

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Terénní sociální práce a její specifika při
práci se seniory**

Diplomová práce

Autor: Bc. Sabina Fuchsová

Studijní program a obor: N6731 Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Zadání diplomové práce

Autor: Sabina Fuchsová

Studium: U2027

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Terénní sociální práce a její specifika při práci se seniory**

Název diplomové práce AJ: Specifics of the field social work with seniors

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce představuje téma terénní sociální práce se seniory v jejich přirozeném domácím prostředí. V teoretické části práce budou vysvětleny pojmy senior, změny ve stáří, jednotlivé potřeby seniorů a specifika komunikace sociálního pracovníka s daným typem klientů. V další části se práce zabývá pojmy terénní sociální práce a sociální služba, kdy představuje formy a možnosti tohoto typu práce se seniory, dále popisuje metody terénního sociálního pracovníka při práci se seniory a v neposlední části se zabývá možnými změnami terénní sociální práce v průběhu pandemie. Empirická část diplomové práce pro svůj cíl využívá kvalitativní výzkum, ve kterém sociální pracovníci z organizací poskytující sociální služby pro seniory uvádí, jaké konkrétní služby klientům umožňují a jaké má daná sociální služba výhody, či naopak negativa, a to zejména v souvislosti s duševní rovnováhou každého seniora, který tuto službu dlouhodobě využívá.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. PŘIBYL, H. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: Mgr. Michal Trousil, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc. samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 21. 3. 2022

Bc. Sabina Fuchsová

Poděkování

Zejména bych ráda poděkovala všem mým blízkým, kteří mi byli po celou dobu studií nesmírnou oporou a vždy mi dodávali potřebnou energii. Dále děkuji doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za cenné rady, které mi v průběhu psaní práce poskytovala a také sociálním pracovnícům, které mi byly ochotně nápomocny při výzkumném šetření.

Anotace

FUCHSOVÁ, Sabina. *Terénní sociální práce a její specifika při práci se seniory*. Hradec Králové, 2022. 105 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Diplomová práce představuje téma terénní sociální práce se seniory v jejich přirozeném domácím prostředí. V teoretické části je zprvu představen pojem senior, dále jsou zmíněny potřeby seniorů. V další kapitole práce uvádí pojmy stáří a stárnutí a následně popisuje změny doprovázející proces stáří. Následující kapitola představuje specifika komunikace sociálního pracovníka s daným typem klientů. Teoretická část se posléze zabývá pojmem sociálních služeb a jejich kvalitou. Dále popisuje oblast terénní sociální práce, uvádí formy a možnosti tohoto typu práce se seniory a v neposlední části se zabývá změnami terénní sociální práce se seniory v průběhu pandemie Covid-19.

Empirická část pro svůj cíl využívá kvalitativní výzkum, ve kterém sociální pracovníce z organizací poskytující terénní sociální služby pro seniory odpovídají na to, jaké výhody a negativa při poskytování terénní sociální služby vnímají, a to zejména v souvislosti s duševní rovnováhou každého seniora, který tuto službu dlouhodobě využívá. Dále sdělují, zda jsou služby v okrese Náchod a Trutnov dle jejich názoru kvalitní a dostupné, jak poskytované služby hodnotí organizace, ve které pracují a jakým způsobem hodnotí službu ony samy. V poslední části popisují změny kvality služby při pandemii Covid-19 a uvádí jednotlivá pozitiva či negativa pandemických opatření na život seniorů. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb.

Klíčová slova: terénní sociální práce, sociální služba, senior, domácí prostředí, stáří, péče

Annotation

FUCHSOVA, Sabina. *Specifics of the field social work with seniors*. Hradec Kralove, 2022. 105 p. Diploma Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of Diploma Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The diploma thesis presents the topic of field social work with seniors in their natural home environment. The theoretical part first introduces the concept of seniors, then the needs of seniors are mentioned. In the next chapter, the thesis introduces the concepts of old age and aging and then describes the changes that accompany the process of old age. The following chapter describes the specifics of social worker communication with a given type of clients. The theoretical part then deals with the concept of social services and their quality. In the last part it presents the area of field social work, presents the forms and possibilities of this type of work with seniors and in the last part deals with changes in field social work with seniors during the Covid-19 pandemic.

For its purpose, the empirical part uses qualitative research, in which social workers from organizations providing field social services for seniors respond to what benefits and negatives they perceive in providing field social services, especially in connection with the mental balance of each senior who provides this service. long-term use. They also provide quality answers to whether the services in the district of Náchod and Trutnov are in their opinion and available, how the services provided are evaluated by the organizations in which they work and how they evaluate the services themselves. In the last part, social workers describe changes in the quality of services during the Covid-19 pandemic and list individual positives or negatives pandemic measures on the lives of seniors. The main goal of the diploma thesis is to find out how the quality of field social services for seniors is provided by their users from the point of view of a social workers and how the social workers perceive the quality of these services themselves.

Key words: field social work, social service, senior, home environment, old age, care

Obsah

Úvod	10
I. Cíl práce	12
II. Teoretická část.....	13
1 Senior	13
1.1 Potřeby seniorů	15
1.2 Kvalita života v nemoci a lidská důstojnost	16
1.3 Péče o seniora v domácím prostředí	18
2 Stáří jako společenský fenomén	21
2.1 Stáří a stárnutí	21
2.2 Změny ve stáří	23
2.3 Dnešní problémy v péči o seniory	24
3 Specifika komunikace se seniory	26
3.1 Sociální pracovník a komunikace se seniory	26
3.2 Bariéry v komunikaci se seniory	29
3.3 Zásady komunikace se seniory	31
4 Sociální služby.....	36
4.1 Sociální služby a jejich kvalita	36
4.2 Nástroje hodnocení kvality sociálních služeb.....	38
5 Terénní sociální služby	40
5.1 Typy terénních sociálních služeb pro seniory.....	41
5.2 Sociální pracovník a terénní sociální služba.....	43
5.3 Terénní sociální služby v okrese Náchod a Trutnov.....	45
6 Změny terénní sociální práce se seniory v průběhu pandemie.....	50
7 Shrnutí teoretické části práce.....	56

III. Empirická část.....	57
8.1 Hlavní cíl výzkumného šetření, dílčí cíle	57
8.2 Výzkumná strategie	58
8.3 Technika sběru dat	59
8.4 Tazatelské otázky a jejich operacionalizace	59
8.5 Výzkumný soubor.....	63
8.6 Průběh výzkumného šetření.....	64
8.7 Etické aspekty a rizika výzkumné strategie	65
9 Interpretace dat.....	67
9.1 DVC1 Pohled sociálních pracovníků na pozitiva a negativa poskytování terénní sociální služby	67
9.1.1 Pozitiva poskytování sociální služby z pohledu sociálního pracovníka	67
9.1.2 Negativa poskytování sociální služby z pohledu sociálního pracovníka.....	67
9.1.3 Shrnutí DVC1	68
9.2 DVC2 Zjistit, zda jsou dle sociálních pracovníků, kteří pracují v terénních sociálních službách pro seniory služby dostupné a kvalitní (okres Náchod a Trutnov).....	69
9.2.1 Dostupnost služby	69
9.2.2 Kapacita žadatelů a čekací doby	70
9.2.3 Hodnocení služby ze strany organizace.....	70
9.2.4 Shrnutí DVC2	71
9.3 DVC3 Jak sami sociální pracovníci ovlivňují kvalitu poskytované služby	71
9.3.1 Komunikace s klientem	71
9.3.2 První jednání se zájemcem o službu	73
9.3.3 Individuální plánování služby.....	74
9.3.4 Evaluace služby ze strany sociálního pracovníka.....	76
9.3.5 Shrnutí DVC3	77

9.4 DVC4 Jak pandemie Covid-19 proměnila terénní sociální práci se seniory a jakým způsobem ovlivňuje její kvalitu.....	78
9.4.1 Pandemická opatření a jejich vliv na kvalitu služby.....	78
9.4.2 Pandemická opatření a jejich vliv na sociálního pracovníka	78
9.4.3 Negativní změny terénní sociální práce se seniory při pandemických opatřeních	79
9.4.4 Pozitivní změny pandemie Covid-19 na terénní sociální práci se seniory	80
9.4.5 Shrnutí DVC4	80
10 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi	82
Závěr	86
Seznam použité literatury	88
Seznam tabulek.....	93
Seznam příloh	94

