika (obavy z neznalosti)

R7 „*No my jsme to jako zvládali. Já jsem byla doma, že jo tam nešlo o tu.. o to zvládnout jakoby tu péči, že jo, stravu, léky, jídlo, prostě všechno jakoby hygienu, to vůbec pro mě nebyl problém.*“

R8 „*A proč pomoc, já to zvládám, je to teda na mě, rodina pomůže, když si řeknu.*“

R6 „*My když jsme se jí ptaly, tak ona samozřejmě nikoho nechce, protože má strach, aby ji asi někdo jako třeba i nešidil. Je problém v tom, že ona špatně slyší.*“

R7 „*To manžel nechtěl, on nechtěl nikoho, rodinu ani děti nechtěl zatěžovat. Chtěl on sám. Báł se, že bude dělat scény, že budou problémy.*“

ROS1 „*Ona říkala – a co budeš doma sama a upadneš, co potom, když tam budeš v noci sama v bytě.*“

11. Vědomé snížení zátěže – osobní (vymezování pravidel, kdy pomáhám)

R5 „*Někdy prostě když babička volá, že jo, já říkám udělejte to sama, ne, že prostě mě budete volat otevřít okno, tady máte to chodítko, tak se postavte. Tak tady vznikaj takový komický situace, ale je potřeba tomu člověku pomoc asi jako ve všem*“

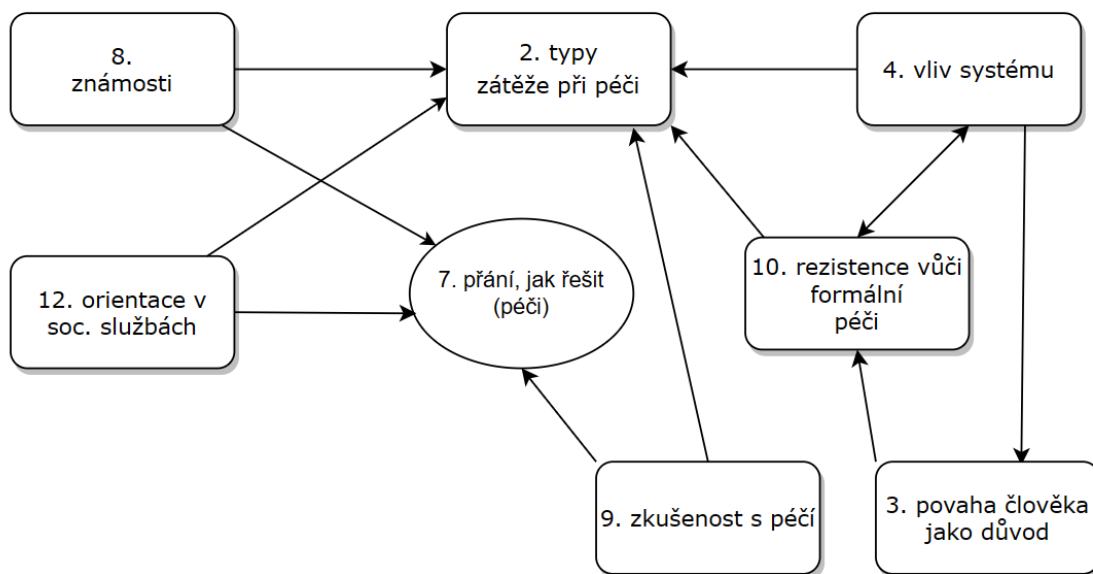
R8 „*Ze začátku toho bylo víc, dělala jsem všechno, ale pak jsem to musela omezit, tu péči, jen co nemůže sama a co si řekne.*“

R7 „*...ale pro manžela to bylo hodně těžký, tak jsme se domluvili a s tím, že potom nic nezjistili, nebyla to mozková příhoda, nebylo to... vlastně mně přišlo, že to byl takovej záchvat jako hysterie, takže na mě to přišlo takový... hodně jinej ten stav, takže tam teďka co s... jak se to bude řešit? No tak jsme pak volili teda ten, to ...zařízení.*“

ROS2 „*Já to tam mám hrozný, dvacet let se na nic nesáhlo, potřebovala bych vymalovat, loupe se mi tam barva, ale kdo by odstěhoval ten nábytek? Už si toho nevšímám.*“

V této fázi analyzování dat mi již začaly vyvstávat vztahy mezi kategoriemi. Tyto vztahy posilují nebo oslabují sílu kategorií, na kterou působí, např. neznalost dávek zvyšuje finanční zátěž, nebo z časté péče respondent zavedl opatření ke snížení zátěže, popření toho, že respondent potřebuje pomoc, vede ke zvýšení zátěže, dobré známosti vedou ke snížení zátěže a posilují přání, jak řešit apod. Pro lepší orientaci v textu, jsem si každou kategorii určila barvou a tou jsem označila indikátory spadající do této kategorie v textu. Tam, kde se v textu vyskytl souběh kategorií či jejich návaznost, jsem začala interpretovat možné vztahy. Určila jsem, které kategorie jsou relevantní či marginální ve vztahu k HVO, a které kategorie na sebe váží nejvíce vztahů s ostatními kategoriemi. Pro větší přehlednost jsem významově dominantní kategorie převedla do grafického schématu.

Graf č. 5: Vztahy mezi identifikovanými kategoriemi



Při zkoumání vztahů se jevila zásadní kategorie č. **2 Typy zátěže při péči**, která je přímo ovlivňována největším počtem ostatních kategorií, kategorie ve vztahu míru zátěže snižují, nebo zvyšují, některé přímo, jiné nepřímo. Lze říct, že všechny relevantní kategorie mají spojitost právě s mírou zátěže, kterou respondenti zažívají při řešení nepříznivé sociální situace, nejčastěji při poskytování péče. Uvádím příklady vztahů této kategorie:

Např. u R2 lze vyzorovat vztahy mezi kategoriemi č. 8 Známosti, které snižují č. 2 Typy zátěže při péči – rodinnou zátěž, při řešení zdravotní péče o osobu blízkou: „Respektive využívám toho, že mám syna doktora, takže si to domlouvám v Xxx a jezdíme tam prostě na různý odběry a infuze, když je problém.“ Respondent dále popisoval krizovou situaci, která byla náročná a dlouhotrvající, ale vyřešila se: „...ted’ už je zas úplně, úplně nebe a dudy, zaplat’ pánbůh jim za to, protože my jsme byli za poslední dva roky třikrát přesvědčení, že už je v podstatě konec, že už to nedopadne dobře a vždycky se z toho vykřesal.“ Pomoc a úlevu mu přinesla právě známost, v podobě rodinného příslušníka: „protože říkám, využívám toho, že mám syna na Xxx a že jsme lékaře z výběžku přesunuli tam“. Zároveň snížení zátěže posiluje č. 6 Obětavost v rovině pracovní a tím se zvyšuje č. 2 - osobní zátěž, která je ale respondentem přijatelná

a relativně nízká v porovnání s tím, že nemusí řešit závažné zdravotní komplikace člena rodiny: „*Prostě je hodně nemocný, táta, ale jsme nějakým způsobem schopni to stabilizovat do té podoby, že se dá jakoby normálně fungovat. A v podstatě, ale vždycky si musím brát v práci dovolenou, abych ho tam odvezl, abych ho zase přivezl zpátky...*“

Vliv kategorie č. 8 Známosti podobným způsobem popisuje R3, kdy ke snížení vlivu kategorie č. 2 rodinné zátěže došlo tím, že R3 měl štěstí na známost a propojení lékařky s poskytovatelem terénní paliativní péče, čili zde působí také pozitivně kategorie č. 4 Vliv systému – propojení zdravotního a sociálního prostředí: „*...a přiznávám, že nám to bylo zjednodušeno v tom, že paní doktorka nám doporučila hospic v Xxx a na to už jsme se tak nějak, jako asi bych řekla, i fixovali...ale na základě toho, že paní doktorka z Xxx byla s nimi v kontaktu, tak oni, v rámci toho asi, že mají nějaký dobrý vztahy s tou nemocnicí, tak na to vlastně kývli, přestože neodpovídáme kilometrově.*“ R3 vyjmenovává jakým způsobem byla snížena zátěž: „*Tam se přiznám, že jsou velice ochotný, milý, příjemný a byli i vstřícní, takže nám i řekli všechno, co máme vlastně obstarat, mít a nabídli i nějaké alternativy a samozřejmě tu pomoc.*“

U R5 lze vysledovat, jak kategorie č. 6 Obětavost působí na zvýšení osobní a rodinné zátěže pečujících osob (tj. kategorie č. 2). Přičemž R5 jedná na základě kategorie č. 9 Zkušenost s péčí, v tomto případě negativní: „*Jo jo, v tuhle chvíli je to náročný, jako samozřejmě, protože přizpůsobuju všechno, aby babička nebyla sama, nikam nemůžeš, musíš v momentě zavolat někoho, někdo musí být. Dovolená, někdo musí být. Prostě chceš někam večer jít, někdo musí být doma...*“ „*Nechceme aby, jo, pečovali o ni mladí, ale, ale na druhou stranu je potřeba, aby prostě neležela někde, protože já třeba osobně mám zkušenost...jsem našel Xxx ležet na zemi“ a také „Moje Xxx byla 3 dny, ležela na zemi.*“

R7 popisuje svou situaci jako velmi náročnou, která negativně ovlivňuje vztahy v rodině, tedy posiluje kategorii č. 2, konkrétně rodinnou zátěž. „*Bylo to hodně problematický, hodně problematický.*“ „*Narušilo to hrozně, naruší to vždy, co čtu, ten rodinný život*“. Toto se objevuje v rozhovoru několikrát: „*...ale po x letech to byl už velký problém, hodně velký.*“ Přesto si R7 nemyslí, že by potřeboval s péčí pomoci, neboť rovinu přímé péče zvládá, tj. kategorie č. 10 Resistence vůči formální péči, která zvyšuje u R7 zmiňovanou rodinnou zátěž. „*...tam nešlo o tu, o to zvládnout jakoby tu*

péči, že jo, stravu, léky, jídlo, prostě všechno, jakoby hygienu, to vůbec pro mě nebyl problém.“ Obtížně ale vychází s osobou, o kterou pečuje. Jejich vzájemný vztah popisuje jako formální, chladný. *„My jsme k sobě nikdy neměli blízko. Strašně záleží na tom, jak s tím člověkem vycházíte...tak ona mě ani nebrala, spíš naopak jo.“...“takže tam byl problém jakoby toho soužití.“* Povahu pečované osoby je R7 považována za náročnou: *„...člověk, kterej byl takovej hodně sobeckej, sám pro sebe“.* Povaha je uváděna za důvod, proč není možné zajistit péči nikým jiným, tedy kategorie č. 3 Povaha jako důvod: *„ona nestála o společnost“, „Xxx se bál, že bude vyvádět, nechtěl nikoho zatěžovat.“*

Kategorie **č. 4 Vliv systému** se také ukázala jako silně působící na ostatní kategorie, se kterými má vazbu. Indikátory, které zakódované spadají do této kategorie, ukazují, že intersubjektivita působí na rozhodování respondentů a na jejich intrapersonální realitu – zda a jak se vzájemně propojují nebo naopak nepropojují zdravotní, sociální a úřední složky systému kolem zajištění péče má přímý vliv na to, jak respondenti interpretují svou nepříznivou situaci a své možnosti na její řešení. Při analyzování vztahů této kategorie jsem kód „orientace ve službách“ vyňala z kategorie č. 4 Vliv systému. Neboť jsem zjistila, že vliv kódu „orientace ve službách“ je rozhodující a nelze ho tedy sloučit s jinými kódy kategorie č. 4, a stal tedy kategorií č. 12. Naopak, kategorie č. 5 Lékařská péče, přestože byla v rozhovorech často zmiňovaná (ukázalo se tak, že při řešení péče se nevyhnutelně respondenti dostávali do styku s lékaři a zmiňovali tyto interakce jako důležité), při analyzování vztahů jsem tuto kategorii zařadila do kategorií č. 4 Vliv systému, neboť samostatně kategorie měla sice významný, ale pouze jeden přímý vztah a to s kategorií č. 2 Typy zátěže při péči. Uvádím příklady vztahů této kategorie:

R3 popisuje různé úrovně zkušenosti s kategorií č. 4. Vliv systému, která zvyšuje zátěž finanční i osobní. *„Ale jako co nás zarazilo, tak i přestože začíná, tak neměl vůbec žádný znalosti nebo vůbec ani pojem o něčem, co má dělat, jak postupovat? Jo tak hospic teda nakontaktoval pana doktora obvodního, řekli mu, co má přesně teda napsat, jaké kódy a že může vlastně tyto záležitosti vyřizovat on a je to v jeho kompetenci. Což vlastně pan doktor nevěděl.“ ... “A další věc, na jeden recept ještě řekl, že to musí schválit vlastně revizní, revizní nějaký lékař, tak do dnešního dne, což je vlastně už 3, 4 měsíce po návratu z nemocnice domů, tak do dnešního dne nemáme na ten recept žádnou reakci. No tak to je jedna věc, taková nepříjemná, nemilá, že člověk musí řešit tyhle záležitosti.“*

R4 zmiňuje zkušenost s kategorií č. 4 Vliv systému, která zvýšila osobní zátěž tím, že R4 nebylo poskytnuto žádné poradenství, nebo pomoc. „*Víceméně jsme byli odkázáni sami na sebe, vůbec jsme netušili, co a jak dělat. ... Občas přišel lékař se podívat na stav, víceméně ho nechávali dožít, s tím, že pro tchýni a manželku to bylo velmi náročný i z toho důvodu, že manželka je jedináček a nejsou sourozenci, se kterými bysme se tam podělili o nějakou péči nebo tu starost.*“ Dále R4 popisuje druhou zkušenost s péčí o člena rodiny, kde kategorie č. 4 měla snižující vliv na kategorii č. 2 Typy zátěže při péči, tím, že R4 zmiňuje fakt, že ve velkých městech je lepší informovanost. „*Ale určitě ten přístup těch lékařů a informovanost a spolupráce je v tom větším městě mnohem lepší, než je tady v tom výběžku, to rozhodně. No tady vlastně jsme se neměli ani koho zeptat a opravdu jako tam nedochází k přenosu.*“ Jinde v rozhovoru R4 zmiňuje fakt, že nedostal vyplacenou sociální dávku, o kterou žádal. Uvádí to jako problém, který by bylo dobré v systému přidělování sociálních dávek zlepšit, aby se dala zmírnit finanční zátěž pečujících rodin. „*...na úřad vlastně o nějakou hmotnou pomoc při ošetřování a oni, než si to všechno dali dohromady a přišli, vlastně nás navštívit, tak tatínek odešel. Takže my jsme nedostali tuhlectví finanční pomoc ani zpětně... ...no to si myslím, že je taky jedna z věcí, která prostě, kdyby tohle všechno mohlo bejt rychlejší, tak by těm lidem pomohla.*“

R6 popisuje, jak se zvýšila jeho obětavost pečovat, tj. kategorie č. 6 Obětavost, díky kategorii č. 4, kdy považuje lékařskou péči za nedostatečnou: „*Jo, ačkoli to bylo jako zanícený do hloubky a nám trvalo víc jak třičtvrtě roku. Jo, to znamená, že to je vlastně strašně dlouhodobý. Bohužel jsou i nemocnice i tak plný a všechny, není ani dostatek zařízení na to, aby kdo žije takhle sám a má třeba tadyhleto. Jim by stačilo, aby tam 14 dní ten člověk ležel a za 14 dní by byl zdravěj, což se nám protáhlo místo 14 dnů na třičtvrtě roku.*“ Dále popisuje zvýšení osobní zátěže, kategorie č. 2 tím, že se R6 neorientuje v systému služeb, tj. kategorie č. 12, jednak tím, že se sama snaží zajistit nějakou pomoc a také tím, že má nepřesnou představu o tom, jak systém funguje a má z toho obavy. Konkrétně, že musí vystát frontu na úřadě, což v případě služeb sociální péče není nutné. „*No a když jsem obvolávala a psala pečovatelským službám, který se v okolí nabízely, tak mi ani jedna neodpověděla. Když jsem zkoušela telefonovat, tak jsem zjistila, tak vlastně jsem zjistila, že ty telefonní čísla už neexistují...*“ „*Ale nejhorší je, že vím, až se do toho pustím, tak mě čeká strašná peripetie, peripetie chodit na úřady, že jim nebude stačit poslat všechno mailem... ...tak nejdřív musím na úřad si to tam jakoby vystát. Nedej bože s mamkou a ještě dítětem, protože nevím, na jak dlouho to bude.*“

R5 také popisuje situaci, kdy zažil zvýšení zátěže osobní i finanční kvůli postupu systému vyřizování dávky Příspěvek na péči. Nejdříve popisuje situaci, která nastala: „*Po té operaci, tam teda jsme se setkali, teda s totálně jako strašným přístupem tý sociální péče, protože v momentě, kdy vlastně posudkový lékař neřeší aktuální zranění, ale čekají 12 měsíců, jestli se ta babička z toho jako dostane nedostane... ..12 měsíců jsme se starali o babičku, chtěli jsme, brali jsme 880Kč. Prostě vystrízlivění jo.*“ Poté zdlouhavé dopisování si s úřady, které bylo vysilující a se záporným výsledkem: „*Požádali jsme o zvýšení, oni nám napsali, že ho zamítají, tak my jsme se odvolali vlastně jakoby na tom krajským úřadě. Tam bylo napsáno to teda krásný věci... ..všechno rozporovali. My jsme i jezdili na gerontologii do Xxx, aby babičku posoudili, v odvolání uvedli že to není relevantní, že je to účelové, jo.*“ R5 popisuje rozčarování z toho, že byl rok bez odpovídající finanční pomoci: „*My jsme teda jako požádali znovu o příspěvek po 12 měsících. No a najednou jsme skočili do čtyřky jako jo. To je divný, jak prostě nějaký ten sociální systém jakoby funguje a tyhle ty věci.*“

Ovšem pro výzkumné téma bylo nezbytné analyzovat, jak se respondenti rozhodují při volbě konkrétní péče. Kategorie, které odkrývají tyto postoje, jsou č. **7 Přání, jak řešit péči** a č. **10 Resistence vůči formální péči**, slabší významově, ale také relevantní jsou kategorie č. 3 Povaha člověka jako důvod a č. 9 Zkušenost s péčí. Uvádím příklady vztahů těchto kategorií:

R2 vyjadřuje svůj plán péče o osobu blízkou, pokud by bylo potřeba, tj. kategorie č. 7 a: „*Nebo relativně velké barák, takže počítáme s tím, když by došlo na nějaký zásadní problém, takže je prostě sestěhujem k nám a budou prostě bydlet u nás... ..s Xxx to máme domluvený, že to takhle prostě bude.*“ Z textu je zřejmé, že k tomuto došel po předchozí zkušenosti, kategorie č. 9, kdy bylo nutno postarat se o jiného rodinného příslušníka: „*Je pravda, že jsme kdysi uvažovali, že jsme měli tetu, která byla ležící pacient, tak jsme si ji chtěli vzít... ..ale tehdy byla vlastně manželka ochotná, že nebude chodit do práce a že by se o ni starala.*“

R6 formuje své přání na základě zkušenosti, tj. kategorie č. 9: „*Když by to nešlo, tak by se to řešilo dál a teď už je otázka domov důchodců... ..proč my to asi tak jako podvědomě podle mého všechno i toľento odsouváme, je zkušenost s tou mojí tetou, že*

v momentě, kdy oni jí dali do toho Alzheimerova centra, což bylo, řekněme v únoru, tak ona za 14 dní, ani ne, onemocněla začla chodit na vyšetření ... v xxx zemřela ...že to pak jako by mělo ten rychlej spád a my si nechceme vzít na triko.“ Zároveň R6 uvádí obavy, pochyby o zavedení služeb, které zvyšují kategorii č. 10 Resistenci vůči formální péči. „Otázka je, jestli by mohla být sama na pokoji teď. Jak je nahluchlá, tak jí prostě má nahlas, nechce nosit naslouchátko.“ Jinde v textu se vyjadřuje R6 k terénním službám: „My, když jsme se jí ptali, tak ona samozřejmě nechce, protože má strach, aby jí tam asi někdo jako třeba i nešidil... ..Problém je v tom, že jak špatně slyší, tak neslyší určitý zvuky, třeba zvonek a klíče někomu dávat...“ Nebo obavy ze zavedení nových technologií: „Pak jsme uvažovali o tom monitorovacím náramku. Jenže to si musí jako jednou týdně nabit, že jo, minimálně. Což mamka nebude schopná... ..Otázka je, jestli by to nosila.“ R6 z různých obav ze změn, které zavádění formální péče má, uvede povahu jako překážku k terénní péči, tj. kategorie č. 2. „No ono je to právě že takový těžký, že mě přijde, že ona se teď kom moc jako uzavřela. Hmm jo hodně do sebe, že ona je ráda, když přijedeme my a do toho kruhu jako nechce už jako úplně moc nikoho.“

U R8 se projevuje kategorie č. 10 Resistence vůči formální péči tím, že popírá potřebu pomoci a zároveň má jasně vymezenou hranici, kam až je ochotný pečovat a snášet zátěž s péčí spojenou, aniž by zvážil tedy, že terénní péče může řešit i takovéto situace a zátěž snížit, zároveň tímto formuje své přání, jak situaci řešit, kategorie č. 7: „Je to na mně, teda když požádám rodinu, pomohou. Až přestane být soběstačná, až lehne, tak důchod'ák.“ Také uvádí povahu blízké osoby jako důvod k nevyužití terénní péče, tj. kategorie č. 3. „Povaha, ona po krátké době od sebe člověka jako odradí.“

R4 vyjadřuje své přání, jak se postarat o své příbuzné, kategorie č. 7: „Víceméně jsme nic nevěděli, ale nechtěli jsme, aby byl v nemocnici. On to taky nechtěl... ..Já jsem jenom nějakým způsobem měl pocit, že ten člověk, že se má vyhovět, tomu člověku, co on chce.“

R5 vyjadřuje své přání, jak si představuje péči o osobu blízkou, kategorie č. 7: „Ale pokud se primárně bavíme, my máme jakoby jasno. Je to o tom prostě, o toho člověk se postaráme doma, protože domácí prostředí, úplně jinak se v něm dožívá. A pro toho člověka je to daleko příjemnější, protože víme, že kdybysme ji někam dali, tak už tam, už asi není, si myslím.“

ROS1 vykazoval neschopnost se orientovat v systému, což mělo velký vliv na kategorii č.7 *„To já bych mohla? Být doma? Tak já řeknu dceři, že jste tu byla a že můžu domů.“* Po kratší chvíli, kdy jsme v rozhovoru uváděli věci na pravé místo a vysvětlovala jsem na jaké služby se ptám, reagoval ROS1 argumentem rodinného příslušníka, které vykazuje známky kategorie č. 10 Resistance: *„Ale dcera mi říká, co když upadneš mami? Ona pracuje a byla bych často sama.“* Nakonec ROS1 používá své povahové vlastnosti jako důvod, tj. kategorie č.3: *„A to je taky, ...já mám ráda lidi, já mám ráda hodně lidí...jako taklenc, 4,5 lidí, ale musí být slušnej a inteligentnej, tak se tam těším.“*

Zmíněné relevantní kategorie se vztahují k sobě navzájem v obou polohách, jak negativní, tak pozitivní, proto bylo možno vysledovat, jaké vztahy mezi kategoriemi jsou žádoucí a vedou k optimálnímu stavu, tj. posilují co nejvíce kategorii **č. 7 Přání, jak řešit**. Kategorie, které vedly u respondentů k naplnění přání, čili k optimálnímu řešení nepříznivé sociální situace, byly **č. 8 Známosti a č. 12 Orientace ve službách**, tyto kategorie zároveň snižovaly zátěž. Uvádím příklady vztahů těchto kategorií:

R5 popisuje situaci, kdy kategorii č. 7 Přání, jak řešit, s pomocí formální péče: *„Tak my už v tuhle chvíli máme, že jo, jako my v tuhle chvíli na 3 hodiny jako, protože babička není schopná si ohřát jídlo, že jo ona neunes, sotva se drží... .. Nechceme aby, jo, pečovali o ni mladí, ale, ale na druhou stranu je potřeba, aby prostě neležela někde.“* Tato pomoc při řešení péče byla zjednodušená tím, že R5 znal poskytovatele, tj. č. 8 Známosti: *„Tak my víme, my víme, my víme. My víme z poslední zkušenosti a nehledě na to, že to je, že to je známá, že jo? Takže bylo to... bylo jednodušší, jo.“*

R3 popisuje jak jim štěstí, tj. kategorie č. 8 Známosti, pomohla k přání, mít babičku doma: *„...a přiznávám, že nám to bylo zjednodušeno v tom, že paní doktorka nám doporučila hospic v Xxx a na to už jsme se tak nějak, jako asi bych řekla, i fixovali...ale na základě toho, že paní doktorka z Xxx byla s nimi v kontaktu, tak oni, v rámci toho asi, že mají nějaký dobrý vztahy s tou nemocnicí, tak na to vlastně kývli, přestože neodpovídáme kilometrově.“*

R4 také při řešení situace ohledně péče o osobu blízkou vnímá štěstí, jako významný faktor, tj. kategorie č. 8: *„A takže jsme v tomto směru měli štěstí přes různý*

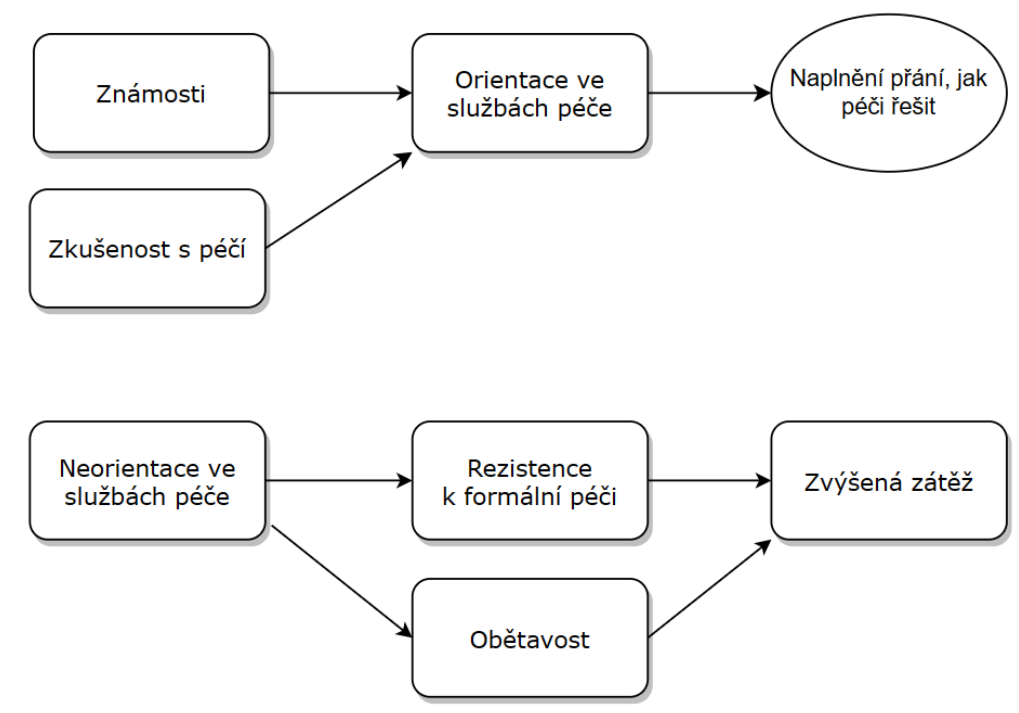
známý, tak vlastně byla jakoby minimální pomoc od toho systému... ..takže Xxx třeba sehnala od nějaký příspěvkový nadace kyslíkový přístroj, ten jsme mu půjčili za úplatu, potom nám poskytla postel zase přes právě nějaký známosti, protože ta sestřička, která mělo to oprávnění dávat injekce, zase byla známá.“ Dále R4 popisuje další pomoc přes známost: *„Takže takhle jsme se vlastně postarali o tatínka a pak jsme měli další neuvěřitelný štěstí, liberecký hospic, jak se jmenuje...když to moje sestra šla zařizovat, tak měla ohromný štěstí, protože paní ředitelka byla shodou okolností spolužačka bejvalá jejího xxx...“*

R6 popisuje, jak při hledání poskytovatele formální terénní péče, měla štěstí a náhodou potkala někoho, kdo ji mohl pomoci: *„Vlastně jsem se náhodou přes paní v kostele dozvěděla o těch, co dělají tu hospicovou péči, že oni by mohli znát ostatní takový ty organizace v okolí.“*

R5 uvádí, že podal žádost o Příspěvek na péči ihned, jak osoba blízká přišla o svou plnou soběstačnost, což svědčí o dobré orientaci v systému dávek, tj. kategorie č. 12, a tím podpořil kategorii č. 7 Přání, jak řešit: *„Tak jsme se snažili, vlastně abychom nemuseli řešit nějakou náhradní péči, tak jsme se snažili požádat o nějaký příspěvek na péči. A dejme tomu těch 5 let zpátky, tak nám přiznali vlastně na základně nějakýho stavu, tak teda byla ještě jako soběstačná, ještě tohle, tak nám přiznali vlastně jakoby ten první stupeň.“*

Jako poslední krok jsem na základě těchto vztahů určila dichotomickou kategorii „(ne)orientace v systému“. Čím více se respondent orientoval ve službách péče, např. díky známým nebo z předchozí zkušenosti s péčí, tím větší bylo naplnění jeho přání a zažíval menší zátěž při řešení péče. Naopak ne-orientace v systému posiluje rezistenci k formální péči a tím posiluje obětavost a zvyšuje zátěž osob, které jsou angažované v péči.

Graf č. 6: Znáornění vztahů hlavní dichotomické kategorie „(Ne)orientace v systému“



V následující kapitole použiji interpretaci vyzorovaných vztahů a jejich vzájemného ovlivňování k zodpovězení výzkumných otázek.