Úvod

Tématem diplomové práce je Terénní sociální práce a její specifika při práci se seniory. V dnešní moderní době není téma stáří, především u mladé populace, příliš oblíbené. Nikdo z nás nechce stárnout. Nikdo si nechce připustit, že ta shrbená postava s množstvím vrásek, bez známky výrazné fyzické síly a s mnohdy pokulhávajícím rozumem, by mohla být odrazem nás samotných. Propast mezi mládím a stářím se neustále zvětšuje a o stárnutí jako takovém, není dnes příliš „moderní“ hovořit. Je nutné si uvědomit, že stáří znamená životní moudrost, duševní bohatství a pokoru, která si zasluhuje více než jen letmý pohled plný nezájmu anebo pohrdání. Mladistvá ctižádostivost a touha je zdravá, úcta ke starému člověku by však měla být nedílnou součástí každého lidského života. Taková úcta boří bariéry, předsudky a spojuje generace napříč zeměmi, státy i kulturami. Stáří je dnes neodbytně propojeno s pojmem péče. Starý člověk již nedokáže vykonávat vše tak, jak tomu bylo dříve a jak by sám chtěl. Síly mu přirozeně ubývají a pomoc druhé osoby je dříve či později nutné vyhledat téměř ve všech případech.

Teoretická část diplomové práce se zprvu věnuje pojmu senior a také potřebám, které senior má. Dále se zabývá stárnutím a změnami, jež stáří nepochybně doprovází. Informuje také o novodobých problémech, které jsou s tématem spojeny. V další části práce popisuje metody komunikace se seniory, možné bariéry i zásady a taktéž specifika komunikace, které by měl sociální pracovník, jež s uvedeným typem klientů spolupracuje, znát a užívat. V následující kapitole práce představuje pojem sociálních služeb spolu s vymezením jejich kvality a terénní sociální práce, kdy jsou uvedeny formy a možnosti tohoto typu práce se seniory a výkon práce sociálního pracovníka v terénní službě. V neposlední části diplomová práce popisuje jednotlivé změny terénní sociální práce v průběhu pandemie Covid-19 a dopady této nelehké situace na přímou práci s klientem.

Empirická část diplomové práce je vypracována v návaznosti na teoretickou část. Hlavní výzkumný cíl empirické části je totožný s cílem celé práce. Výzkumné šetření bylo realizováno skrze kvalitativní výzkumný přístup s využitím metody kvalitativního dotazování. Jako technika pro sběr dat byl vybrán rozhovor, konkrétně polostrukturovaný. V neposlední části je uveden výběr výzkumného souboru, průběh

realizace výzkumného šetření a následně vyhodnocení sesbíraných dat a jejich podrobná interpretace.

Tématem samotného stáří a jeho projevů se zabývá nespočet odborných publikací, avšak co se týče propojení terénní sociální práce a cílové skupiny seniorů, literatura je mnohdy nedostačující. Dle mého názoru je více než vhodné veřejnost informovat o její potřebnosti a možnostech využití. Přínosem této diplomové práce by tedy mohly být nově získané informace, které poskytnou pomáhajícím profesím i laickým osobám širší náhled na sociální práci se seniorem v jeho domácím prostředí. Diplomová práce je primárně určena pro terénní sociální pracovníky, kteří by zde mohli nalézt inspiraci pro jejich nynější či budoucí výkon profese, ale také pro veřejnost a zejména pečující osoby, které mnohdy terénní sociální služby nevyužívají, nemají o nich dostatečné množství informací a jejich zapojení do péče o člověka v domácím prostředí by situaci blízkých osob, která mnohdy není vůbec snadná, o mnoho ulehčilo.

I. Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb. Za dlouhodobé pomoci terénních služeb je seniorům umožněno setrvat v přirozeném domácím prostředí, i přes jejich nepříznivou sociální situaci. Toto prostředí je pro ně nepochybně důležité a vnímají jej jako bezpečný prostor, který dobře znají a odchod z tak významného místa pro ně mnohdy znamená tu největší životní ztrátu. Do dílčích cílů radí práce v prvopočátku pohled sociálních pracovníků na pozitiva a negativa poskytování terénní sociální služby. Dále zjištění, zda jsou dle sociálních pracovníků, kteří pracují v terénních sociálních službách pro seniory tyto služby dostupné a kvalitní, uvádí také, v jakých oblastech vnímají případné mezery. Cíl se také zabývá otázkou, jak kvalitu poskytované služby hodnotí jednotlivé organizace. Tento dílčí cíl je zaměřen na oblast okresů Náchod a Trutnov. Následujícím dílčím cílem je zjišťován pohled samotných sociálních pracovníků na to, jak oni sami ovlivňují kvalitu poskytované služby, konkrétně v případě prvního jednání se zájemcem, individuálního plánování či volby vhodné komunikace a následným hodnocením svých služeb. Poslední cíl se zabývá aktuální situací spojenou s pandemií viru Covid-19, která terénní sociální práci se seniory neustále komplikuje a mění. Cíl se zabývá otázkou, jakým konkrétním způsobem pandemie kvalitu práce změnila a co její průběh do terénní sociální práce se seniory přinesl a jakým způsobem ji ovlivnil. Skrze polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky je dosaženo nalezení odpovědí na jednotlivé dílčí cíle, které výzkumníka dovádí k hlavnímu cíli celé práce. Získané informace je možno využít při tvorbě navazujících odborných prací spojených s tematikou terénní sociální práce se seniory. Mohou sloužit taktéž jako zpětná vazba či podklad evaluace služeb pro jednotlivé organizace a pracovníky poskytující terénní sociální služby. Využít je mohou i laici, kteří mají o danou problematiku zájem či pečující osoby, které díky informacím získají lepší přehled o tom, jaká je práce sociálního pracovníka v terénní službě a v čem jim dokáží tyto služby pomoci.

II. Teoretická část

1 Senior

Pro správné pochopení vymezeného tématu je zprvu záhodno představit pojem senior, uvést jednotlivé typy seniorů, potřeby, které stárnoucí člověk má a blíže představit oblast péče o seniora v jeho přirozeném domácím prostředí.

„...Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti...“ (Sak, Kolesárová, 2012:25)

Pojem senior nelze určit právní ani statistickou kategorií, ale spíše kategorií sociologickou. Nové i starší poznatky poukazují na fakt, že snížení soběstačnosti spojené se stárnutím souvisí s chronologickým věkem jen velmi omezeně. Věk seniora představují dvě číslice, které určují jeho úřední i formální identitu. Nedílnou součástí, která však ovlivňuje definování pojmu senior, je také vlastní pohled člověka na sebe samého či vědomí vlastní jedinečnosti. Žádný “typický senior“ tedy neexistuje. Různorodost v možnostech a potřebách starších lidí není náhodná, její kořeny sahají do událostí, které proběhly během celého života, což podtrhuje význam celoživotního přístupu ke zdraví, prevenci a pozitivní podpory zdraví (Sak, Kolesárová, 2012).

Seniory lze rozlišit mnoha způsoby, pokud však zohledňujeme funkční stav každého z nich, soustředíme se pouze na několik typů. Početně malou skupinu seniorů tvoří tzv. **elitní**. Jedná se o ty jedince, kteří jsou i ve vysokém věku schopni mnohdy až extrémních výkonů. U dalšího typu, tzv. **křehkých** seniorů, je výrazný jejich nestabilní funkční i zdravotní stav. Křehcí senioři jsou neustále ohroženi zhoršením stavu, v některých případech dochází až k selhání orgánů a péče o ně si žádá šetrné, brzké, cílevědomé a flexibilní intervence. Třetí skupinou jsou **zdatní** senioři. Tímto termínem označujeme osoby, které jsou schopny fungovat v náročném prostředí a vykonávat i náročnější pohybové či pracovní aktivity. Dělení popisuje i seniory **nezávislé**, tedy ty, jež dobře zvládají běžné životní činnosti a aktivity. Problém nastává v momentě, kdy mají vykonat nečekanou či náročnou činnost. V případě, že jedinci potřebují podporu a nápomoc druhé osoby či podpůrné služby, jedná se o seniory **závislé** či v dalším stupni tzv. **zcela závislé**, u těch jejich funkční stav vyžaduje mnohdy trvalý dohled druhé osoby,

ošetřovatelskou péčí, pečovatelskou službu a ve velké míře podporu jejich důstojnosti. Senior na sklonku svého života, jehož stav vyžaduje poskytnutí paliativní péče, je nazýván jako **umírající** (Čevela, Kalach, Čeledová, 2012).