7.1 Odpovědi na výzkumné otázky

7.1.1 Znájí potenciální klienti služby sociální péče?

Odpověď na první doplňující výzkumnou otázku jsem shledala stejnou pro obě skupiny respondentů, pro osoby se sníženou soběstačností i pro osoby pečující o osobu blízkou. Z výzkumu vyplývá vysoká míra neznalosti terénních služeb u osob řešících nepříznivou sociální situaci potřeby péče, tedy u potenciálních klientů terénních služeb. Naprostá většina respondentů zná služby sociální péče pouze částečně a spíše se neorientovali v nabídce služeb. Terénní služby sociální péče znali respondenti pouze okrajově, znali pečovatelskou službu, většinou ji měli spojenou s domem s pečovatelskou službou anebo s donáškou obědů. R6 „...že je vždycky jakoby jednodušší, když si člověk dojde na úřad, vezme si papíry a začne už postupně s nějakýma službama. To znamená, že už jí budou dovážet nějaké to jídlo. V ten moment ona už je tam zapsaná a tím, že ona

by šla do nějakýho bud' domu s pečovatelskou službou nebo do domova důchodců, tak už by ten proces byl tam rozjetý a oni by jenom to jako by tu agendu převzali.“ R3 „Přiznám se, že povědomí nemám, asi bych zjišťovala přes ten hospic, oni informace podávají, tak vím, že tam se mohu dotázat. V tomhle směru mě ani jít úřad nenapadlo.“ ROS2 na dotaz, zda by využila terénní služby: „A ty tady jsou? Ale za peníze?“ ROS1 „A to já bych mohla? Jako být doma?“

Respondenti měli pouze určité povědomí toho, že jezdí domů – často u toho ale byl zmiňován jmenovitě poskytovatel zdravotní domácí péče, tedy služba home care. R2 *„V podstatě jsem se o to nějak extra nezajímal. Víím, že existuje nějaká Noema, která objíždí nějaký nemocný lidi.“* R4 *„No dojížděla k nám sestřička z Noemy.“* (Odpověděl na dotaz, zda při péči využívali terénní sociální služby.) *„Tady byla nulová, no tady vlastně no, jsme se neměli moc koho zeptat, opravdu tady nedochází k přenosu. Tak třeba já víím, že jezděj, ale já jsem vnímal jenom jako přípomoc. To znamená přijedou někam, kde už prostě starej člověk není schopnej si píchnout injekci, tak přijedou.“*

Respondenti znali dům s pečovatelskou službou, ale pojem osobní asistence neznali. Všechny terénní pracovnice nazývali pečovatelkami. Respondenti znají pobytovou službu domov pro seniory, používají již přežitý název „domov pro důchodce“, případně „důchod'ák“. R7 *„Tady vlastně ve Varnsdorfu je smůla, že tady není žádný poblíž ten domov důchodců, že jo, nebo ten dům s tou nějakou jakoby pečovatelskou službou, že jo, to je takový pro lidi, který už jsou hodně nesoběstační, to je nevyhovující.“* ROS2 *„Dříve býval Klub invalidů, teď tu není nic. Ten dům s pečovatelskou službou, ruce pryč! Ruce pryč!“*

V případech, kdy se respondent orientoval v sociálních službách a znal terénní péči, také ji využíval. Tím odlehčoval svou zátěž „jediného pečujícího“. Včasným požádáním o sociální dávku Příspěvek na péči snížil finanční zátěž spojenou s péčí v domácím prostředí. Zapojením terénní služby do systému domácího pečování pak snížil zátěž svou osobní i vztahovou v rodině. R5 *„Když je, když my odejdeme, já nevím, ráno v půl osmý, tak v deset už někdo přijde, v jednu odejde. Manželka přijde ve tři. Takže prostě tyhle ty dvě hodiny, prostě ona se zabaví u televize s křížovkami.“*

7.1.2 Jakým způsobem řeší klienti potřebu péče?

Odpověď na druhou doplňující výzkumnou otázku jsem získala při opakovaném extrahování důležitých proměnných ve vztazích především s kategorií č. 7 Přání, jak řešit. Pečující respondenti z pozorovaného vzorku, kteří řeší situaci péče o osobu blízkou tak, že se starají pouze vlastní silou, činí tak do určitého okamžiku – tedy dokud jim nedojdou síly, nebo nastane jiná závažná změna, např. ve zdravotním stavu blízké osoby. Pak dochází k přestěhování pečované osoby do zařízení pobytové sociální služby, o kterou měla většina respondentů požádáno, ale zatím tuto možnost nevyužila. R8 *„Kdyby chtěla, mohla by už teď, ale zatím je v některých věcech soběstačná, snídani si udělá, malou hygienu. Až lehne, tak důchod'ák.“* Část z pečujících respondentů nezvažovala formální pomoc i z toho důvodu, že osoba, o kterou pečují zatím není příliš závislá na pomoci druhé osoby (jedná se o osoby se závislostí I. nebo II. stupně) a zároveň s touto osobou žije její manžel nebo manželka. R2 *„V podstatě v tuhle chvíli zaplatí pánbůh maminka může, takže se vlastně stará, stará i o tatínka. A takhle to jde. Fakt to vypadá, že by to mohlo fungovat dál.“*

Respondenti pečující o osobu blízkou, kteří využívají poskytovatele terénních služeb, plánují tuto službu využívat i nadále a udržet rodinného příslušníka v domácím prostředí. R5 *„Ale pokud primárně mluvíme, my máme jakoby jasno. Je to o tom prostě o toho člověka se postarat doma, protože domácí prostředí, úplně jinak se v něm dožívá. A pro toho člověka je to daleko příjemnější, protože víme, že kdybychom ji někam dali, tak už tam asi není, si myslím.“* *„V tuhle chvíli k nám jezdí Pastelka od nás, je to jako služba, která vlastně s tou babičkou ty 3 hodiny tráví...“*

Respondenti se sníženou soběstačností vykazovali podobné chování při řešení své nepříznivé situace. Vlastními silami a zdroji (sousedí, příbuzní, soc. dávky) se snaží kompenzovat své potřeby, dokud je to možné, pro jistotu mají požádáno o pobytovou službu pro seniory. Výběru pobytové služby věnovali respondenti velkou péči, pokud byli dostatečně fyzicky i psychicky schopní si výběr řídit. ROS2 *„Byla jsem se podívat ve Šluknově, v Krásný Lípě, v Děčíně. I v Liberci, tam to teda bylo špičkový. Ale když jsem tam byla a všechno to viděla, víte, tak jsem si uvědomila, že člověk takhle vlastně může dopadnout taky.“* V případě, kdy byl respondent méně fyzicky i mentálně zdatný, byl odkázán na ochotu rodinných příslušníků situaci řešit, s malým vlivem na to, jakou formu péče mu rodina vybere. Tak jako tomu bylo u ROS2, kdy se respondent zjevně

neorientoval plně v systému péče, zřejmě ani v některých dalších oblastech života. Z rozhovoru bylo zjevné, že ROS2 neví o možnosti zůstat doma, přestože dle sociální pracovnice by to s malou pomocí zvládl. *„To já bych mohla? Být doma? Tak já řeknu dceři, že jste tu byla a že můžu domů.“*

V odpovědích na výzkumné otázky vykazují obě skupiny respondentů shodu. Ale právě v případech, kdy se představa řešení potřeby péče liší u osoby pečované a jejích rodinných příslušníků, je možné pozorovat rozdílné postoje a motivace. Obzvláště u osob, které jsou již z větší míry závislé na pomoci. Jak jsem již zmínila u ROS1 bylo možné vypořádat, že řešení situace pobytovou službou bylo spíše nejjednodušší pro rodinného příslušníka. V tomto případě bych potřebovala provést výzkumný rozhovor i s rodinou, abych zjistila, z jakých důvodů u ROS1 není snaha o udržení respondenta doma. Dokonce se nabízí otázka, zda využívání terénní péče mohlo zabránit úrazu při úklidu, který vedl k operaci kyčelního krčku a dlouhodobé hospitalizaci. Přestože jsem ve vzorku respondentů s omezenou soběstačností nezískala další data (ROS2 je omezený na soběstačností jen v některých oblastech), je možné tyto vztahy vypořádat i z dat získaných od respondentů pečujících. Např. R7 *„Ale ten velkej problém byl to, že ten přesun, kdy jsme ji museli vzít už k nám, to už prostě nešlo, tak ten nezvládala.“* R7 ve své obětavosti poskytnout tu nejlepší pomoc, nevyhověl pečované osobě přání zůstat doma. Nebo již výše uvedený postoj R8 *„Kdyby chtěla, mohla by už teď, ale zatím je v některých věcech soběstačná, snídani si udělá, malou hygienu. Až lehne, tak důchod'ák.“* Zde je otázkou, zda pečovaná osoba souhlasí se zvoleným postupem. Často také pečovaná osoba popírá potřebu pomoci, chce se cítit soběstačná. R5 na dotaz, zda je pečovaná osoba spokojená s terénní péčí: *„To určitě, určitě. Ona teda tvrdí, že je, že jo, že prostě nikoho nepotřebuje.“*

Výsledky výzkumu ukázaly, že většina respondentů nemá zažitý jiný způsob řešení nežli pečovat svými silami, dokud to lze, poté využít nabídky pobytových služeb. Obě skupiny respondentů měly často podanou žádost do domova pro seniory, ale využít jí zatím nechťejí, odsouvají ji až na dobu, kdy to bude nevyhnutelné. V důsledku toho, že respondenti nejsou zcela orientováni v systému a v sociálních službách, nemají širší škálu rozhodování, a proto často volí zmíněný jediný model řešení.

7.1.3 Jaký mají potencionální klienti postoj k terénním službám péče?

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku jsem identifikovala ve vztazích kategorie č. 10 Resistence vůči formální péči. Posilování této kategorie působila Neznalost sociálních služeb péče, respektive Ne-orientace v systému a z ní pramenící pochyby o přijetí takové služby, obavy z procesu zavedení cizí osoby do péče nebo z finanční zátěže. Respondenti pečující o osobu blízkou v této situaci vykazovali velkou obětavost, ale také mluvili o vysoké zátěži, kterou zažívají. R8 „*Ona chtěla jít do domu s pečovatelskou službou, ale já jsem jí nabídla, ať je u nás, máme tu zahradu. Kdybych věděla, do čeho jdu...nejdřív jsem dělala všechno, pak už jen to, co nezvládne*“. R7 „*Bylo to problematický, hodně problematický. Jinde v textu: „Narušilo to hodně ten rodinný život.“ „Ale pro manžela to bylo těžký, hodně těžký.“* Respondenti s omezenou soběstačností vykazovali podobné charakteristiky v postoji k terénním službám. Neznalost služeb terénní péče jim neumožnila vytvořit si pozitivní postoj, vykazovali skeptické obavy z toho, zda je služba opravdu funkční a také z financování služby. ROS2 „*Ale to je za peníze?*“ „*Mám jen první stupeň.*“

Výsledky výzkumu ukázaly na zajímavé vztahy zkoumaných kategorií a jejich vliv na postoj respondentů k terénním službám péče. Z interpretace výzkumných dat vyvstal nový, respektive skrytý vztah mezi tím, zda a v jaké míře se respondenti orientují v systému sociálních služeb (ale také v sociálních dávkách, kompetencích lékařů, celkově v systému, který ovlivňuje péči o člověka) a nedůvěrou ve služby terénní péče. Tento postoj nevzniká apriori z pouhé neznalosti, např. ze strachu z toho co neznám. Respondenti často neznají ani služby pobytové péče, ale postoj k nim je jiný. Důvody pro nevyužití pobytové péče byly kriteriální, tj. až nastane určený moment, např. až bude pečovaná osoba nepohyblivá, až bude pečující osoba příliš slabá apod. Respondenti nevykazovali stejné obavy a nedůvěru, jako u terénních služeb. Nezpochybovali to, že péči o osobu blízkou v pobytové službě zvládnou dobře, ani nezmiňovali obavy z finanční zátěže, přičemž tyto důvody byly zásadní pro nepřijetí terénní péče. Nelze tedy jen konstatovat, že pro neznalost terénních služeb péče se respondenti rozhodli řešit svou situaci jinak. Důležité je odkryté poznání toho, že taková neznalost způsobuje obavy a postoj nedůvěry. V případech, kdy respondenti nevěděli, co služby terénní péče umí (jak doopravdy fungují, nezvažovali fakt toho, že se jedná o profesionální péči, tj. poskytovanou odborníky, o kterou se lze dlouhodobě opřít při řešení péče), podléhali

obranným mechanismům, které u nich zvyšovaly resistenci k využití terénní péče. Tyto mechanismy se projevovaly v podobě a) popření *potřeby pomoci s péčí* R8 „*Ale já nepotřebuju pomoc, proč pomoc?*“ R7 „*Tam nešlo o to zvládnout tu péči, že jo, ... to pro mě nebyl problém.*“ , b) obav z procesu zapojení cizí osoby do péče R6 „*My když jsme se jí ptali, tak ona samozřejmě nechce, protože má strach, aby jí tam asi někdo nešidil.*“ c) ochrany osoby, o kterou je pečováno (v podobě použití charakteru této osoby jako důvodu, pro který není možné formální službu zavést) R6 „*No ono je to právě, že takový těžký, že mě přijde, že ona se teďkom moc jako uzavřela. Hmm jo hodně do sebe, že ona je ráda, když přijedeme my a do toho kruhu jako nechce už jako úplně moc nikoho.*“

Výzkum zároveň ukázal, že pokud se pečující respondenti rozhodli pečovat o osobu blízkou v domácím prostředí, tento postoj nezměnil ani vnější systém, který jim nedokázal pomoci či naopak jim pečování ztěžoval. R4 „*Víceméně jsme byli odkázáni sami na sebe, vůbec jsme netušili vlastně a co jak dělat. Já jsem jenom nějakým způsobem měl pocit, že ten člověk, že se má vyhovět tomu člověku, co on chce.*“ R5 „*Tak jsme dostali odvolání potom z toho krajského úřadu. Tam bylo, to byly „krásný“ věci, že to, že jsme si vzali babičku z nemocnice domů a nedali jsme ji do LDN, tak jsme udělali chybu, protože doma nemá takovou péči, tak necvičí, jako by cvičila v tý LDN. To, že jestli si neumí ukrojit chleba, to se da řešit tím, že se kupuje krájený chleba. ...takže to opakují, strašný vystřízlivění. Každopádně nemá to nic vliv na to, abychom se o ní jako nestarali.*“

8. Diskuze

Výsledky empirické části této diplomové práce zde prezentuji s plným vědomím toho, že mnou realizovaný výzkum měl určitá omezení, která považuji za důležité zmínit.

Během přípravné fáze výzkumu jsem zvažovala kritéria hodnocení výzkumu a jak je dodržet při jednotlivých krocích jeho realizace. Snažila jsem se v rámci svých možností o aplikaci triangulace, jak ji popisuje Hendl (2008). Především o triangulaci skrze data, neboli sběr dat na různých místech, v různém čase a od různých osob (Hendl, 2008). Další mou strategií, jak naplnit kritéria důvěryhodnosti a přenositelnosti bylo co nejpečlivěji realizovat jednotlivé fáze interpretace dat, jak jsem popsala v kapitole 7.

Pro zajištění triangulace dat jsem oslovila tři poskytovatele sociálních služeb a dvě sociální pracovnice ve zdravotnictví. Toto mi mělo zajistit získání respondentů jak z různých míst Šluknovského výběžku (konkrétně z Rumburku, Varnsdorfu, Filipova, Jiříkova a Šluknova), tak i od osob, které se nacházely v odlišných situacích – tj. pacienti nemocnice, klienti pobytové sociální služby, žadatelé o pobytovou sociální službu a žadatelé o terénní službu. Mnou zvolené metody vedoucí k získání rozmanitosti vzorku se nepotvrdily jako funkční, jak jsem popsala v kapitole 3. Alternativně použitá technika sněhové koule mi zajistila vzorky pouze ze dvou míst (z Varnsdorfu a Šluknova) a pouze od dvou typů respondentů (od pečujících rodinných příslušníků a od osob, které řeší vlastní potřebu péče). Kritérium času jsem nemohla v rámci svého výzkumu dodržet. Sběr dat trval přibližně šest týdnů. Doporučila bych mnohem delší vytváření vzorku z určené populace, ideálním se mi jeví období jednoho kalendářního roku. Zmíněná omezení snížila přenositelnost výzkumu a jsou platná pouze pro osoby splňující dvě zmíněná kritéria.

Určitý omezující vliv na výzkumný proces měla i má nezkušenost s realizací kvalitativního výzkumu. Například nervozita při rozhovorech nebo diskomfort při otevírání bolestných témat mi nedovolil klást otázky, které by šly více do hloubky. Jsem si jistá, že existují i další, mnou neuvědomované limity. Z toho důvodu jsem se snažila celou empirickou část velmi dobře popsat, aby bylo jasné, jakým způsobem jsem data získala a jak s nimi zacházela.

Omezení mnou vedeného výzkumu mi nedovolila získat data od lidí, kteří jsou pacienti LDN a chtějí se vrátit do domácího prostředí a od žadatelů o pobytovou službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním určením. Obzvláště tyto dvě skupiny považuji za velmi zajímavé pro výzkum, neboť se jedná o kritické situace, ve kterých se může rozhodovat o tom, zda se bude klientovi poskytovat terénní služba, či nikoli. Za zajímavou považuji i situaci osob, které byly umístěny do pobytové služby předčasně. Zkoumáním toho, proč k takovým situacím dochází, by se mohla odkrýt slabá místa v systému sociální péče. Výzkum výše zmíněných populací by doplnil celkové poznání postojů obyvatel Šluknovského výběžku k terénním službám péče.

Považuji za důležité, že se mi výzkumem podařilo potvrdit to, že nepřipravenost cílové skupiny může mít vliv na poptávku po službě i její rozvoj v regionu. Zjištěný nedůvěřivý postoj k terénním službám, a naopak přetrvávající důvěra ke službám

pobytovým, se odráží v přístupu potencionálních respondentů k řešení nepříznivé životní situace. Pokud chce Ústecký kraj dostat svým vizím pro cílovou skupinu seniorů (viz kap. II.2.2.3), je třeba také zajistit, aby se kvalitní služby k potřebným lidem opravdu dostaly a byly pro ně přijatelné. Služby terénní péče v regionu využívá méně než polovina cílové skupiny seniorů, dle mého odhadu na str. 18 a 35. Kraj zajišťuje zvyšování kvality služeb jednak svými požadavky na poskytovatele, pak také tím, že na svém území plánuje zřídit školící centra pro pracovníky v přímé péči. Myslím, že by rovněž pomohla opatření pro snížení neinformovanosti a předsudků u potencionálních klientů, jakož i opatření pro zvýšení podpory rodinám či jednotlivcům, kteří pečují o své blízké. Tato forma péče, tj. rodinná, vyplynula jako nejčastěji preferovaná v české populaci ve výzkumu v roce 2017 vedeném S. Vávrovou a J. Vaculíkovou na téma „*Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku*“. Jednalo se o kvantitativní výzkum a výsledkem byla 39% preference neformální péče a 25% preference kombinace rodinné péče s terénní či ambulantní službou. Výsledky výzkumu ukazují na oblíbenost modelu neformální péče, což je v souladu s výsledky mého výzkumu. Je žádoucí, aby se rodiny snažily svými zdroji pokrýt potřebu svých blízkých. Zároveň je však třeba zajistit, aby rodiny dostaly včas formální pomoc a nedocházelo tak k předčasnému odchodu pečovaných osob do pobytových zařízení. „*Analýza potřeb cílové skupiny seniorů*“, vypracovaná pro účely komunitního plánování sociálních služeb v Mladé Boleslavi pro období 2014-2018, také uvádí jako nejčastější a nejvíce oblíbenou formu péče u seniorů péči rodinnými příslušníky. Analýza byla provedena kvalitativní metodou individuálních hloubkových rozhovorů a skupinových diskuzí. Vzorkem byli profesionálové pracující na různých úrovních úřadů či poskytovatelů služeb, také seniori zastupující aktivní skupinu, skupinu s částečným zdravotním omezením a také skupinu seniorů plně závislých na pomoci druhé osoby. Ve výsledcích analýzy se píše: „*Obecně můžeme tedy konstatovat, že tak, jako v celé České republice, se i na území Mladé Boleslavi model poskytování péče o nesoběstačné členy rodiny opírá především o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně zodpovědná rodina.*“ (Analýza potřeb cílové skupiny seniorů, 2013). Další významný podíl na zajištění lehčí pomoci, ale především na sociálním kontaktu, má sousedská výpomoc. Pokud tyto dva zdroje pomoci chybí, seniori se v Mladé Boleslavi obracejí na pečovatelskou službu, využívají především donášku obědů a nákupu. Ve zkoumaném vzorku nikdo ze seniorů nevyužíval jinou službu než právě pečovatelskou. Za zajímavou považuji v analýze zmínku o roli dobrovolníků v zajištění sociálního kontaktu seniorů. V analýze ji považují za ideální doplnění služeb

terénní péče. Zajímavé je jistě i zjištění informovanosti lidí o sociální oblasti v Mladé Boleslavi. Ta se ukazuje jako nulová u těch osob, které dosud žádné takové potíže neřešily. Senioři pak nejčastěji získávají informace z místního tisku, od sociálních pracovníků a od rodiny. Ve většině zmíněných zjištění se situace v Mladé Boleslavi podobá té ve Šluknovském výběžku, což by mohlo naznačovat menší regionální rozdíly v oblasti terénní péče, než jsem původně očekávala.

8.1 Doporučení pro praxi

Z výše uvedeného výzkumného zjištění pro praxi vyplývá, že nestačí obyvatele Šluknovska pouze informovat o tom, že služby terénní péče v regionu existují, ale je třeba zaměřit práci s cílovou skupinou na rozptýlení obav a zvýšení informovanosti. Z terénního šetření v praktické části této diplomové práce jsem zjistila, že takovýmto způsobem pracují sociální pracovníci poskytovatelů terénní péče v regionu. Část náplně jejich práce spočívá právě v intervenci u rodiny klienta či žadatele, ke zmírňování obav, nejistot či jiných motivů jejich postojů. Takto přímo pracují ovšem pouze se svou klientelou, tedy s úzkou podskupinou všech potenciálních klientů. K oslovení širší populace doporučuji:

- a) zřízení svépomocné skupiny pečujících lidí v regionu
 - v bezpečném prostoru skupiny dochází k podpoře a úlevě během času stráveném s lidmi v podobné situaci a vzájemné sdílení zkušeností může vést i k rozptýlení obav a k rozšíření rozhodovací škály při řešení nepříznivé sociální situace a naplňuje tak princip deprofesionalizace
- b) zřízení platformy pro pečující osoby či rodiny
 - platforma pro sdružování odborníků, kteří jsou provázáni s poskytováním péče, ale také pro sdílení informací o poskytovatelích a jejich kapacitě, diskuzní fórum atp., což by mohlo přispět ke snazší orientaci v terénní péči a ke snížení bariéry prvního kontaktu
- c) pořádání besed s veřejností
 - setkání s veřejností za účasti poskytovatelů se záměrem představit sociální a zdravotnické služby, finanční podporu, úřady a instituce, které mohou pomoci,

a také praktické tipy a nácviky, jak si péči ulehčit atp. Besedy mají potenciál zvýšit pomoc pečujícím, ale také k osvětě vitálních seniorů, kterým by beseda mohla rozšířit škálu řešení nepříznivé situace v budoucnu

Domnívám se, že poznání postoje lidí k terénní péči může dopomoci ke zvýšení poptávky po službách terénní péče. Dobře zacílená práce s cílovou skupinou může pomoci odstranit nedůvěru, kterou potenciální klienti mají, a pomoci integrovat terénní služby jako běžně využívaný nástroj systému rodinné péče. Pracovníci sociálních odborů mají často důležitou roli odborného poradce při kontaktu s cílovou skupinou a je třeba aby přesně vysvětlovali, jaký je rozdíl mezi terénní sociální péčí a zdravotnickou terénní službou „home care“ a aby byli proaktivní v kontaktování poskytovatelů při zjištění potřeby jejich klienta.

Za další prioritu považuji nutnost změny dosavadního způsobu práce s žadateli o pobytovou službu. Během výzkumných rozhovorů (ale i během terénního šetření) jsem zjistila, že sociální pracovnice sice zaevidují žádosti o pobytovou službu, ale veškerá další péče o žadatele spočívá v periodickém telefonickém ověření, zda je jeho žádost stále aktuální. Tento pracovní postup je třeba změnit tak, že se sociální šetření u klienta provede nikoli jen za účelem zaevidování žádosti o pobytovou službu, ale i pro zmapování nepříznivé situace klienta a poskytnutí odborného sociálního poradenství o terénní péči. Tohoto šetření by se v ideálním případě měli zúčastnit sociální pracovníci obou typů služeb.

Zvýšení poptávky, ke kterému by výše navržená opatření mohla vést, může ve svém důsledku vytvořit tlak na místní samosprávy, aby přijaly řešení chybějících kapacit sociálních služeb péče za svou prioritu a politickou strategii. Obce v regionu mohou přijímat opatření, která podpoří poskytovatele služeb a mohou pomoci ke zvýšení kapacit služeb a pokrytí regionu spoluprací s krajským úřadem.

IV. ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala službami terénní sociální péče v regionu Šluknovského výběžku. V teoretické části jsem popsala dva typy služeb, které mají stěžejní roli v poskytování sociální péče v domácím prostředí. Jsou to pečovatelská služba a osobní asistence. Zabývala jsem se také prostředím, ve kterém jsou tyto služby poskytovány. Geografickým umístěním, tj. lokalitou Šluknovského výběžku, tak i politickým rámcem, který vymezuje působnost služeb, jejich kvalitu a kapacitu. Cílem práce bylo zjistit, zda a z jakých důvodů nedochází k žádanému rozvoji terénních služeb v regionu a dále zjistit možné příčiny, které ovlivňují nízkou poptávku po terénních službách. Dílčím cílem bylo zmapovat pokrytí regionu poskytovateli služeb terénní péče.

V teoretické části své práce jsem se opírala především o dokumenty týkající se krajského plánování rozvoje služeb a metodiky zajištění kvality a základní sítě sociálních služeb. Také o komunitní plány pro region Šluknovska a o vlastní terénní šetření v regionu, kdy jsem téma konzultovala s vedoucím sociálního odboru na městském úřadě ve Varnsdorfu, dále s pracovníci krajské pracovní skupiny pro seniory, se sociálními pracovníci dvou nemocnic v regionu a s vedoucími pracovníky všech terénních služeb v regionu. Z analýzy dokumentů jsem zjistila vysoký podíl seniorů žijících ve sledovaných ORP, kdy Varnsdorf má vůbec nejvyšší podíl v celém Ústeckém kraji a Rumburk má 5. nejvyšší z 16 ORP v kraji. Zároveň jsem terénním šetřením zjistila, že ani jedna ORP nemonitoruje potřebu péče obyvatel menších spádových obcí a proto o tomto nejsou k dispozici žádná data. Obce se nepodílí na komunitním plánování sociálních služeb ve Šluknovském výběžku, pouze komunitní plán závazně schvalují. V současné době, tj. v květnu 2023, mají poskytovatelé terénních služeb plnou kapacitu a umístění osoby do pobytové péče trvá půl roku až rok. Poptávka po službách terénní péče stoupá. V regionu působí 10 poskytovatelů terénních služeb péče a klientů, kteří využívají jejich služby je celkem 412 (146 OA a 266 PS). Považuji za důležité zmínit, že velká část klientů pečovatelských služeb v regionu stále odebírá službu pouze v pracovní dny, v čase 7 - 15 hod, v podobě základních úkonů donášky oběda a potravin apod. V kapitole II.2.1 uvádím výpočet počtu seniorů v regionu, kteří jsou pravděpodobně závislí na pomoci jiné osoby. Propočtení nezahrnuje osoby se zdravotním či kombinovaným postižením. Pro celý region je to 931 obyvatel seniorského věku, službu terénní péče tedy využívá méně než polovina. Přihlédneme-li k trendu demografického stárnutí

obyvatelstva, je jisté, že potřeba terénní péče v regionu bude stoupat a považuji za zásadní, aby se nezvyšoval počet osob, které nemají dostupnou pomoc v řešení péče o sebe či osobu blízkou. K tomu je nutné přesněji mapovat cílové skupiny terénních služeb a zvyšovat propagaci služeb terénní péče v regionu.

Pro naplnění dílčího cíle, tedy zjištění pokrytí regionu službami terénní péče, jsem se všech poskytovatelů ptala na počet klientů a místa poskytování. Data jsem porovnala a získala tak mapu pokrytí¹, ze které bylo zřejmé, ve kterých obcích v současnosti žádní klienti služeb terénní péče nejsou. Od pracovníků obecních úřadů těchto obcí jsem zjišťovala, jak jejich obyvatelé řeší potřebu péče. Ze získaných informací jsem došla k závěru, že lze říci, že region je pokryt poskytovateli osobní asistence, avšak v některých obcích jsou klienti v řádu jednotlivců, v některých obcích klienti služeb terénní péče nejsou. Toto může být z kapacitních důvodů poskytovatelů, nebo z důvodu absence poptávky. Pokrytí regionu pečovatelskou službou je nejhorší v Ústeckém kraji. Jak jsem zmínila výše, menší obce nejsou monitorovány pro potřebnost služeb. Také je důležité přihlídnout k poměrně velké rozloze regionu, s menší hustotou obyvatel. V praxi toto znamená, že je region pokryt menšími městy nebo obcemi. Poskytovatelé tak musí urazit větší vzdálenost k jednotlivým klientům².

Zjistila jsem tři hlavní překážky zvyšování kapacit terénní péče v regionu. Jsou to 1. nejisté financování, 2. nedostatek kvalifikovaného personálu a 3. uzavření Základní sítě služeb Ústeckého kraje. Zároveň jsem se v empirické části této práce zabývala další možnou rovinou překážek a to faktory, které ovlivňují poptávku po službách terénní péče, a také tím, jaké mají obyvatelé regionu objektivní a subjektivní bariéry při výběru péče o sebe či o osobu blízkou. Při sběru dat, tedy během vedení výzkumných polostrukturovaných rozhovorů, jsem zaznamenala od respondentů problematiku oblasti. Jsou to neznalost služeb terénní péče, neprolínání zdravotnického a sociálního prostředí a problematika spojená s příspěvkem na péči. Stejně problémové oblasti jmenovali i poskytovatelé během mého terénního šetření. Toto mne potěšilo, neboť to ukázalo na velmi dobrou znalost situace ze strany poskytovatelů. Znají potíže, kterým jejich cílová skupina čelí, znají i jejich pohyby při řešení péče. Lze říci, že jsou odborníci nejen na poskytování péče, ale mají také velmi dobře zmapované prostředí, v němž působí.

¹ Dílčí výstup mapy pokrytí poskytnu pro plánované vytvoření platformy pro pečující rodiny.

² Výsledky dílčího cíle této práce jsem poskytla metodice plánování služeb, Odbor sociálních věcí Ústeckého kraje.