Autor Kalvach (2008) dělí seniorskou populaci na tři typy: a) zdatní (angl. „fit“) – senioři, kteří jsou fyzicky schopní a mají dobrou kondici, b) nezávislí senioři – ti nevyžadují ojedinelou péči ani poskytované sociální služby a za běžných podmínek dokážou být zcela soběstační, c) křehcí (angl. „frail“) – tito senioři potřebují pomoc při běžných denních aktivitách anebo mohou být omezeni v oblasti pohybu, případně jsou zčásti/zcela upoutáni na lůžko. Stařecká křehkost patří k základním charakteristikám geriatrických klientů. **Geriatrická křehkost** znamená tělesné chřadnutí, které nemusí být zákonným projevem stárnutí přirozeného, avšak neváže se ani na určitou nemoc. Je chápána i jako koncept propojený s dalšími geriatrickými syndromy. Křehkost je také jednou z dominantních příčin úmrtí v souvislosti se stresovou zátěží u seniorů ve věku nad 80 let. U křehkých seniorů hrozí až třikrát vyšší riziko částečné ztráty soběstačnosti alespoň v jedné aktivitě každodenního života. Tento typ seniorů zpravidla užívá spolu se zdravotnickými službami i služby sociální. Do této skupiny lze zařadit i osoby zcela závislé, nesoběstačné, vyžadující zejména nepřetržitou pomoc rodiny či pečovatelských služeb. Mnohdy tento typ klientů využívá respitní péči nebo pobývají v léčebnách dlouhodobě nemocných. V souvislosti s dekompenzací celkového stavu klienta dochází často k hospitalizacím ve zdravotnických zařízeních (Holmerová in Vosečková, 2013). Právě tato skupina seniorů by měla být v „hledáčku“ sociálních pracovníků spolupracujících s tímto typem klientů. Pracovníci by měli vyhodnocovat riziko vzniku závislosti na péči. Autoři uvádí, že základní podmínkou pro včasný a odborný zásah je multidisciplinární spolupráce, při které tým odborníků spolupracuje s klientem – seniorem a jeho okolím tak, aby se tato rizika maximálně snížila.

Sféry preventivního působení jsou dle Kalvacha (2008) rozdělené na **oblast péče o dostatečný příjem kvalitní potravy a tekutin** jako prevence podvýživy či dehydratace a výživových nedostatků. Klíčovou roli hraje v tomto případě přirozené sociální prostředí seniora, díky kterému je možné předcházet distabilitě a sociálnímu vyloučení s tím spojeným. Dále **oblast motivační a psychoterapeutické podpory** k zachování pohybových aktivit. Jedná se o podporu spontaneity a zachování sociálních kontaktů,

prevenci osamělosti a rezignaci. V poslední řadě představuje **oblast pravidelného hodnocení funkčního stavu** alespoň 1krát ročně s včasnou a adekvátní reakcí na případné zhoršení stavu (v nejlepším případě vyšetření odborným lékařem s geriatrickými znalostmi). S ohledem na stařeckou křehkost se rozvíjí vyjma preventivních postojů i komplex tzv. dlouhodobé péče (angl. „long-term care“). V této oblasti nalézá uplatnění i rekondice a rehabilitace, změna prostředí s využitím kompenzačních pomůcek, osobní asistence, home-care péče (v domácím prostředí), respitní služby či paliativní péče v konceptu end-of-life-care, tedy péče na sklonku života (Kalvach, 2008).

1.1 Potřeby seniorů

V souvislosti s vymezením jednotlivých potřeb, které má téměř každý senior je vhodné uvést tzv. **koncept sociálního fungování**, a to za pomoci několika jeho principů.

Sociální fungování je proces, který se uskutečňuje na základě požadavků jedince a požadavků prostředí, ve kterém jednatel žije. Pokud je narušena rovnováha mezi nároky přirozeného prostředí člověka a jeho schopnostmi tyto nároky uskutečňovat, dochází k problémům na straně sociálního fungování. Pokud senior zvládá společenské role, které ze sociálního fungování vyplývají, nemá problém s naplněním svých potřeb, které jsou pro jeho život nezbytně důležité. Potřeba je poté vyjádření určitého nedostatku, jehož náprava je žádoucí. (Navrátil, Musil, 2000). Autorka Kaufmanová (2004) zjistila, že mezi **hodnoty**, které senior nejvíce oceňuje, spadá zdraví, láska, rodina, přátelství, sociální kontakt, soběstačnost, vlastní domov, fyzická i psychická rovnováha a pohoda. Pokud mluvíme o důležitosti těchto hodnot, nejvýše se umístily **potřeby fyziologické, potřeba bezpečí a potřeba sociální**. Výše zmíněné potřeby, které byly dle autorky vyhodnoceny jako nejdůležitější, vesměs korespondují s pyramidou potřeb založenou na pořadí akutnosti a na postupu, jak se základní lidské potřeby projevují v běžném životě. Tato pyramida byla vytvořena americkým psychologem A. H. Maslowem (Říčan, 2010). Seniori, jako by se vraceli z vrcholu této pyramidy, až k jejím základům (Mlýnková, 2011). V dalším případě, chilský ekonom Manfred Max-Neef klasifikuje základní lidské potřeby jako bytí, ochranu, city, porozumění, participaci, trávení volného času či kreativní činnosti a svobodu. Kategorizoval tyto potřeby jako jsoucno, vlastnictví, děláni a interakce. Jejich uspokojení má často nejrůznější podoby – rušivé, zničující, pseudouspokojující, jednodimenzionální či multidimenzionální. Uspokojení jedné

potřeby poté nevyklučuje situaci, kdy dojde ke znemožnění uspokojení potřeby druhé (Dvořáčková, 2012). Mlýnková (2011) dělí potřeby seniorů na dva základní typy: potřeby fyziologické a duchovní. Jako velmi stěžejní hodnotí potřebu být bez bolesti, zajištění tepla a pohodlí. Do popředí také vstupuje nezbytnost spánku, kdy tělo vyžaduje větší míru odpočinku k získání nových sil. Fyziologické potřeby jako zajištění tekutin, požadavek sexuální, hygienické péče či péče o čisté lůžko ustupují do pozadí, všechny vyjmenované potřeby jsou však značně individuální a nelze je zobecnit. U seniora je stěžejní nezbytnost komunikace v souvislosti s úmrtím blízkých osob a přátel. Z výčtu potřeb seniorů nelze vyškrtnout potřebu seberealizace či uznání. Seniori, jež pracují až do vysokého věku, realizují se ve svém zaměstnání, jiní zase zvelebují domov či zahradu a nahrazují si tak hodnoty, které v době ekonomické aktivity nebyli schopni dostatečně zajistit. V rámci duchovních potřeb si seniori často kladou otázky o smyslu života či přehodnocují jejich dosavadní úspěchy a ztráty, na tyto otázky však mnohdy nenaleznou hledané odpovědi. Z uvedeného vyplývá potřeba rozhovoru, potřeba svěřit se a být vyslyšen. V institucionální péči může být tato potřeba mnohdy upozaděna, jelikož ošetřující personál nemůže suplovat roli duchovního (například oproti zařízení hospicového typu), lze jej však nahradit vhodně zvoleným rozhovorem (Mlýnková, 2011).