Hlavním výzkumným zjištěním byla charakteristika postoje potencionálních klientů ke službám terénní péče. Potencionální uživatelé mají nedůvěřivý postoj ke službám terénní péče. Určující vliv na postoj měla neznalost služeb péče, respektive neschopnost orientace v systému, který poskytuje různé druhy pomoci. Výzkum prokázal, že pokud pečující rodiny znají dobře možnosti a schopnosti terénních služeb péče, tak je do svého systému domácí péče integrují a snižují tak různé typy zátěže, která je s péčí o osobu blízkou spojená. Tam, kde znalost služeb byla pouze okrajová, se zvyšovaly obavy a resistance vůči zavedení nového prvku do rodinné péče. Nepřijetí formální pomoci pak většinou vedlo ke zvýšení zátěže v rovině osobní vyčerpanosti, vztahových problémů a financí, v důsledku čehož může docházet k předčasnému umístění osob do pobytových služeb.

Míra poptávky může sehrát důležitou roli při vytvoření sociálního tlaku na žádanou společenskou změnu v regionu Šluknovska. Považuji za zásadní, aby se oblast služeb terénní sociální péče stala jedním z prioritních politických témat v regionu. V současné době, tj. v květnu 2023, není samosprávou žádné z obcí stanovena strategie rozvoje terénních služeb péče. Rozvoj služeb je tak spíše v rukou jednotlivců s vizí, kteří jsou zároveň jejich poskytovateli a snaží se ovlivnit situaci ze své pozice. Uvedení nutnosti větší politické vůle a priorit lze navrhnout k doplnění komunitního plánu při jeho dalším schvalování. Výstupy své diplomové práce plánuji použít k námětu při zasedání Komise prevence kriminality a bezpečnosti a sociální situace města Varnsdorf, které jsem členkou. Zjištěná data mohou poskytnout podporu pro návrh Radě města o současném stavu terénních služeb péče a nutnosti určit priority v podpoře rozvoje terénních služeb péče.

V regionu působí poskytovatelé terénních služeb péče, kteří dobře znají svou cílovou skupinu. Nepříznivá sociální situace závislosti na pomoci druhé osoby je vždy naprosto jedinečná. Je to velmi citlivé téma, které s sebou v každém z případů nese mnoho proměnných. Posláním sociálních pracovníků je řešit každou z nich individuálně, citlivě a optimálně. Je v zájmu nás všech, aby se terénní sociální služby péče rozvíjely a byly schopné reagovat na poptávku a uspokojit ji, neboť se jedná o kvalitu života člověka a často také o to, jakým způsobem člověk stráví jeho poslední část.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literatura:

Adams, R. 2008. *Empowerment, participation, and social work*. New York: Palgrave Macmillan, 2008.

Aronson E., Wilson T., Akert R., Sommers S. 2013. *Social Psychology*. USA: Pearson Education Inc.

Crew N., Zola I. 2001. *Independent living for physically disabled people*. Lincoln: People with disabilities press

Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hrdá, J. 2006. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Praha: APZP.

Hennink M., Kaiser B. 2022. *Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests*. *Social Science & Medicine*, vol. 292. Amsterdam: Elsevier

Kolektiv autorů. 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR.

Matoušek O. a kol. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.

Navrátil P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman.

Payne, M. 2022. *Modern social work theory*. London: Bloomsbury Academic

Švaříček R., Šed'ová K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Řiháček T., Čermák I., Hytych R. a kol. 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Tomeš, I. 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.

Analyzované dokumenty:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2013. *Financování a nákladovost sociálních služeb. Pobytové a terénní sociální služby péče*. Praha: APSS ČR.

Český statistický úřad. 2023. *Senioři v ČR v datech*. Praha: ČSÚ.

Krajský úřad Ústeckého kraje. 2019. *Metodika zajištění sítě sociálních služeb Ústeckého kraje*. Ústí nad Labem: KÚ.

Krajský úřad Ústeckého kraje. 2020. *Ústecký krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2021-2025*. Ústí nad Labem: KÚ

Krajský úřad Ústeckého kraje. 2022. *Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2023*. Ústí nad Labem: KÚ

Krajský úřad Ústeckého kraje. 2021. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022-2024*. Ústí nad Labem: KÚ

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2022. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí pro rok 2021*, Praha: MPSV.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2017. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí pro rok 2016*, Praha: MPSV.

Místní akční skupina Český sever. 2018. *Komunitní plán sociálních služeb na Šluknovsku 2019-2023*.

SWOT analýza pro cílovou skupinu zdravotně postižení, dostupná na www.masceskysever.cz

Zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Webové stránky:

www.prosluknovsko.cz

www.kr-ustecky.cz

www.masceskysever.cz

www.iregistr.mpsv.cz

PŘÍLOHY

Příloha č.1

Požadavky na poskytovatele sociálních služeb v rámci krajské sítě sociálních služeb Ústeckého kraje.

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA (PS) A OSOBNÍ ASISTENCE (OA) Služby PS a AO zařazené do Základní sítě sociálních služeb Ústeckého kraje splňují od 1. 1. 2022 tyto požadavky:	
Požadavek na službu	Důkazy (kritéria)
OA a PS je základní sociální službou péče poskytovanou osobám v nepříznivé sociální situaci. Umožňuje svým klientům setrvat v jejich přirozeném prostředí, doplňuje péči neformálních pečujících a podporuje je při pochopení potřeb uživatele. Podporuje uživatele ve využívání běžně dostupných veřejných služeb a udržení běžných vazeb v komunitě.	Popis nepříznivé sociální situace žadatele o službu bývá součástí záznamu ze sociálního šetření nebo záznamu z úvodního rozhovoru. Nepříznivá sociální situace zájemce o službu by měla být popsána v kontextu požadavků zákona č. 106/2006 Sb., o sociálních službách (§ 2, § 3). Každý poskytovatel je povinen vést písemné důkazy o tom, že s žadatelem/uživatelé o jeho nepříznivé sociální situaci jednal, že zjišťoval možnosti řešení situace žadatele jinými prostředky (využití jiných zdrojů), a z jakého důvodu poskytl podporu právě své služby.
Poskytovatel nabízí a svou nabídkou oslovuje všechny cílové skupiny uvedené v zákoně o sociálních službách, které mají sníženou soběstačnost: - PS z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. - OA z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.	Poskytovatel má dle požadavku registrovány všechny cílové skupiny bez věkového omezení, tyto údaje prezentuje na svých webových stránkách a v propagačních materiálech a v souladu s nimi nabízí a poskytuje registrovanou sociální službu.
PS je prokazatelně nabízena a následně poskytována dle potřeb v rozsahu 7:00–21:00 hodin včetně víkendů a svátků. OA je prokazatelně nabízena bez časového omezení a následně poskytována dle potřeb uživatelů.	Poskytovatel má požadovanou provozní dobu zaregistrovanou a informuje o ní prostřednictvím svých webových stránek, propagačních materiálů a vnitřních pravidel, se kterými následně zájemce/žadatele o službu seznamuje v rámci sjednávání podmínek o poskytování sociální služby - podle těchto pravidel službu poskytuje. Ze spisové dokumentace klientů by mělo být zřejmé, že jim byla tato informace poskytnuta a dána tak možnost si dojednat průběh (tedy i čas) poskytování služby dle svých potřeb, samozřejmě s ohledem na možnosti poskytovatele.
Poskytovatel OA a PS informuje veřejnost a zájemce o službu o své činnosti v souladu s Regionální kartou sociálních služeb ÚK v rozsahu oblastí a služeb.	Poskytovatel je schopen prokázat, že informuje zájemce o službu o své činnosti v souladu s Regionální kartou služeb, ať už informuje prostřednictvím webových stránek nebo v rámci jednání se zájemcem o službu (vedené záznamy), případně i dále v průběhu poskytování služby - plánování služby, nabízení dalších možností dle aktuálních potřeb klienta (záznamy v IP).

<p>Poskytovatel OA a PS nabízí podporu a zjišťuje potřeby osob v rozsahu Regionální karty sociálních služeb ÚK a následně poskytuje základní sociální poradenství a odpovídající podporu doplňující přirozené zdroje a veřejné služby v rozsahu, který vyplynul ze zjišťování potřeb.</p>	<p>Ze spisové dokumentace klienta musí být zřejmé, že byly zjišťovány všechny potřeby v rozsahu Regionální karty sociálních služeb ÚK. U každé potřeby by mělo být popsáno, jakým způsobem je zajištěna (např. klient zvládne sám/rodina/sousedská výpomoc/sociální služba).</p>
<p>PS je odborná služba, která se zaměřuje především na přímou práci s uživateli. Svými úkony nenahrazuje činnost jiných v místě dostupných veřejných služeb, které nečerpají veřejnou podporu.</p>	<p>Ze spisové dokumentace klienta musí být zřejmé, že sociální služba nenahrazuje komerční služby jako např. úklidové firmy, dovážku stravy, dovážku velkých nákupů apod., které v lokalitě prokazatelně nabízejí služby. Pokud služba některé z činností, jako např. úklid zajišťuje, v dokumentaci klienta by mělo být uvedeno, z jakého důvodu nebylo možné zajistit tuto činnost komerční službou. Dále by mělo být ze spisové dokumentace zřejmé, že byla klientům poskytnuta informace o možných komerčních službách pro zajištění dané potřeby, příp. hledání jiných forem pomoci (sousedská výpomoc apod.).</p>

Příloha č. 2

Regionální karty služeb OA, ÚK 2019

https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1739279

Ústecký kraj

Zpracovatel: QQT, s.r.o.
Kontaktní osoba: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA
cvtvnik@qqt.cz, tel. 603 454 450
www.qqt.cz

OSOBNÍ ASISTENCE

Ústecký kraj

Zpracovatel: QQT, s.r.o.
Kontaktní osoba: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA
cvtvnik@qqt.cz, tel. 603 454 450
www.qqt.cz

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba pečuje o svou hygienu podle svých potřeb a zvyklostí	Osobní hygiena	Denní hygiena	Běžná denní hygiena	Ranní hygiena Mytí během dne (rukou, obličej atd.) Večerní hygiena Vysmrkání se Použití intimspreje	Mít možnost provést všechny úkony osobní hygieny a péče o tělo s fyzickou podporou, nebo s dohledem (nebo s oběma druhy podpory) v tempu, které je osobě příjemné a kterého je osoba schopna, důstojně a v soukromí
			Péče o ústa	Vyčištění zubů Péče o zubní náhrady – očištění Nasazení náhrady Oholení se	
			Česání a mytí vlasů	Česání Mytí vlasů a další péče o vlasy (balzám atd.) Úprava vlasů (vyfoukání, natočení, nalakování vlasů apod.)	
			Péče o nehty	Ostříhání si nehtů na rukou Nalakování nehtů Ostříhání nehtů na nohou	
			Péče o oči	Umývání očí Nasazení brýlí Čištění brýlí Aplikace kontaktních čoček a péče o ně	
		Péče o uši	Čištění uší Nasazení naslouchadla Čištění naslouchadla Výměna baterií v naslouchadle		
		Mytí a koupání	Mytí těla a koupání	Mytí celého těla Sprchování Koupání Ošetření pokožky, včetně nohou, po koupeli nebo sprše	
Výkon fyziologické potřeby	Výkon fyziologické potřeby	Použití WC Použití toaletního křesla Výměna inkontinenčních pomůcek Výměna menstruačních vložek			

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba pečuje o sebe dle svých potřeb a zvyklostí	Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	Oblékání	Oblékání, svlékání	Volba vhodného oblečení a doplňků (počasí, příležitost a vhodné vrstvení) Oblékání a svlékání jednotlivých částí oblečení, popř. s využitím vhodných pomůcek	Mít možnost nadále udržovat s fyzickou podporou, nebo dohledem (nebo s oběma typy podpory) svůj styl v oblékání a celkové úpravě vzhledu, být respektován při volbě svého vzhledu
			Obouvání, zouvání	Volba vhodné obuvi s ohledem na počasí, příležitost a celkový vzhled Nazouvání a zouvání obuvi, popř. s využitím vhodných pomůcek	
			Celková úprava vzhledu	Líčení/odlíčení Úprava vzhledu (např. při odchodu ven, před zrcadlem) Použití parfému	
			Posouzení co je třeba nakoupit v souvislosti s péčí o vlastní osobu	Zhodnocení, zda má osoba k dispozici vhodné oblečení, obuv, kosmetiku, doplňky	
Osoba se pohybuje podle svých potřeb a zvyklostí Osoba kontroluje prostor kolem sebe, je v optimální poloze s ohledem na své potřeby a zdravotní stav	Samostatný pohyb	Změna polohy	Změny polohy na lůžku	Posazení na lůžku Změna polohy těla na lůžku Manipulování s polohovatelným lůžkem Manipulace s dekou a polštářem Podání věci ze stolu (pití, kniha, kapesník apod.)	Mít k dispozici pomůcky/informace/fyzickou podporu pro bezpečnou a komfortní změnu polohy Být respektován v rozhodování o způsobu podpory
			Vstávání a uléhání na lůžko, usedání na vozík	Vstání z lůžka Ulehnutí na lůžko Přesun na vozík a na lůžko	Mít podporu při vyhledání a používání pomůcek
			Stání a sezení	Stoupnutí si Sezení mimo lůžko	
		Položovací a fixační pomůcky	Použití položovacích a fixačních pomůcek		
Manipulace s předměty	Přemísťování a manipulace s předměty denní potřeby	Přemísťování předmětů denní potřeby Manipulace se závěsy, žaluziemi, roletami apod.	Mít kontrolu nad svými předměty denní potřeby, být respektován v rozhodnutí, jak se s nimi má manipulovat		

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
	Samostatný pohyb	Pohyb ve vlastním prostoru	Pohyb ve vlastním domácnosti	Bezpečný pohyb po místnosti, v domácnosti Otevření a zamčení dveří bytu nebo domu, domovní zvoněk Zvládání bariér, klik, koberců, prahů, rohů	Mít k dispozici pomůcky/informace/fyzickou podporu pro bezpečný pohyb ve vlastním prostoru, pro přizpůsobení vlastního prostoru svým potřebám
		Pohyb mimo domácnost	Chůze Chůze po rovině Chůze po schodech	Pohyb po domě a vyjít z domu Pohyb mimo dům Znalost cesty Zvládání rizikových míst (přechody apod.)	Mít k dispozici pomůcky/informace/fyzickou podporu pro bezpečný pohyb mimo domov
Osoba se stravuje podle svých zvyklostí a potřeb, má zajištěnou stravu	Zajištění stravování	Zajištění potravin	Nákup potravin	Posouzení, jaké potraviny je potřeba nakoupit Uchování potravin Sledování data spotřeby	Mít k dispozici informace/slovní nebo, fyzickou podporu při nákupu, uschování potravin a sledování data jejich spotřeby
			Zajištění dodavatele stravy	Volba optimálního dodavatele stravy Volba optimálního veřejného stravování – restaurace, jídelny	Mít k dispozici informace důležité pro výběr optimálního dodavatele stravy, nebo veřejného stravování
		Příprava a příjem stravy	Příprava stravy	Příprava studených a teplých nápojů Příprava/vaření jídla Ohřívání stravy Podání jídla na talíř (servírování)	Mít informace/fyzickou/slovní podporu při přípravě jídel, nápojů
			Přijímání stravy	Napítí Najedení Porcování stravy	Mít podporu – možnost najíst se/napít se způsobem podle vlastního výběru Mít vždy jídlo připravené tak, aby nebylo obtížné ho sníst Mít k dispozici pomůcky pro usnadnění najedení/napítí (např. zvýšený okraj talíře, speciální hrneček, odlehčený příbor atd.)