1.2 Kvalita života v nemoci a lidská důstojnost

Velmi preferovanou hodnotou v životě je zdraví, nejenom u seniorské populace. Hodnotové orientace seniorů se odlišují individuálními přáními a cíli, kdy v povědomí většinové společnosti je potřeba zdraví předpokladem pro kvalitní život. **Kvalita života** se však nevztahuje pouze ke zdravému tělu a mysli ale je to pouze subjektivní prožitková kategorie. Každý člověk si sám indikuje, zda je šťastný či spokojený. Faktem však zůstává, že pokud je lidské zdraví oslabeno, je těžké sladit individuální aktivity s jeho možnostmi. Kvalitní život při nemoci je pojem složitý a komplikovaný. Nutné je naučit se žít se svojí nemocí. Speciální dotazník s názvem Index Quality of Life zahrnuje šest oblastí života s nemocí. Prvotní je **sebepřijetí**, které by mělo souznít s minulostí člověka, dále **pozitivní vztahy** s lidmi, kteří o člověka pečují či se kterými má blízký vztah, **autonomie**, tedy právo na vlastní názor a vyjádření, zvládání životního prostředí, kdy se člověk cítí bezpečně a komfortně ve svém prostoru, **smysl života**, vidina v pozitivní směr

života a rekapitulace dosavadního života se souhrnem pozitivních i negativních jevů a v poslední řadě **osobní rozvoj**, tedy poslední článek osobního zrání jedince. Vytoužené štěstí však mnohdy nepřichází spolu s uzdravením. Člověk musí čelit faktu, že jeho vlastní kvalita života záleží na jeho aktivitách, které mohou být skrze pomáhající profese posilovány. Nemocní senioři se často upínají ke vzpomínkám a otázkám životního štěstí či neštěstí. V této oblasti může pomoci metoda **validace**, která pomáhá vyřešit problémy minulosti, vyrovnat se se životem, pomoci zmírnit stresové napětí při životních ztrátách a vrátit člověku pocit jeho vlastní identity. Mezi další aktivizační terapie spadá také ergoterapie, arteterapie, oblíbená muzikoterapie či zooterapie. Pokud se staráme o nemocného seniora v pokročilém věku, je podstatné znát jeho kvalitu života právě teď a také to, kam se jeho tužby reálně ubírají. Tento cíl by měl zůstat součástí individualizované péče o člověka, známé také jako péči orientované na člověka (Haškovcová, 2010).

Důstojnost každého člověka musí být zachována, jeho nemoc ani imobilitu nevyjímaje. V oblasti sociální však musí pracovník zohledňovat elementární slušnost a vědomý respekt k důstojnosti klienta. K takové slušnosti náleží správné oslovování klienta, vyslechnutí, respekt ke klientovým přáním a volbám či jeho vůli. Pracovník by měl zachovávat intelektové schopnosti svého klienta a netlačit jej do plně závislé role. Při práci s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou je zachování důstojnosti neméně podstatné. Americká nezisková organizace s názvem Stárnout důstojně (angl. „Ageing With Dignity“) zpracovala dokument Pět přání, ve kterém jsou formulace zástupné a to za osoby, které svá přání a potřeby nedokážou vyjádřit, lze je však předpokládat či zjistit jiným způsobem. Přání se zabývají tím, jaká péče má být klientovi poskytnuta, kdo má být jejím poskytovatelem či jak má být zajištěna osobní pohoda a jistota v tom, jakému člověku má být předána podstatná informace týkající se jeho samotného (Haškovcová, 2010).

Mezi životní hodnoty nejenom seniorů, spadá **osobní autonomie**. Hodnota autonomie ve stáří nabírá zcela nový směr, jelikož senior je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu na svém okolí více závislý. Nesmíme opomenout fakt, že termín autonomie obsahuje také kontrolu rozhodnutí, nezávislost a svobodu (Dvořáčková, 2012). Autonomie z pohledu samotného seniora označuje především **fyzickou soběstačnost**. Největší důraz

je v tomto období připisován zdraví. Významná je pro seniory **samostatnost rozhodování**, vlastní názor či svobodné jednání. Senioři dále odmítají „být břemenem“ pro další osoby, jako osobní autonomii vnímají situaci, kdy nejsou závislí na jiných lidech. Pro to, aby mohl být senior skutečně autonomní je podstatná **schopnost sebeurčení**, volby a rozhodování či jednání dle vlastních představ. Aby mohla být tato autonomie zachována je třeba, aby byl senior dostatečně vybaven schopnostmi fyzickými, rozumovými a sociálními a také nezbytnou motivací pro uplatnění již zmíněných schopností. Důležité je také **vhodné prostředí** (Sýkorová, 2007). Pokud se budeme zabývat tématem autonomie, je podstatné zmínit také závislost seniorů na péči druhých osob. Tato péče však nutně neznamená omezení či znemožnění osobní nezávislosti. Možností, jak autonomii seniorovi navrátit, je nabídka spolupráce. Závislost jedince na cizí pomoci jej může dovést k partnerství, nově získané důvěře, interakcí s okolím a vzájemnému pochopení mezi generacemi. Svěbytnost v oblasti seniorů lze tudíž charakterizovat jako autonomii v nitru sociálních vztahů (Sýkorová, Chytil, 2004).

1.3 Péče o seniora v domácím prostředí

Domácí prostředí je dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách obsaženo v pojmu **přírozené sociální prostředí**, jehož zdrojem je rodina a sociální vazby k nejbližším osobám, sociální vazby k osobám, se kterými je jedinec v domácnosti, a místa, kde jedinec pracuje či se vzdělává a realizuje zde své standardní sociální aktivity. (Zákon č.108/2006 Sb., § 3, odst. D). Model péče v České republice je založen na presumpci, že péči o seniora by měla v první řadě zajistit právě **rodina**. Pokud rodina jako neformální zdroj pomoci absentuje nebo již není schopna péči poskytovat, je využívána **formální pomoc státu**. Z tohoto důvodu je nutná pestrá nabídka sociálních služeb pro seniory. Za pomoci těchto služeb se stát snaží o udržení seniora v jeho přírozeném sociálním prostředí, přičemž v tomto prostředí jsou uspokojovány jeho individuální potřeby (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008). Autorka Mlýnková (2011) definuje několik forem péče o seniora v přírozeném prostředí. První formu představuje jako **péči poskytovanou rodinnými členy**, další **péči zdravotní**, a poslední formou je **péče sociální**. Před poskytnutím první péče v domácím prostředí je nezbytné zhodnotit jeho vhodnost v souvislosti s rizikem pádů, zhoršené mobility či smyslového vnímání. Ne vždy je rodina schopna zajistit dostatečnou péči o seniora v domácích podmínkách.

Častým důvodem jsou například nevyhovující rozměry bydlení, mohutný rozsah péče o vlastní rodinu – zejména o nezletilé děti, míra zaměstnanosti, či negativní dopady poskytování péče na psychickou stránku členů v rodině. Rodinnými příslušníky poskytující péči jsou nejčastěji partneři seniorů či jejich potomci, přičemž až 80 % z nich je ženského pohlaví (Holosko, Feit, 2004). Tyto ženy a muži na jedné straně vychovávají své potomky a na straně druhé pečují o stárnoucí příbuzné, díky tomu jsou vystaveni velkému tlaku. Pro tyto vícegenerační pečovatele se vžil název **Sendvičová rodina**. Na rodinu jsou kladeny mohutné nároky které obsahují skloubení péče o domácnost, o seniora a zároveň také pracovní či partnerské povinnosti. Od rodiny se přirozeně očekává, že péči o seniora zajistí, opomíná se však fakt, že dnešní podoba rodiny často není schopna tuto roli bez problémů vykonávat. Pečující osoby poskytující dlouhodobou péči mají často své zdravotní problémy (bolesti zad způsobené fyzickou manipulací s nemohoucím) a problémy psychické (stres, vypětí, izolace od okolního světa, samota, vyčerpání, finanční obtíže). Péči poskytují rodiny buď v bytovém zázemí seniora či jej přestěhují k sobě, zejména kvůli blízkosti a tím snazší péči. Ve druhém případě však mnohdy dochází ke konfliktům, které ústí ve špatnou psychickou stránku jak pečujících osob a jejich blízkých, tak samotného seniora (Časopis Sociální služby, 2021). Doprovodná péče o seniora v rámci rodiny však poskytuje nenahraditelnou sociální interakci. I zdánlivě mizivé události v životě, jako je společná konverzace nad kávou, venkovní procházka nebo společné vaření v procesu výkonu práce odvrací osamělost a depresi u starších dospělých (Teter, 2021).

Dopady poskytování péče seniorovi mohou být různé, jejich základní dělení je na pozitivní a negativní. Mezi **pozitivní stránky** spadá obohacující zkušenost pro člověka, pocit užitečnosti, smysluplnosti a zadostiučinění. Poskytování péče je projevem lásky a blízkosti. **Dopady negativní**, často pramenící z poskytování dlouhodobé a únavné péče, jsou mnohdy promítány do celého rodinného systému a ústí v rodinné konflikty. Rodinní příslušníci mohou mít konflikty s druhými na téma, jak by péče měla být poskytována, ojedinělé nejsou ani problémy v rodinných rolích. Psychika je při poskytování dlouhodobé péče ovlivněna u všech členů rodiny. V některých případech se projeví depresi či úzkostnými stavy. Pečujícím osobám by měly být poskytnuty veškeré dostupné informace a množství potřebné podpory, tomuto problému se věnují i svépomocné, podpůrné skupiny, které mohou pečující osoby navštěvovat (Holosko, Feit, 2004).

Vícegenerační potřeby se během **pandemie Covid-19** stávají ještě naléhavějšími, rekordní počet dospělých dětí se stěhuje zpátky do svých domovů a starší rodiče potřebují nové formy péče. V loňském roce Covid-19 výrazně omezil vládní zdroje a zvýšil nezaměstnanost, tím učinil podporu rodin ještě důležitější. To se projevilo zvýšeným tlakem na čas i finance nejenom pro Sendvičovou generaci. Pandemie tyto rodiny uvedla do téměř neudržitelných pozic – lidé, kteří již nesli intenzivní zatížení při poskytování péče nyní čelí ještě většímu namáhání, stresu a nejistotě. Tento tlak se tedy stále více stupňuje, jelikož podpora a životně důležité zdroje jsou vzácné. Pandemie urychlila „sklouznutí do sendviče“ a to s nižším množstvím zdrojů, které pomáhaly předchozím generacím. Obecný trend menších velikostí rodin může mít za následek to, že v budoucnu bude více dětí bez podpory rodičů, kteří se musí starat i o své stárnoucí rodiče. Jedním z mála pozitivních vlivů pandemie byla normalizace flexibilní práce na dálku pro ty osoby, které pracují ve znalostní ekonomice. Pokud by situace takto zůstala i po pandemii, pro pečovatele by měla zůstat vyšší šance na to, zůstat zaměstnaní (BBC, 2021). Sendvičová generace by měla péči o seniora rozdělit i mezi další osoby, delegovat jednotlivé úkoly, mít povědomí o kontaktech na odpovídající terénní služby a nalézt si čas i pro sebe sama (Časopis Sociální služby, 2021).

2 Stáří jako společenský fenomén

Stáří je neodmyslitelnou součástí každého lidského života. Práce proto popisuje společenský fenomén stáří, uvádí jeho možnou periodizaci a změny, které jej doprovází. Představuje také novodobé problémy v péči o stárnoucího člověka, se kterými se pečující osoby mnohdy potýkají.

„...Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je nakódovaný, nevratný a zanechává trvalé stopy...“ (Dvořáčková, 2012:9)

Uchování vitality ve vysokém věku je výsledkem velkého množství faktorů, jako je například genetický a vrozený předpoklad, minulý i současný životní styl člověka, prostředí, ve kterém daná osoba pobývá, strava, reakce na stresové události či nezdolnost. Je však velmi těžké oddělovat faktory stáří od vlivu faktorů ostatních. Nelze jednoznačně určit, co je způsobeno věkem a co faktory jinými, jisté je, že vlivy „jiné“ lze na rozdíl od vlivů způsobených stárnutím, ovlivňovat. V jednotlivých obdobích byl fenomén stáří vnímán odlišně. Stárnutí je však celosvětovou záležitostí, na kterou je třeba zaměřit pozornost profesionálů a hledat optimální řešení. Senior, zdravý i nemocný, má nárok na odbornou zdravotní a sociální péči, která zachová jeho vážnost i na sklonku života (Dvořáčková, 2012). Rysy stáří se projevují v celé řadě různých faktorů, kterými může být kupříkladu zdravotní stav člověka, jeho životní styl či sociálně ekonomické a psychické vlivy, které na něj působí. Do dnešního dne není odborníky definována všeobecně uznávaná periodizace stáří. Jednotliví profesionálové zabývající se gerontologií nejsou ve shodě s vymezením počátku etapy stáří ani počtem etap, které stáří rozčleňují. V naší historii se pojetí stáří výrazně měnilo. Světová zdravotnická organizace WHO popisuje 15letou periodizaci stáří, kdy se za období středního věku považuje rozpětí 45-59 let, za období raného stáří rozmezí 60-74 let, začátek období pokročilého, vysokého věku 75 let, kdy toto období trvá do věku 89 let. WHO představuje i období tzv. dlouhověkosti, tedy 90 let a více (Hartl, Hartlová in Vosečková, 2013).

2.1 Stáří a stárnutí

Pichaud a Thareau (1998) uvádí, že stáří je etapou, kdy se dosavadní život člověka transformuje. Tato změna obvykle počíná obdobím „syndromu prázdného hnízda“, kdy se dospělé děti osamostatní a mají své vlastní potomky. Dalším podnětem může být

odchod do penze a s tím spojená zhoršená ekonomická situace člověka či úmrtí partnera nebo jeho vrstevníků. To souvisí s dalším problémem – ztížené udržování sociálních kontaktů, které mnohdy vede k úplné sociální izolaci. K definici stáří přispívá také Weber (in Kalvach, 2008), který popisuje, že stáří je na konci přirozeného vývoje každého jedince a souvisí s ním specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Tuto životní fázi lze definovat skrze zpozorované charakteristiky u starého člověka. Mezi tyto charakteristiky náleží kupříkladu **distální efekty stárnutí** (ztráta pohyblivosti v důsledku nemoci v dětství), **časově blízké charakteristiky** (ztráta pohyblivosti v důsledku zlomeniny), **znaky univerzální** (obdobné znaky u starších osob – vrásčitá pokožka) a **probabilistické znaky** (artróza) (Stuart-Hamilton, 1999). Významným zdrojem spokojeného stáří je dle Elichové (2017) oblast osobní spirituality. Autor Grün (in Elichová, 2017) představuje významné body pro úspěšné stáří, jako je přijetí sebe sama, odevzdání se v duchovní i materiální rovině a vyjití se zebe, tedy udržení odstupu od jisté životní události.

Stárnutí je definováno jako nezvratný proces, jehož průběh nazýváme život (Topinková, Neuwirth, 1995). Dělíme jej na 2 typy – **stárnutí fyziologické a patologické**. Fyziologické probíhá přirozenou cestou, je součástí ontogeneze, tedy vývoje jedince od jeho zplození po samotný zánik. Patologické se může projevit stárnutím předčasným anebo jistou nesrovnalostí mezi věkem funkčním a kalendářním. Projevem může být také snížená soběstačnost člověka (Vokurka, Hugo, 1998). Při zmínce o stáří je však třeba uvést i pozitivní pohled na věc oproti utkvělé představě, kdy si při pojmu stáří většina populace představí pouze negativní souvislosti. Staří lidé mohou dosahovat lepších výsledků, než mladá generace a to zejména v kategoriích, jakými jsou například emocionální inteligence či moudrost, sebevědomí a životní spokojenost. V těchto oblastech se zobrazují výhody stáří – životní zkušenost, mistrná schopnost vyrovnat se s životními nástrahami, historická empirie či oblast umění anebo praxe ve vysoce odborných profesích. Pokud jistá profese představuje zátěž ve formě fyzické síly či opakované změny, stáří v tu chvíli ztělesňuje výrazné omezení z důvodu rychlého stárnutí obsahu a formy požadovaných informací. Největším rysem dramatického úbytku duševních schopností při stárnutí je mohutný nárůst demencí, které s sebou tento věk přináší. Jednotlivé typy demencí vedou k pozvolné ztrátě základních lidských vlastností,

jakými jsou například intencionalita, autonomie, identita a sociální vztahovost (Gruss, 2009).