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba pečuje o svou domácnost podle svých potřeb a zvyklostí/má zajištěnou péči o svou domácnost podle svých potřeb a zvyklostí	Péče o domácnost	Domácnost	Úklid a údržba domácnosti	Umytí nádobí Uložení věcí Úklid lednice a mrazničky Běžné udržení pořádku – ukládání věcí na své místo Běžný úklid domácnosti (setření prachu, vytření podlah, úklid koupelny, WC) Udržení vnitřního pořádku ve skříních a v kuchyni Rozpoznání, jaké čisticí prostředky či vybavení je třeba do domácnosti koupit a schopnost tyto prostředky použít Péče o květiny – zalévání, přesazování	Mít podporu při péči o domácnost/ být respektován ve svých rozhodnutích jakým způsobem bude domácnost udržována
			Obsluha domácích spotřebičů	Obsluha pračky, trouby, lednice, mikrovlnné trouby atd.	
			Péče o oblečení a boty	Praní prádla Přepírání drobného prádla Sušení prádla Žehlení prádla Uložení prádla Drobné opravy prádla Čištění bot	Mít podporu při péči o oblečení a obutí/ být respektován ve svých rozhodnutích, jakým způsobem budou ošaceni či obuv udržovány
		Technická péče o domácnost	Péče o lůžko	Stlaní Převlékání lůžkovin	Mít podporu při péči o lůžko/ být respektován v rozhodnutí, jak pečovat o lůžko
			Udržení tepelné pohody v bytě nebo domě	Větrání Topení včetně zajištění topiva Obsluha karmy, radiátorů, či jiných spotřebičů pro zajištění tepla a teplé vody	Mít informace o obsluze spotřebičů, mít podporu při jejich obsluze, být respektován při volbě tepelné pohody v bytě
			Nakládání s odpady	Třídění odpadu – v případě zájmu Odnášení odpadu	

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba je v kontaktu se společenským prostředím podle svých potřeb a přání	Zajištění kontaktu se společenským prostředím	Orientace	Orientace v místě, čase, osobách	Orientace v čase (během dne, v týdnu, ročním období) Orientace ve vlastní domácnosti (nalezení WC, kuchyně apod.) Orientace mimo domov (ulice, zahrada, obchod apod.) Orientace v osobách (poznávání blízkých, pracovníků služby, lékařů apod.)	Mít možnost využít odbornou podporu při oslabení/ztrátě orientace Mít k dispozici nabídku pomůcek/informací, které orientaci usnadní. Mít podporu při snížené orientaci v osobách
		Společenské kontakty	Navazování a udržování přátelských, sousedských a jiných vztahů	Kontakt s rodinou nebo blízkými Navazování/udržování partnerských vztahů Kontakt s přáteli, sousedy, spolupracovníky, kolegy	Mít možnost využít podporu potřebnou k navázání a udržování společenských kontaktů se znalostí a s respektem k danému omezení
		Komunikace	Schopnost srozumitelně se vyjádřit	Dostatečná slovní zásoba pro vyjádření vlastních potřeb a navázání kontaktu Schopnost alternativní komunikace, kterou lze vyjádřit potřeby a navázat kontakt	Mít podporu při rozvíjení schopnosti komunikovat – rozšiřovat slovní zásobu, vyjadřovat se způsobem, který je úměrný věku a ve společnosti obvyklý Mít podporu při nácviu a rozvíjení optimální formy alternativní komunikace
		Využívání běžných veřejných služeb	Využívání běžných veřejných služeb	Využívání pošty Využívání banky Navštěvování obecního úřadu, úřadu práce Navštěvování klubů, např. zájmových, knihovny Návštěva čistírny, opravní, servisu atd. Návštěva restaurace, kina, divadla Nakupování v obchodech (orientace, výběr a zaplacení zboží) Využití kadeřnictví, pedikúry, manikúry	Mít možnost s event. fyzickou podporou dále využívat veřejné služby Mít informace o těchto službách a jejich možném využití Mít informace o dalších subjektech, které mohou zprostředkovat návštěvu sociálních aktivit (poradenství – kontakty na dobrovolnické a jiné subjekty)

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
<p>Osoba se realizuje v práci/ve smysluplné činnosti</p> <p>Osoba tráví volný čas podle svých přání a potřeb</p>	Seberealizace	Vzdělávání	Získání znalostí a dovedností	Doprovod do školského nebo jiného vzdělávacího zařízení Podpora při zvládnání nároků vzdělávání	Mít možnost využít fyzickou podporu při návštěvě vzdělávacího zařízení Mít možnost využít podporu při organizaci studia, plánování splnění studijních povinností
		Pracovní uplatnění	Příprava na zaměstnání	Volba pracovního uplatnění a příprava na něj Hledání pracovního uplatnění, dobrovolnická činnost	Mít informace o možnostech pracovního uplatnění, subjektech zaměřených na pomoc při volbě povolání Mít informace/podporu při přípravě na pracovní uplatnění (možnost návštěvy cvičného pracoviště, možnost informativní návštěvy možného pracoviště, podpora v nalezení motivace k práci) Mít možnost využít informace/podporu při hledání pracovního uplatnění, podpory při zajištění podmínek pro podnikání, např. živnostenský list Mít možnost využít informace o možné dobrovolnické činnosti/využití podpory při výkonu dobrovolnické činnosti
		Zaměstnání	Uplatňování práva na pomoc úřadu práce při hledání zaměstnání Docházka do zaměstnání	Mít možnost využít informace/podporu při návštěvě úřadu práce, nebo při jednání na úřadu práce (práva podle zákona o zaměstnanosti) Mít informace/fyzickou podporu při docházení/dojíždění do zaměstnání (např. nácvik dojíždění, informace o optimálních spojích)	

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
<p>Osoba se realizuje v práci/ve smysluplné činnosti</p> <p>Osoba tráví volný čas podle svých přání a potřeb</p>	Seberealizace	Obilíbené činnosti	Obilíbené činnosti	Znalost možností a umění naplánovat obilíbené činnosti Čtení Poslech hudby a mluveného slova Sledování TV, videa, DVD Používání internetu Ruční práce, výtvarné činnosti Uspokojení duchovních potřeb – návštěva kostela, farního společenství Sportovní aktivity Jiné obilíbené činnosti – např. péče o zvíře, sběratelství	Mít informace/mít fyzickou podporu při realizaci obilíbených činností Mít podporu při rozhodování, jak příjemně strávit čas Mít informace o možnostech sportovního využití, o možnosti návštěv klubů, společenstevských akcí
		Zajištění bezpečí	Opatření pro zajištění bezpečí	Přivolání pomoci Prevence pádu a zdravotních rizik spojených s onemocněním Využívání pomůcek, které zvýší bezpečí/omezí rizika pádu, nebo rizika spojená s onemocněním	Mít k dispozici pomůcku např. mobilní telefon/mít informace o způsobu jak přivolat pomoc Mít dostatek informací o tom jak omezit rizika pádu a zranění Mít podporu při hledání a využívání kompenzačních a jiných pomůcek Mít podporu při rozpoznávání signálů, které avizují zhoršení zdravotního stavu, mít podporu při hledání preventivních opatření nebo opatření, která je třeba při zhoršení zdravotního stavu učinit
<p>Osoba ví, jak pečovat o své zdraví a bezpečí</p>	Péče o zdraví a bezpečí (rizika)	Zdraví	Provedení jednoduchého ošetření	Použití leukoplastu, obvazu, pružného obinadla, dezinfekce atd. Zásobování lékárníčky prostředky k základnímu ošetření	Mít informace o postupech drobného ošetření
		Dodržování léčebného režimu	Dodržování léčebného režimu	Zajištění potřebných léků Užívání léků v lékařem stanovené době Rehabilitace – např. dodržení doporučení fyzioterapeuta, včetně pravidelného cvičení Pití tekutin v dostatečném množství Dodržování diety	Mít podporu/informace o tom, co je třeba k drobnému ošetření Mít dostatek informací k rozhodnutí o návštěvě lékaře/dodržování léčebného režimu

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
	Péče o zdraví a bezpečí (rizika)	Zdraví	Dodržování léčebného režimu	Absolování lékařských vyšetření Prevence zdravotních rizik Využití kompenzačních pomůcek (hole, berle, protézy, brýle, naslouchadla, apod.)	
		Zdravá výživa	Znalost zásad zdravé výživy	Znalost potravin, které prospívají/ škodí Znalost optimálního množství určitého jídla	Mít dostatek informací (poradenství) o zdravé výživě
<i>Osoba ví, jak uplatňovat svá práva, jak předcházet riziku zneužití</i>	Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí	Finanční a majetková oblast	Hospodaření s finančními prostředky	Rozvržení příjmu tak, aby byly pokryty všechny platby Provádění úhrad spojených s bydlením Provádění úhrady daně z nemovitosti Provádění úhrady poplatků za telefon Provádění úhrady zdravotního a sociálního pojištění Provádění úhrady – jiné	Mít možnost využít informace/podporu při rozvržení příjmu a provádění úhrad (např. podpory při vytváření přehledu plateb a termínů splatnosti)
			Řešení dluhů a exekucí	Jednání s věřiteli Přijetí opatření k minimalizaci rizik plynoucích z dluhů (ztráta majetku, bytu apod.) Jednání s orgánem, který nařídil exekuci	Mít podporu při odpovědném řešení dluhů, hledání optimálního rozvržení finančních prostředků tak, aby dluhy mohly být uhrazeny Mít informace o speciálních službách, které se dluhovou problematikou zabývají
			Uzavírání smluv	Uzavření smlouvy o nájmu Uzavření kupní smlouvy (jiné než běžný nákup v obchodě)	Mít informace/podporu při uzavírání smluv Mít informace/kontakty na subjekty zabývající se touto oblastí (notář, advokátní kancelář, občanská poradna)
			Nakládání s majetkem	Převodění majetku Pronájem nemovitosti (bytu, nebo jeho části, domu, zahrady, chalupy atd.) Darování majetku Požadání o nenárokové dávky Uplatnění práva na hmotné zabezpečení ve stáří, v invaliditě (důchod)	Mít možnost využít informace o subjektech zabývajících se poradenstvím, realizací převodů, pronájmů nemovitostí Mít podporu při návštěvě, event. jednání s těmito subjekty

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
<i>Osoba ví, jak uplatňovat svá práva, jak předcházet riziku zneužití</i>	Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí	Finanční a majetková oblast	Nakládání s majetkem		Mít možnost využít informace o podmínkách nároku na sociální dávky a výhody, o podmínkách nároku na důchod Mít možnost využít podpory při návštěvě přísl. institucí, event. při jednání s nimi
		Základní doklady	Platné osobní doklady	Zajištění platných dokladů (např. občanský průkaz, pas, rodný list, průkaz zdravotní pojišťovny)	Mít informace/mít podporu při vyřizování osobních dokladů, mít doprovod na přísl. instituce
		Účast na veřejném životě	Uplatňování politických práv	Účast na zasedání zastupitelstva Uplatnění práva volit Uplatnění petičního práva Uplatňování práva být členem politické strany	Mít možnost využít informace, event. podporu, při uplatnění politických práv, mít podporu při návštěvě přísl. míst nebo při vypracování písemných podání
		Ochrana práv	Ochrana před zneužíváním	Ochrana práv v oblasti sousedských, či občanských vztahů Uplatňování pomoci ombudsmana (proti rozhodnutí orgánu veřejné správy) Znalost kontaktů na pomáhající subjekty v případě zneužití, nebo ohrožení zneužitím Znalost kontaktů na pomáhající subjekty v případě domácího násilí nebo ohrožení domácím násilím	Mít možnost využít informace, event. podpory při ochraně svých práv, mít informace o subjektech, které pomáhají práva hájit, mít podporu při návštěvě institucí hájících práva, event. při jednání s nimi Mít informace o možné formě a rizicích zneužívání a způsobu, jak se mu bránit Mít informace o subjektech, které se ochranou před zneužíváním zabývají Mít informace/kontakty na subjekty, které se zabývají pomocí v případě domácího násilí

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba zajišťuje péči o děti odpovídající jejich věku a zdravotnímu stavu	Podpora rodičovských kompetencí	Péče o děti	Zabezpečení plnění školních povinností dětí	Docházka do školy Příprava do školy Kontakt se školou Využití navazujících služeb Doučování	Mít možnost využít informace/ podpory při kontaktu se školou, kterou dítě navštěvuje Mít možnost využít informace/ podpory při plnění rodičovských povinností spojených s docházkou dítěte do školy Mít informace o možnosti využít návazných služeb, o kontaktech na ně, mít podporu při jejich návštěvě, event. jednání s nimi (např. pedagogicko-psychologická poradna, SVP, SPC, logoped) Mít informace o možných způsobech podpory učení dětí (doučování) a o tom, kdo je zajišťuje
			Zajištění péče o dítě v domácím prostředí	Zajištění odpovídající stravy Osobní hygiena dítěte Péče o malé dítě Zajištění smysluplného trávení volného času dětí	Mít podporu při péči o dítě/děti v domácím prostředí, mít informace/kontakty na poradenské subjekty, návazné/speciální služby (např. raná péče) Mít možnost využít informace o možnostech trávení volného času pro děti

Regionální karty služeb Pečovatelská služba, ÚK 2019

https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1739280

Ústecký kraj

Zpracovatel: QQT, s.r.o.
Kontaktní osoba: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA
civrtnik@qqt.cz, tel. 603 454 450
www.qqt.cz

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Ústecký kraj

Zpracovatel: QQT, s.r.o.
Kontaktní osoba: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA
civrtnik@qqt.cz, tel. 603 454 450
www.qqt.cz

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba pečuje o svou hygienu podle svých potřeb a zvyklostí	Osobní hygiena	Denní hygiena	Úkony běžné denní hygieny	Ranní hygiena Mytí během dne (rukou, obličej atd.) Večerní hygiena Vysmrkání se Použití intimspreje	Mít možnost provést všechny úkony osobní hygieny a péče o tělo s fyzickou podporou nebo s dohledem (nebo s oběma druhy podpory) v tempu, které je osobě příjemné, a kterého je osoba schopna, důstojně a v soukromí
			Péče o ústa	Vyčištění zubů Péče o zubní náhrady - očištění Nasazení náhrady Oholení se	
			Česání a mytí vlasů	Česání Mytí vlasů a další péče o vlasy (balzám atd.) Úprava vlasů (vyfoukání, natočení, nalakování vlasů apod.)	
			Péče o nehty	Ostříhání si nehtů na rukou Nalakování nehtů Ostříhání nehtů na nohou	
			Péče o oči	Umývání očí Nasazení brýlí Čištění brýlí Aplikace kontaktních čoček a péče o ně	
		Péče o uši	Čištění uší Nasazení naslouchadla Čištění naslouchadla Výměna baterií v naslouchadle		
		Mytí a koupání	Mytí těla a koupání	Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu Mytí celého těla Sprchování Koupání Ošetření pokožky, včetně nohou, po koupeli nebo sprše	
		Výkon fyziologické potřeby	Výkon fyziologické potřeby	Použití WC Použití toaletního křesla Výměna inkontinenčních pomůcek Vypuštění sběrného sáčku na moč Výměna menstruačních vložek	