2.2 Změny ve stáří

Organismus člověka prochází v souvislosti se stářím jednotlivými změnami, mezi tři základní úrovně spadají změny tělesné, psychologické a sociální. Mezi **změny tělesné** řadí Venglářová (2007) například přeměnu zevnějšku, ztrátu svalové hmoty, transformaci smyslů či trávení, vyprazdňování, termoregulace anebo změny související se sexuálním životem. Stáří má velký vliv také na **psychickou stránku** jedince, kdy dochází ke zhoršování paměti, ztížené adaptaci na nové podněty, nedůvěře, emoční labilitě, zhoršenému úsudku či nízké sugestibilitě. Na sociální situaci člověka má dopady v podobě odchodu do penze, možného stěhování, existenci finančních problémů, ztrátě blízkých a s tím spojenou osamělost, která nese rizika sociální izolace. Reakcí člověka na tyto změny může být nepřátelský či odmítavý postoj vůči pomoci druhých osob anebo opačná situace, kdy si senior vytvoří závislost na svém okolí. Postoj člověka ke stáří následně ovlivňuje to, jak se se stárnutím a stářím vyrovnává či jak u něj fyzicky tento proces probíhá. Kalvach (2008) poté označuje tělesné projevy stáří jako fenotyp tohoto procesu. Uvádí, že velmi nápadné jsou změny spojené s výškou člověka, tělesnou hmotností a přeměnou chůze či postoje. Čichové a chuťové smysly jsou více rozostřeny, u zraku se dle autora projevují změny akomodace. V rámci změn psychických bývá stáří propojeno se situací, kdy se do popředí chování a jednání dostávají negativní osobnostní rysy, které je však nutno oddělit od duševních či tělesných poruch (Venglářová, 2007). Pacovský (1994) popisuje další jev, který je spojen se zvyšujícím se věkem, a to tzv. **handicap sociální integrace**, kdy dochází ke snížení zručnosti a s tím související obtížné orientaci, což člověku brání v aktivní účasti na obvyklých sociálních vztazích.

Autor Stuart-Hamilton (1999) doplňuje změny ve stáří o dva základní znaky – **stárnoucí tělo** a **stárnoucí smyslové orgány**. V prvním případě lze tyto změny charakterizovat na příkladu stárnoucích tělesných tkání (kůže, svalstvo), které ztrácí svoji elasticitu a dochází tak k ničení funkce orgánových soustav, například vylučovací soustava zpomaluje svoji činnost, trávicí soustava již nedostačuje na vstřebávání živin, svalová hmota ubývá a dýchací ústrojí již nezajistí takový přívod kyslíku, jako dříve. Oběhová soustava v neposlední řadě trpí na pružnosti cév a rozvod krve do těla, což

vyžaduje o mnoho více vydané energie. Veškeré tyto změny mají negativní vliv na funkci mozku a tím spojenou psychiku, která může vyústit v moment, kdy člověk přehodnocuje svůj celkový stav. Zjištění, že kosti a svaly jsou již slabé, vede u většiny osob ke zvýšené míře opatrnosti, u někoho tyto změny způsobují depresivní stavy. Stárnoucí smyslové orgány, které slouží jako nástroj k interakci s okolním světem, mají za důsledek nižší funkčnost mozku. U zrakových schopností pozorujeme vady, kdy čočka postupně ztrácí pružnost a schopnost zaostřovat, člověk poté pomaleji zpracovává zrakové podněty či není schopen adaptace na horší světelné podmínky nebo jiné barvy. V případě sluchu se často jedná o zvětšení ušních boltců, ucho se častěji zanášá ušním mazem a kosti středního ucha v důsledku zvápnění či artrózy tvrdnou – to vše vede k oslabení sluchu, zvonění v uších, neschopnosti určit výšku tónu či polohu zdroje zvuku. Spolu s nejvýraznějšími smysly jako sluch a zrak se objevují také poruchy dalších – chuti, kdy je ovlivněna citlivost jednotlivých chutí, čichu – dochází k velké míře oslabení smyslu a hmatu – v důsledku ztenčení a vrásnění kůže vede ke ztrátě citlivosti hmatu a citlivosti teploty předmětů. V neposlední řadě dochází k přeměně i v případě přijímání bolesti, kdy jsou starší osoby schopny snášet intenzivnější stimuly, aniž by je vnímaly jako bolestivé (Stuart-Hamilton, 1999).

Mezi různými kulturami panuje odlišný vztah ke stáří a starým lidem. Disciplína, která se zabývá těmito diferencemi se nazývá **etnogerontologie**. Velice známá je odlišnost mezi Východem a Západem, kdy na Dálném východě mají senioři u ostatních generací mnohem vyšší respekt a vážnost, než na Západě. V souvislosti s tímto sdělením jednáme o té skutečnosti, že relativně primitivní země si obecně váží seniorů mnohem více a stáří má pro ně ojedinělý status. V západních zemích lze mezi národnostními menšinami mnohem častěji nalézt vícegenerační domácnosti s užšími rodinnými vztahy. U jistých etnických skupin může hrát dominantní roli v poskytování péče starším osobám církev. Senioři, kteří jsou příslušníky některé z etnických menšin čelí takzvanému dvojímu riziku, tedy předpojatému vnímání vůči jejich věku či zdravotnímu stavu ale také vůči jejich etnické skupině (Stuart-Hamilton, 1999).

2.3 Dnešní problémy v péči o seniory

Současný systém představuje několik problémů spojených s péčí o seniory. Jedním z nejvýznamnějších je poté **neprovázanost zdravotní péče a sociálních služeb** (Haškovcová,

2010). Je nezbytné propojit zdravotní a sociální služby skrze aplikaci designování služeb, case managementu ve spolupráci s praktickými lékaři a na platformě obcí (Časopis Sociální služby, 2021). V sociálních službách je situace komplikovaná tím způsobem, že dochází k realizaci konceptu **decentralizace**¹ – to by samo o sobě nebyl negativní jev, je však důležité mít povědomí také o rovnováze institucionálních, ambulantních a terénních služeb. V Tallinské chartě² je kupříkladu kladen důraz na **pestrou nabídku sociálních služeb a na jejich návaznost**. Uvádí se, že ústavní péči není možné zcela omezit do doby, než bude vybudována adekvátní síť alternativních služeb v terénu. Sociální služby musí být dostupné, kvalitní, efektivní a je nutné, aby zahrnovaly bezpečí pro každého klienta, k čemuž mohou dopomoci zavedené Standardy kvality sociálních služeb. Typický příklad nalezneme v případě domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem, kdy je obecně známo, že v těchto zařízeních je rapidní nedostatek volných míst, vysoká poptávka a nízká nabídka, ačkoliv reálná úroveň zajištění je dle dosavadních průzkumů dostačující. Nepoměr mezi počtem potřebných a místy v domovech pro seniory bude v návaznosti na deinstitucionalizaci řešen rozvojem terénních sociálních služeb (Haškovcová, 2010).

Ke konci roku 2018 však nebylo v České republice uspokojeno 58 tisíc žádostí o umístění v domovech pro seniory. I když je to o 2,4 tisíc žádostí méně než v roce 2017, je zřejmé, že kapacity nedostačují. Dle zástupců ČSÚ je však důležité mít povědomí o tom, že počet žádostí do domovů pro seniory neodpovídá skutečnému počtu žadatelů. Žadatel si zpravidla podává více žádostí o umístění na různá místa a jeho žádost musí také být ve spádovosti jeho kraje. Na konci roku 2018 bylo evidováno přes 24 tisíc neuspokojených žádostí do domovů se zvláštním režimem. Nejvyšší počet neuspokojených žádostí o domov pro seniory byl ve Středočeském kraji. V případě domovů se zvláštním režimem šlo o Zlínský kraj. Nejnižší relativní počet neuspokojených žádostí byl v Karlovarském kraji a v Královéhradeckém kraji (ČSÚ, 2018).

1 Smyslem **decentralizace** je v maximální míře přiblížit sociální služby (v odpovídající kvantitě, struktuře i kvalitě) osobám, které je potřebují a to s co nejnižšími možnými náklady, to vše při zapojení místních a regionálních orgánů do poskytování těchto služeb (Molek, 2019).

2 **Tallinská Charta** byla představena na Mezinárodní konferenci zdravotní péče roku 2008. Jejími stěžejními tématy jsou zdraví, blahobyt a zdravotní systémy, možných investic a posílení transparentnosti systému (WHO, 2020).

3 Specifika komunikace se seniory

Komunikace sociálního pracovníka s klientem je zásadní pro tvorbu důvěrného vztahu a poskytnutí kvalitní péče. Kapitola proto uvádí specifika komunikace sociálního pracovníka se seniory, možné komunikační bariéry a jednotlivé zásady užívané komunikace.

„...*V komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme...*“ (Mlýnková, 2011:52)

3.1 Sociální pracovník a komunikace se seniory

Dobré komunikační dovednosti a schopnost účinné sociální interakce, která má důsledky posílení, motivaci klienta a podporu v péči, by měla být základní kompetencí pomáhajícího profesionála. Správně zvolená komunikace je zásadním prvkem účinného poskytování péče. Při užívání komunikace s klientem mohou však vznikat problémové situace. Ty často vyplývají ze vzájemné neznalosti jazyka. Problémem mohou být předsudky, stereotypy či nechuť akceptovat názory a postoje protistrany. Významným problémem může být i časová tíseň. Pracovník by měl znát základní principy efektivní komunikace. Vhodně zvolená komunikace s klientem-seniorem je základním pilířem dobrého vztahu mezi poskytovatelem péče a jejím příjemcem. Pracovník by měl respektovat autonomii seniora, kdy se právě s tímto aspektem pojí klasifikace typů a metod práce pomáhajících profesí. Prvním typem je metoda práce, kdy pracovník užívá **autoritativní styl** komunikace. Ten se vyznačuje tím, že pracovník klientovi vnucuje své vlastní názory či postoje a domnívá se, že je to právě on, kdo bezprostředně ví, co je pro klienta nejlepší. Dalším typem je způsob **manipulující**, ve kterém často dochází k nerespektování klientovy osobnosti, pracovník jej není schopen vyslechnout či podpořit. Typ **ochranitelský** zamezuje klientovi výkon běžných denních činností kvůli přílišné ochraně, která je však nežádoucí a autonomii seniora tím značně komplikuje. Poslední typ je **spolupracující**, ten identifikuje potřeby klienta, umožňuje udržet stávající dovednosti a rozvíjí je dále ve prospěch jeho samotného. Techniky užívané při sociální interakci musí korespondovat s individuálními požadavky všech komunikujících subjektů. Sdělovací by měl přizpůsobit komunikační styl schopnostem a dovednostem naslouchajícího, pokud tak učiní, zvyšuje tím pravděpodobnost porozumění a eliminuje

nesprávné pochopení sdělení. Senioři bez ohledu na „zub času“ či nemoc, která je sužuje, nejsou ovlivněni ztrátou inteligence, pouze často vyžadují více prostoru pro sestavení odpovědi či pro vyhledání informací z jejich dlouhodobé paměti (Pokorná, 2010). Při předávání informace kvalitně poslouží jak komunikace verbální, tak i neverbální. Mimoslovní signály jsou často správným sdělením toho, co si ve skutečnosti myslíme. Neverbální chování může být zrcadlem toho, co je verbálně sděleno, skrze něj však lze projevat i opak toho, co bylo řečeno. Neverbální signály jsou obvykle aplikovány jako nástroj kontroly situace, která je právě prožívána, například povytažené obočí může být známkou toho, že si klient nepřeje o dané věci hovořit (Matoušek, 2012).

Správná komunikace sociálního pracovníka s klientem-seniorem utváří základ veškeré sociální péče. Komunikace v rámci výkonu sociální práce požaduje speciální komunikační dovednosti, které mají dopad na vzájemný vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem. Hanuš (in Elichová, 2017) popisuje **sociálního pracovníka jako odborníka**, který propojuje společnost při provádění vlastního společenského úkolu – pomáhá, motivuje, podporuje, vede, edukuje, je prospěchem a organizátorem. Na osobnost sociálního pracovníka jsou díky zmíněnému kladeny vysoké nároky. Při výkonu profese se sociální pracovník sám setkává s uvažováním a prožíváním vlastního smyslu života a zároveň je konfrontován s problémy dalších osob. Kredátus (in Elichová, 2017) představuje **sociálního pracovníka jako profesionála**, který dokáže spojovat teoretické a praktické poznání a je vybaven vhodným setem schopností a kompetencí. Havrdová (in Elichová, 2017) uvádí kompetence sociálního pracovníka v praxi jako projev kvalitně zvládané a uznávané profesionální role. Obsahem takovéto funkce jsou odborné znalosti, způsobilost reflektovat kontext a aplikovat hodnoty profese, kompetence mají jednotlivé aspekty, které se navzájem doplňují.

Techniky a komunikační schopnosti sociálního pracovníka by měly odpovídat individuálním požadavkům komunikujících stran, průběhu vývojové křivky života seniora a změnám v bio-psycho-sociálních dovednostech. Základní hledisko procesu stárnutí je postupující omezení jednotlivých orgánů, psychických funkcí i aspektů osobnosti starého člověka. Informace o procesech stárnutí pozitivně ovlivňuje zvolení správného typu komunikace, jejího průběhu i použití adekvátních komunikačních prostředků – u seniorů dochází ke změnám zejména kognitivních procesů, které jsou

podmíněny změnami smyslového vnímání. Poruchy těchto psychických funkcí limitují určité činnosti a negativně ovlivňují komunikační dovednosti, což u seniorů mnohdy vyvolává pocity úzkosti a nejistoty. Výrazně se zhoršuje schopnost uchovávání informací a snižuje se tak úspěšnost při procesu učení (Plháková, 2004). Efektivní průběh komunikace má pozitivní vliv zejména při respektování principu zpomalení. Seniorská populace se v mnoha případech nevyznačuje ztrátou inteligence, ale potřebuje spíše více času pro sestavení odpovědi a vyhledání správných informací. Komunikace se seniory vyžaduje profesionální přístup, který se projevuje skrze respektování individuálních vlastností, tolerancí ke změnám nálad, poskytnutím dostatečného prostoru pro vyjádření potřeb či problémů seniora, které jej tíží, respektováním změn v psychických funkcích, srozumitelnou mluvu s dostatečně položeným tónem a rychlostí hlasu. Dále také trpělivým přístupem s ohledem na zrakové a sluchové možnosti klienta, volbou adekvátních komunikačních prostředků, udržováním očního kontaktu a užíváním nonverbální komunikace (Pokorná, 2010).

Jednou z metod sociálního pracovníka, která je při poskytování terénní sociální práce se seniorem v jeho domácím prostředí významná je **sociální poradenství**. Smyslem poradenství v sociální práci je orientace na klienta a jeho samostatné, aktivní a efektivní vyrovnání se s problematickou situací. Pracovník v rámci poradenství klientovi pomáhá při posuzování vlastních možností při řešení problému. Pokud se zaměříme na sociální práci s umírajícími, významná je v této oblasti práce charitní. Tento druh práce klade důraz na duchovní, filozofický a náboženský obsah. Charitní činnost se zabývá poskytováním úlevy od bolesti či duchovních problémů. Duchovní poradenství je hojně užívaná metoda sociální práce při péči o klienty v terminálním stádiu nemoci, v komunitních centrech či ošetrovatelských službách (Truhlářová in Sborník příspěvků, 2003). Poradenství poskytované v rámci pečovatelské služby, jejíž klienti bývají mnohdy senioři, se zabývá převážně občansko-sociálně-právním poradenstvím. Pracovníci pomáhají klientům s vyřizováním náležitostí potřebných k zajištění dávek státní sociální podpory, sociálních dávek či pomáhají klientovi/jeho rodině se zajištěním potřebných kompenzačních pomůcek (Vostrovská in Sborník příspěvků, 2003). Při rozhovoru s klientem, u kterého je další osoba (například rodina), by se měl pracovník zaměřit zejména na udržení kontaktu se samotným seniorem a neopomíjet jeho přítomnost. Je důležité vyvarovat se neefektivních a inhibujících komunikačních technik, tedy například

technice *elderspeak*³, ⁴*overly nurturing talk, nursing speak* či ⁵*baby talk* (český ekvivalent těchto pojmů neexistuje). Při užívání uvedených technik dochází k nevědomému posilování závislosti či tvorbě izolace, které vedou ke snížení fyzických či kognitivních funkcí klienta. Pracovník by měl uplatňovat empatický nedirektivní přístup a mít osvojené komunikační dovednosti a znalosti, jako je aktivní naslouchání, podněcování, stimulace hovoru a zrcadlení, které je součástí zpětné vazby (Pokorná, 2010).