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba o sebe pečuje podle svých potřeb a zvyklostí	Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	Oblékání	Oblékání, svlékání	Volba vhodného oblečení a doplňků (počasí, příležitost a vhodné vrstvení) Oblékání a svlékání jednotlivých částí oblečení, popř. s využitím vhodných pomůcek	Mít možnost nadále udržovat s fyzickou podporou nebo dohledem (nebo s oběma typy podpory) svůj styl v oblékání a celkové úpravě vzhledu, být respektován při volbě svého vzhledu
			Obouvání, zouvání	Volba vhodné obuvi s ohledem na počasí, příležitost a celkový vzhled Nazouvání a zouvání obuvi, popř. s využitím vhodných pomůcek	
			Celková úprava vzhledu	Úprava vzhledu (např. před odchodem ven, před zrcadlem) Ličení/odličení Použití parfému	
			Posouzení co je třeba nakoupit v souvislosti s péčí o vlastní osobu	Zhodnocení, zda má osoba k dispozici vhodné oblečení, obuv, kosmetiku, doplňky	
Osoba se pohybuje podle svých potřeb a zvyklostí Osoba kontroluje prostor kolem sebe, je v optimální poloze s ohledem na své potřeby a zdravotní stav	Samostatný pohyb	Změna polohy	Změny polohy na lůžku	Změna polohy těla na lůžku Posazení na lůžku Manipulace s dekou a polštářem Podání věci ze stolu (pít, kniha, kapesník atd.) Manipulování s polohovatelným lůžkem	Mít informace o pomůckách/postupech, které usnadňují pohyb, či změnu polohy na lůžku, vstávání z lůžka
			Vstávání a uléhání na lůžko	Vstání z lůžka Ulehnutí na lůžko Přesun na vozík a na lůžko	
			Stání a sezení	Stoupnutí Sezení mimo lůžko	
			Polohovací a fixační pomůcky	Použití polohovacích a fixačních pomůcek	
		Manipulace s předměty	Přemísťování a manipulace s předměty denní potřeby	Přemísťování předmětů denní potřeby Manipulace se závěsy, žaluziemi, roletami apod.	Mít kontrolu nad svými předměty denní potřeby, být respektován v rozhodnutí, jak se s nimi má manipulovat

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky	
Osoba se stravuje podle svých zvyklostí a potřeb, má zajištěnou stravu	Samostatný pohyb	Pohyb ve vlastním prostoru	Pohyb ve vlastní domácnosti	Bezpečný pohyb po místnosti, v domácnosti Otevření a zamčení dveří, manipulace s klíči a domovním zvonkem	Mít k dispozici pomůcky/informace/fyzickou podporu pro bezpečný pohyb ve vlastním prostoru, pro přizpůsobení vlastního prostoru svým potřebám	
		Pohyb mimo domácnost	Chůze	Chůze po rovině Chůze po schodech	Mít informace o pomůckách, které usnadní pohyb mimo domov, event. o možných stavebních úpravách	
			Pohyb mimo vlastní domácnost	Pohyb po domě a vyjítí z domu Pohyb mimo dům	Být informován o rizicích pádu při pohybu mimo domov	
Osoba se stravuje podle svých zvyklostí a potřeb, má zajištěnou stravu	Zajištění stravování	Příprava a příjem stravy	Příprava stravy	Příprava teplých nápojů	Mít informace o tom, jaké pomůcky mohou usnadnit konzumaci jídla, pítí	
				Příprava/vaření jídel		Mít informace o tom, jak jídlo upravit, aby je osoba mohla dobře konzumovat
				Ohřívání stravy Podání jídla na talíř (servírování)		
			Přijímání stravy	Najedení Napítí Porcování stravy	Mít možnost využít odborné/fyzické podpory při přípravě stravy	
			Zajištění potravin	Posouzení, jaké potraviny je třeba nakoupit	Mít možnost nákupu přípravy stravy, event. vhodné pomůcky usnadňující přípravu stravy	
Zajištění stravy	Dovoz stravy					
Péče o domácnost	Udržování domácnosti	Úklid a údržba domácnosti	Úklid a údržba domácnosti	Umytí nádobí Uložení potravin Úklid lednice a mrazničky Běžné udržení pořádku – dávání věcí na své místo Běžný úklid domácnosti (vytření podlah, úklid koupelny, WC, setření prachu...) Udržení vnitřního pořádku ve skříních a v kuchyni	Mít možnost s event. fyzickou podporou ukládat věci na místo podle vlastního uvážení nebo projevit vůli, jak mají být uloženy Mít možnost rozhodovat o tom, jak a kdy bude provedena údržba a úklid vlastní domácnosti	

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba pečuje o svou domácnost podle svých potřeb a zvyklostí/má zajištěnou péči o svou domácnost podle svých potřeb a zvyklostí	Péče o domácnost	Udržování domácnosti	Úklid a údržba vlastního prostoru Péče o lůžko	Zajištění a použití úklidových prostředků a jiného vybavení domácnosti Péče o květiny – zalévání, přesazování Stlání Převlékání lůžkovin	Mít možnost rozhodovat o způsobu stlání lůžka, o době převlékání lůžkovin, o výběru lůžkovin
		Péče o oblečení, boty	Péče o prádlo, oblečení a boty	Praní prádla Přepírání drobného prádla Sušení prádla Žehlení prádla Uložení prádla Drobné opravy prádla Čištění bot	Mít možnost, s event. fyzickou podporou, pečovat o oblečení, obuv Mít možnost rozhodovat o péči o oblečení a obuv
		Udržování tepelného komfortu, obsluha spotřebičů	Udržením tepelné pohody a zajištění vody v domácnosti Obsluha domácích spotřebičů	Větrání Zajištění vody a topení, včetně zajištění topiva Obsluha karmy, radiátorů, či jiných spotřebičů pro zajištění tepla a teplé vody Obsluha pračky, trouby, lednice, mikrovlnné trouby atd.	Mít možnost ovlivňovat tepelnou pohodu ve vlastním prostoru, rozhodovat o ní Možnost využít podporu při nácviu obsluhy domácích spotřebičů Možnost využít pomůček, které usnadní samostatnou obsluhu domácích spotřebičů (např. jednoduché, grafické návody, vyznačení na spotřebičích, atd.)
		Nakládání s odpady	Nakládání s odpady	Třídění odpadu (v případě zájmu) Odnášení odpadu	
Osoba je v kontaktu se společenským prostředím podle svých potřeb a přání	Zajištění kontaktu se společenským prostředím	Společenské kontakty	Navazování a udržování přátelských, sousedských a jiných společenských vztahů	Uskutečnění kontaktu s rodinou nebo blízkými Uskutečnění kontaktu s přáteli, sousedy, spolupracovníky, kolegy Znalost společenských norem Navazování a udržení partnerských vztahů	Mít k dispozici podporu potřebnou k uskutečnění kontaktu s rodinou (např. možnost nadiktovat dopis, získat znalost navazování kontaktu přes Skype), s blízkými lidmi Mít informace o možnostech a způsobech seznamování, podporu/informace při hledání partnera a udržení partnerského vztahu

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba je v kontaktu se společenským prostředím podle svých potřeb a přání	Zajištění kontaktu se společenským prostředím	Společenské kontakty	Navazování a udržování přátelských, sousedských a jiných společenských vztahů		Mít podporu při navazování sousedských vztahů/kolegiálních vztahů v zaměstnání – mít informace o tom, co je ve společnosti obvyklé, jaká pravidla platí v kontaktech mezi lidmi v práci, v sousedství, ve společnosti, mezi partnery
		Orientace	Orientace v čase, v místě, v osobách	Orientace v čase (během dne, v týdnu, ročním období) Orientace ve vlastní domácnosti (nalezení WC, kuchyně apod.) Orientace mimo domov (ulice, zahrada, obchod apod.) Orientace v osobách (poznávání blízkých, pracovníků služby, lékařů apod.)	Mít možnost využít odborné podpory (fyzické, slovní) při event. oslabení orientace Mít k dispozici nabídku pomůček/informací, které orientaci usnadní
		Komunikace	Schopnost srozumitelně se vyjádřit	Dostatečná slovní zásoba pro vyjádření vlastních potřeb a navázání kontaktu Schopnost alternativní komunikace, kterou lze vyjádřit potřeby a navázat kontakt	Mít podporu při rozvíjení schopnosti komunikovat – rozšiřovat slovní zásobu, vyjadřovat se způsobem, který je úměrný věku a ve společnosti obvyklý Mít podporu při nácviu a rozvíjení optimální formy alternativní komunikace
		Využívání běžných veřejných služeb	Využívání veřejných služeb a zapojování do sociálních aktivit odpovídajících věku	Návštěva a orientace v obchodě (výběr a zaplacení zboží) Využívání pošty Využívání banky Návštěvování obecního úřadu, či jiných institucí Návštěvování klubů, např. důchodců, knihovny Návštěva čistírny, opravny, servisu atd. Návštěva sportovišť, bazénu, hřiště Návštěva restaurace, kina, divadla	Mít možnost s event. fyzickou podporou dále využívat veřejné služby, mít informace o těchto službách a jejich možném využití Mít informace o dalších subjektech, které mohou zprostředkovat návštěvu sociálních aktivit (poradenství – kontakty na dobrovolnické a jiné subjekty)

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba se realizuje v práci/ve smysluplné činnosti Osoba tráví volný čas podle svých přání a potřeb	Seberealizace	Vzdělávání	Získání znalostí a dovedností	Navštěvování školského nebo jiného vzdělávacího zařízení, univerzity třetího věku Zvládání učiva	Mít podporu při osvojování bezpečné cesty do vzdělávacího zařízení nebo doprovod Mít podporu při zvládání učiva, nebo informace o možnostech podpory z jiných zdrojů (např. dobrovolník) Mít informace o možnostech vzdělávání, vzdělávacích institucích, subjektech nabízejících poradenství v oblasti vzdělávání
		Pracovní uplatnění	Příprava na zaměstnání	Volba a příprava na pracovní uplatnění Uplatňování práva na pomoc úřadu práce při hledání zaměstnání Získání návyků souvisejících s pracovním uplatněním	Mít přístup k informacím (poradenství, internet) o možnostech pracovního uplatnění osoby nebo dobrovolnické činnosti Mít informace o subjektech, které pomohou osobě s volbou pracovního uplatnění
			Pracovní a jiné uplatnění	Pokračování pracovní činnosti Doprovod do zaměstnání	Mít možnost využít pomůček/poradenství/event. fyzické podpory při pokračování v pracovní činnosti
Oblišené činnosti	Oblišené činnosti	Plánování volného času Znalost možností naplnění volného času Sport Klubové aktivity Rekreace/regenerace Čtení Poslech hudby a mluveného slova Sledování TV, videa, DVD Používání internetu Ruční práce, výtvarné činnosti Uspokojení duchovních potřeb – návštěva kostela, farního společenství Sportovní aktivity Jiné oblišené činnosti – např. péče o zvíře, sběratelství	Mít informace/podporu při hledání možností, jak trávit volný čas Mít podporu při docházení do míst, kde je možné trávit volný čas Mít informace o tom, kde je možné si získat/vypůjčit/knihy, videokazety, CD, atd. Mít informace o tom, jak oblišené činnosti vykonávat, mít podporu při návratu těchto činností		

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba ví, jak pečovat o své zdraví a bezpečí	Péče o zdraví a bezpečí (rizika)	Zdravotní prevence	Znalost opatření pro zajištění bezpečí	Přivolání pomoci Prevence pádu a zdravotních rizik spojených s onemocněním Rozpoznání zhoršujícího se zdravotního stavu (např. ataky duševní nemoci) Pomůcky, které zvýší bezpečí/omezí rizika pádu, nebo rizika spojená s onemocněním	Mít k dispozici bezpečnou pomůcku, např. mobilní telefon/mít informace o způsobu, jak přivolat pomoc Mít dostatek informací o tom, jak omezit rizika pádu a zranění, mít dostatek informací o rizicích vyplývajících z onemocnění a o způsobech, jak jim předcházet/jak je minimalizovat Mít podporu při hledání a využívání kompenzačních a jiných pomůček Mít podporu při rozpoznávání signálů, které avizují zhoršení zdrav. stavu, mít podporu při hledání preventivních opatření, nebo opatření, která je třeba při zhoršení zdrav. stavu učinit
		Zdraví	Provedení jednoduchého ošetření	Použití leukoplastu, obvazu, pružného obinadla, dezinfekce atd. Zásobování lékárníčky prostředky k základnímu ošetření	Mít informace o postupech drobného ošetření Mít podporu/informace o tom, co je třeba k drobnému ošetření
			Návštěva lékaře a dodržování léčebného režimu	Návštěva lékaře Zajištění potřebných léků Užívání léků v lékařem stanovené době Rehabilitace – např. dodržení doporučení fyzioterapeuta včetně pravidelného cvičení Pití tekutin v dostatečném množství Dodržování diety	Mít možnost rozhodnout se, zda k užívání léků potřebuje osoba asistenci, dohled Mít dostatek informací k rozhodnutí o návštěvě lékaře/dodržování léčebného režimu
Zdravá výživa	Znalost zásad zdravé výživy	Znalost potravin, které prospívají/škodí Znalost optimálního množství určitého jídla Znalost potravin vhodných pro dietu předepsanou lékařem	Mít možnost rozhodnout se, zda k užívání léků potřebuje osoba asistenci, dohled Mít dostatek informací k rozhodnutí o návštěvě lékaře/dodržování léčebného režimu Mít dostatek informací (poradenství) o zdravé výživě, vhodné dietní stravě		

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba ví, jak uplatňovat svá práva, jak předcházet riziku zneužití	Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí	Finanční a majetková oblast	Hospodaření s finančními prostředky	Rozvržení příjmu tak, aby byly pokryty všechny platby Provádění úhrad spojených s bydlením Provádění úhrady daně z nemovitosti Provádění úhrady poplatků za telefon Provádění úhrady zdravotního a sociálního pojištění Provádění úhrady – jiné	Mít informace o tom, kdo by mohl osobě pomoci s hospodařením s finančními prostředky, mít nabídku základního poradenství, mít informace o speciálních službách v hospodaření s finančními prostředky
			Řešení dluhů, exekuce	Jednání s věřiteli Přijetí opatření k minimalizaci rizik plynoucích z dluhů (ztráta majetku, bytu apod.) Jednání s orgánem, který nařídil exekuci	Mít podporu při odpovědném řešení dluhů, hledání optimálního rozvržení finančních prostředků tak, aby dluhy mohly být uhrazeny Mít informace o speciálních službách, které se dluhovou problematikou zabývají
			Uzavírání smluv	Uzavření smlouvy o nájmu Uzavření kupní smlouvy (jiné než běžný nákup v obchodě)	Mít informace/podporu při uzavírání smluv Mít informace/kontakty na subjekty zabývající se touto oblastí (notář, advokátní kancelář, občanská poradna)
			Nakládání s majetkem	Převedení majetku Pronájem nemovitosti (bytu, nebo jeho části, domu, zahrady, chalupy atd.) Darování majetku	Mít k informace/kontakty na subjekty v oblasti správy majetku, mít podporu v rozhodování o svém majetku
			Využití sociálních dávek a jiných výhod	Uplatnění nároku na nárokové dávky + výhody, např. průkaz ZTP, příspěvek na péči Požádání o nenárokové dávky Uplatnění práva na hmotné zabezpečení ve stáří, v invaliditě (důchod)	Mít možnost využít nabídky základního poradenství, mít informace o jednotlivých dávkách a výhodách, o podmínkách přiznání Mít podporu při vypracování žádosti o dávky a výhody, při jednání s příslušnými institucemi

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba ví, jak uplatňovat svá práva, jak předcházet riziku zneužití	Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí	Základní doklady	Platné osobní doklady	Zajištění platných dokladů (např. občanský průkaz, pas, rodný list, průkaz zdravotního pojišťovny)	Mít podporu, dojde-li ke ztrátě, či vyprší-li platnost dokumentů
		Účast na veřejném životě	Uplatňování politických práv	Účast na zasedání zastupitelstva Uplatnění práva volit Uplatnění petičního práva Uplatňování práva být členem politické strany	Mít k dispozici informace o možnostech realizace politických práv Mít psychologickou podporu při rozhodování, zda realizovat svá politická práva
		Ochrana práv	Ochrana před zneužíváním	Ochrana práv v oblasti sousedských/občanských vztahů Uplatňování pomoci ombudsmana (proti rozhodnutí orgánu veřejné správy) Znalost kontaktů na pomáhající subjekty v případě zneužití, nebo ohrožení zneužitím Znalost kontaktů na pomáhající subjekty v případě domácího násilí, nebo ohrožení domácím násilím	Mít možnost využít informace, event. podporu, při ochraně svých práv, mít informace o subjektech, které pomáhají práva hájit, mít podporu při návštěvě institucí hájících práva, event. při jednání s nimi Mít informace o možné formě a rizicích zneužívání a způsobu, jak se mu bránit Mít informace o subjektech, které se ochranou před zneužíváním zabývají Mít informace/kontakty na subjekty, které se zabývají pomocí v případě domácího násilí
Osoba zajišťuje péči o děti odpovídající jejich věku a zdravotnímu stavu	Podpora rodičovských kompetencí	Péče o děti	Zajištění plnění školních povinností dětí	Docházka do školy Příprava do školy Kontakt se školou Využití navazujících služeb Doučování	Mít možnost využít informace/podporu při kontaktu se školou, kterou dítě navštěvuje Mít informace o možnosti využít návazných služeb, o kontaktech na ně, mít podporu (doprovod) při jejich návštěvě (např. pedagogicko-psych. poradna, SVP, SPC, logoped, Raná péče, SAS pro rodiny s dětmi, atd.) Mít možnost využít službu jako doprovod dítěte do školy, k lékaři atd.

Zpracovatel: QQT, s.r.o.
Kontaktní osoba: PhDr. Jakub Čvrtník, MBA
cvrtnik@qqt.cz, tel. 603 454 450
www.qqt.cz

Výsledná kompetence	Oblast potřeb	Téma	Potřeba uživatele	Co daná potřeba např. zahrnuje	Vysvětlivky
Osoba zajišťuje péči o děti odpovídající jejich věku a zdravotnímu stavu	Podpora rodičovských kompetencí	Péče o děti	Zajištění péče o dítě v domácím prostředí	Zajištění odpovídající stravy Osobní hygiena Péče o malé dítě Zajištění smysluplného trávení volného času dětí	Mít fyzickou podporu při péči o dítě/děti v domácím prostředí Mít informace/kontakty na poradenské subjekty, návazné/speciální služby (např. Raná péče) Mít informace o možnostech trávení volného času dětí, kontakty na organizace, které se aktivitami pro děti zabývají
			Udržování uspokojivého zdravotního stavu dítěte a předcházení rizikům spojeným s onemocněním, nebo zdravotním znevýhodněním	Registrace u lékaře, návštěva ordinace Absolvování lékařských vyšetření Identifikace příznaků onemocnění Užívání léků Dodržování diety Schopnost předcházení infekčním onemocněním Využití kompenzačních pomůcek (hole, berle, protézy, brýle, naslouchadla apod.)	Mít možnost využít informace/kontakty na subjekty, které poskytují odborné poradenství v oblasti péče o zdraví dítěte, v oblasti speciálních pomůcek/mít podporu při návštěvě lékaře s dítětem, při návštěvě dalších odborných služeb

Příloha č. 3

Seznámení s výzkumem

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Zuzana Havránková, studuji magisterský obor sociální práce na Karlově univerzitě a provádím výzkum do své diplomové práce na téma „Terénní péče ve Šluknovském výběžku“.

Cílem výzkumu je poznat, jakým způsobem obyvatelé Šluknovska řeší péči o osobu blízkou.

Pokud máte zkušenost s takovouto situací, velmi ráda bych s Vámi provedla rozhovor od délce 15 minut. Vaše zkušenosti přispějí k lepšímu poznání potřeb a nesnází pečujících.

Rozhovor je zcela anonymní a proběhne na Vámi vybraném místě a čase, případně lze rozhovor provést telefonicky.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Zuzana Havránková

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru

Byl/a jsem seznámen s účelem rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Zuzany Havránkové s názvem Terénní péče ve Šluknovském výběžku.

Dávám svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním do písemné podoby. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po ukončení výzkumu bude smazán.

Rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/mohla být identifikován/a.

Jsem seznámen/a s tím, jaký bude mít rozhovor průběh. Kdykoliv během rozhovoru mohu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovědět, případně odmítnout účast na výzkumu.

Rozhovoru se účastním zcela dobrovolně.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Příloha č. 4 Scénář rozhovoru

Scénář rozhovoru

Na úvod

- Představím se a poděkuji za čas a ochotu se sejt
- Chvilka na pár vět nezávazného hovoru, počasí, místo setkání apod.
- Představím svou DP a téma výzkumu, vysvětlím anonymitu výzkumu
- Zdůrazním důvod nahrávání a vysvětlím, jak budu s daty zacházet

Otázka k otevření rozhovoru:

Mohl/mohla byste mi prosím popsat situaci, kterou musíte řešit?

Doplňující otázky:

Kdo se ujal péče?

Obrátil/obrátila jste se na někoho o radu, o pomoc?

Máte profesionální pomoc?

Pokud by byla péče už příliš, na koho byste se obrátil/obrátila?

Máte pocit, že rodiny, které pečují mají dostatek pomoci?

Jakou podporu byste uvítal/uvítala?

Požádal/požádala jste o některou z dávek?

Přemýšlíte na domovem pro seniory?

Ukončení rozhovoru

- Poděkuji za čas a ochotu
- Ujistím se, že je respondent v dobré pohodě
- Popovídám si ještě několik minut
- Nabídnou své telefonní číslo, pokud by někdo potřeboval využít
- Rozloučení

Příloha č. 5 Projekt diplomové práce

Fakulta humanitních studií

Univerzita Karlova v Praze

Pátková 2137/5, 182 00 Praha 8 - Libeň

Studijní program řízení a supervize v soc. a zdrav. org.

Projekt diplomové práce

- **Autorka**

Jméno a příjmení: Bc. Zuzana Havránková

Osobní číslo: 28356223

Imatrikulační ročník: 2015

- **Předběžný název diplomové práce:**

Terénní péče ve Šluknovském výběžku

- **Formulace a vstupní diskuse problému. Popis výchozí a předpokládané cílové situace nebo otázky, popř. hypotézy, na které by měla práce odpovědět:**

Terénní sociální služby péče jsou významným prostředkem v zajišťování dlouhodobé a účelné péče o osoby závislé na pomoci, v jejich přirozeném prostředí. Konkrétně sociální služba osobní asistence (dále OA) a pečovatelská služba (dále PS) jsou efektivním nástrojem sociální politiky pro zachování integrity lidské osobnosti, důstojnosti a kvality života.

Vývojový trend v České republice ukazuje na posun péče ven z ústavních zařízení do společnosti, ke klientům domů. Investuje se do vzdělávání a přípravy odborných poskytovatelů péče, ale dle mého názoru již méně do práce s veřejností, do přípravy budoucí cílové skupiny.

Rozvoj poskytovatelů terénních služeb péče (dále jen TSP) není v ČR rovnoměrný, tradičně zaostává za velkými městy venkov a periferní, pohraniční oblasti, jakou je i Šluknovský výběžek. V těchto oblastech potenciál rozvoje poskytovatelů neodpovídá rozvoji a ochotě přijímat tyto služby veřejností, tj. potencionálními klienty či jejich rodinami, jako by laická veřejnost neregistrovala nové koncepty péče. Oproti větším městům a rozvinutějším regionům v ČR, kde se TSP stávají běžnou součástí života, je jejich rozvoj na Šluknovsku pomalejší, jak lze vyčíst z Akčního plánu rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji (dále ÚK) 2016, kde byl predikován dynamický rozvoj TSP v regionu, ovšem za 6 let se v celé oblasti nově registroval 1 poskytovatel OA a 2 poskytovatelé PS, přičemž 1 poskytovatel PS registraci ukončil. V současné době tak kapacity poskytovatelů TSP nejsou dostačující pro uspokojení potřebnosti, i toto zvyšuje zájem o pobytové služby pro seniory (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v ÚK na období 2020-2024).

Za jeden z hlavních problémů v rozvoji a využívání TSP pokládám nedostatečnou informovanost a orientaci v systému sociálních služeb jak laické veřejnosti (Analýza potřeb pro zajištění sociálních služeb na Šluknovsku, 2018-2019), tak i mezi odborníky z řad zdravotnického personálu, kteří mají velký podíl v zajištění klienta v domácím prostředí (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v ÚK na období 2022-2024)

Toto má dvojitý dopad:

1. TSP nejsou považovány za rovnocennou partnerku v péči o seniory, jsou upozaděná za ústavní či rodinnou péčí. Registrovaní poskytovatelé v regionu uvádí 611 klientů v devíti pobytových službách (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem (Katalog soc. služeb ve ŠV). Dokument Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku 2019-23, uvádí pro služby Domov pro seniory a Domov se zvláštním určením následující: "Celková kapacita služby na Šluknovsku je z hlediska kraje výrazně vyšší než průměr na 1000 obyvatel v Ústeckém kraji."
2. V situaci, kdy jedinec či rodina hledá pomoc s péčí a neorientuje se v možnostech a jejich výhodách/nevýhodách, povětšinou nedochází k volbě optimální varianty péče. V rozhovorech se seniory, pečujícími rodinnými příslušníky i úředníky nejčastěji slyším, že se lidé vztahují především k jednomu řešení, a to k domovu pro seniory, „tzv. důchod'áku“. V praxi se toto projevuje tím, že se pečující osoby dlouhou dobu chtějí vlastními silami starat o své rodiče a až po vyčerpání vlastních sil a zdrojů hledají pomoc právě v podobě ústavní péče. Často tak dochází k předčasnému stěhování seniora z domácího prostředí do ústavní péče.

Stávající analýzy sociálních služeb ve Šluknovském výběžku i pracovních skupiny ÚK hodnotily demografickou dostupnost, financování, kvalifikovanost personálu, potřebnost apod. Nezkoumaly však zmíněnou rovinu překážek na straně potenciálního klienta, kterými mohou být např. možná neinformovanost, nedůvěra k cizím osobám v domácnosti či obavy z finanční zátěže.

- **Cíl práce:**

Cílem práce je poznat postoj rodin či jednotlivců/potenciálních klientů k TSP a zjistit možné příčiny, které ovlivňují poptávku po TSP. Jaké objektivní i subjektivní bariéry mají lidé žijící ve Šluknovském výběžku při výběru péče o svou osobu či o své blízké. Budu hledat odpovědi na otázky: Jak zajišťují péči o sebe a své blízké, jak se orientují v sociálních službách, kam se obrací o pomoc, jaké dávky sociálního zabezpečení znají, co je rozhodující argument pro volbu apod.

Dále provedu sběr dat od poskytovatelů TSP týkající se překážek, které je brzdí v rozvoji. Výstupy budou použity jako podklad pro budoucí diskusi s místními zastupiteli a krajem o možném navýšení podpory pro služby OA a PS.

- **Teoreticko-metodologické východisko, pracovní postupy, resp. výzkumné metody a techniky**

Koncepční východisko výzkumu je v paradigmatu sociální práce jako reformy společenského prostředí (Navrátil, 2001) s důrazem na empowerment a snižování sociální exkluze obyvatel Šluknovska závislých na pomoci jiné osoby. Vlastní pracovní rámec čerpám z psychosociálního přístupu (Hollisová in Navrátil, 2001), kde je kladen důraz na podporu sebeurčení klienta a jeho chápání vlastní situace v kontextu časovém i společenském a případnou modifikaci prostředí.

Výzkum hlavního problému povedu kvalitativní metodou, kdy sběr dat provedu formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Mému záměru získat informace o situacích a důvodech, které vedly k řešení situace konkrétním způsobem, mi nejlépe poslouží metoda zakotvené teorie (Řiháček, Čermák, Hytych a kol., 2013).

Rozhovory povedu s vytipovanými pacienty léčebny dlouhodobě nemocných ve Varnsdorfu a klienty domova pro seniory v Jiříkově. Dále se žadateli o službu u poskytovatelů TSP v regionu, či s jejich rodinnými příslušníky. Seznam kontaktů na respondenty plánuji získat od soch sociálních pracovníků jednotlivých TSP v regionu, kteří vedou evidenci žadatelů o službu, či znají situaci klienta. Kritériem pro výběr do výzkumného vzorku bude životní situace klientů/pacientů/žadatelů, tj. taková situace, kdy je možný návrat do domácího prostředí či setrvání v něm.

- **Harmonogram:**

- říjen-listopad: teoretická část = rešerše internetových zdrojů, příprava výzkumného šetření, sběr dat od poskytovatelů
- prosinec–březen: praktická část = realizace hlavního výzkumného šetření, rozhovory, zpracování a vyhodnocování dat
- duben: dokončení diplomové práce

Předběžná bibliografie:

Literatura a příručky:

BERGEROVÁ M., VRZÁČEK P., PRUDKÝ L. Komunikace s veřejností, a ještě něco navíc... Praha: Spiralis 2003

HAVRDOVÁ, Z. (ed.) Kompetence v praxi sociální práce. Praha: Osmium, 1999

HRDÁ, J. Osobní asistence, poradenství a zprostředkování. Praha: APZP, 2006

DISMAN, A. 2000. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum.

ŘIHÁČEK T., ČERMÁK I., HYTYCH R. a kol., Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Masarykova Univerzita Brno, 2013.

MATOUŠEK, O. 2011. Sociální služby. Praha: Portál.

NEDĚLNÍKOVÁ, D., 2017. Přínosy a limity terénní sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

NAVRÁTIL, P. Teorie a metody sociální práce. Brno, 2001

ŠÁMALOVÁ, K., VOJTÍŠEK, P. 2021. Sociální správa Organizace a řízení sociálních systémů. Praha: Grada.

Internetové zdroje:

Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2023. www.kr-ustecky.cz
Komunitní plánování sociálních služeb na Šluknovsku pro období 2019–2023

www.masceskysever.cz

Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2016. Ústecký kraj, 2015.
www.kr-ustecky.cz

Analýza potřeb pro zajištění sociálních služeb na Šluknovsku 2019-23

www.masceskysever.cz

Analýza potřebnosti sociálních služeb v Ústeckém kraji www.kr-ustecky.cz

https://www.varnsdorf.cz/cz/mesto/hlas-severu/archiv_starsich_cisel/

<https://www.mpsv.cz/>