3.2 Bariéry v komunikaci se seniory

Při komunikaci s klientem mohou nastat jisté bariéry: **překážky na straně klienta**, které se projevují jeho únavou a tím způsobenou neochotou ke sdělování informací, nedůvěra v osobu poskytující péči (v následném naložení s informacemi), somatické bariéry (bolest, nedoslýchavost, porucha funkce zraku, sluchu, řeči), psychické bariéry (strach, úzkost, stres) anebo neochota ve sdělování intimních záležitostí (rodinné vztahy, sexualita, finance). Další bariéra může být **ze strany pečovatele**, který se obává hovořit o citlivých a zátěžových tématech (smrt, zdravotní stav). Dále situace, kdy se pečující osoba nechce klientovi otevřít, jelikož řeší své osobní problémy či prožívá těžké životní období, myslí na své vlastní strasti a nenaslouchá klientovi – v těchto momentech klient mnohdy ucítí, že je něco špatně a může být uzavřený. Krizovou situací může být i komunikace s klientem, který je pracovníkovi nesympatický anebo se projevuje skrze vulgarismy. Komunikovat s tímto typem klientů je obtížné, je však důležité i tak klientovi poskytnout kvalitní péči, pracovník by měl vzniklou situaci neprodleně řešit a neočekávat samovolnou změnu. Rozhovor na téma vulgarismů by měla vést osoba, jež je klientovi příjemná a respektuje ji. Vhodným způsobem je zajištění dostatečného prostoru a času, dát klientovi najevo, že ačkoliv nesouhlasíme s jeho způsobem jednání, neznamená to, že jej odmítáme jako celistvou bytost. V domácím prostředí může při rozhovoru pomoci

3 **Elderspeak** – vychází ze stereotypů nereálného hodnocení klienta, změna emocionálního tónu řeči či nonverbálních prvků především při poskytování péče mladšími osobami. Eticky nevhodná komunikace se seniory a o seniorech.

4 Styl řeči označován jako hyperprotektivní – přespříliš ochranná, úzkostná, intenzivní a přespříliš hýčkájící.

5 Používání zdrobnělin, dětských výrazů, tzv. dětská řeč (Pokorná, 2010)

osoba, ke které má klient blízko (partner, rodina, přítel). Poslední bariérou jsou **překážky na straně prostředí**, ty se vyznačují například hlukem či nevhodným chováním pečujících osob, omezením soukromí, které klient vyžaduje či absencí vhodného prostoru pro vedení rozhovoru. Problémem v komunikaci může být také **absence aktivního naslouchání**. Senioři jsou velmi citliví na projev zájmu o rozhovor, dopadem je uzavřenost, v horším případě může klient upadnout do smutku či deprese. Projevem neverbálního aktivního naslouchání je udržování očního kontaktu, mírný předklon k hovořící osobě, přikývnutí. Verbálním projevem je poté reflexe pocitů klienta či vyjádření souznění s jeho situací. Pracovník by se měl vyhnout rozhovoru na opakované téma, které je pro klienta obtěžující či nepříjemné. Pokud klient kontakt s druhou osobou odmítá, je třeba zjistit, jaké důvody ke svému jednání má, zda se jedná o následek životní změny (například stěhování), úzkost, deprese, stesk po blízkých osobách či nejistotu. Je důležité brát v potaz i povahu klienta, někteří lidé nemají přílišnou potřebu hovořit o svých pocitech a je proto nutné jeho přání a potřeby plně respektovat (Mlýnková, 2011).

Sociální změny, kterými senior prochází – změny fyzické a psychické, vytvářejí interní a externí bariéry při vzájemné komunikaci. Mezi **interní bariéry** řadíme ty, které vychází ze zdravotního stavu klienta, jeho schopností, dovedností a emočního prožívání. Příkladem může být obava z neúspěchu, negativní pocity (strach, zlost), bariéra na straně postoje (například xenofobie), nepřípravenost, fyzické nepohodlí či nemoc. **Externí bariéry** jsou poté podmíněny prostředím klienta a jeho složením. Bariéra externí může nastat v případě vyrušení další osobou, rušivým elementem komunikace je také hluk a šum, vizuální rozptylování či klientova neschopnost naslouchat dalším osobám anebo komunikační zahlcení klienta. Neméně významnou bariérou v oblasti komunikace je i výše zmíněná situace, kdy pracovník jedná s klientem, který na něj působí nepříjemným dojmem (Pokorná, 2010).

Při užití správné komunikace se seniory, kteří mají diagnostikovanou demenci (lehká, střední, těžká, terminální) je vhodné podporovat v komunikaci využitím jednotlivých technik tréninku paměti a věnovat jim zvýšenou pozornost při překonávání komunikačních bariér, které souvisí s tímto typem onemocnění. Dementní klient mívá obvykle potíže s vyjádřením a je proto nutné, aby se pracovník podvolil jeho rytmu řeči a dodal dostatečný prostor pro komunikaci. Komunikace s dementním klientem je

založena na přijetí určitého vztahu, ve kterém nelze příliš očekávat a ani od tohoto vztahu přespříliš požadovat. Chybou při komunikaci s tímto typem klientů může být i zrcadlení, díky kterému se klient i pracovník vzdálí od reality a společně hrají jakousi „hru, která nemá konce“. Rozhovor by měl být založen na určitém spolubytí, radosti ze společně stráveného času a nikoli na úmyslném získávání informací, volbě mnoha slov ani předávání množství informací. Pokud klientovi nasloucháme, vyslechneme jeho zážitky (ačkoliv mohou být nereálné) a akceptujeme jeho únik z přítomnosti, teprve poté jsme schopni mu správně porozumět (Pichaud, Thareau, 1998). Pracovník by měl dbát i na to, v jakém stadiu demence se klient nachází. Poruchy verbálního projevu i omezené schopnosti pochopení obsahu sdělení negativně ovlivňují komunikační dovednosti seniora. Ztráta schopnosti myslet v souvislosti s významem pojmů, symbolů a jejich významových hodnot vede k nepochopení sdělení ze strany klienta. Pokud senior již vůbec nekomunikuje, nachází se v terminálním stadiu nemoci a je zcela závislý na ošetrovatelské péči, je třeba brát zřetel na to, že není schopen jakékoliv verbální a mnohdy i neverbální aktivity. Senioři s tímto typem demence jsou velice vnímaví k neverbálním projevům osoby, která s nimi jedná (mimika, gesta, projev úcty, upřímnosti, tón hlasu či oční kontakt). Péče o seniory v domácí péči vyžaduje profesionální přístup, který je determinován znalostmi o bio-psycho-sociálních jedinečnostech procesu stárnutí a jejich respektování (Mojžíšová, 2019).

3.3 Zásady komunikace se seniory

Z pozice pracovníka je stěžejní vědět, jaký druh rozhovoru s klientem navážeme. Musíme znát odpověď na to, jaký je účel a cíl našeho rozhovoru. Dle uvedeného rozeznáváme rozhovory:

- 1) Vzdělávací/edukační – chceme klienta informovat (například o ošetření, pomůckách)
- 2) Za účelem ošetrovatelské anamnézy – získání informací potřebných ke stanovení problému
- 3) Podporující – klient nemá důvěru v sebe sama, potřebuje podporu a povzbuzení
- 4) Motivující – cílem je motivace klienta (například ke spolupráci)

Při počátku rozhovoru je důležité **oslovení**. Začínat hovor slovy „babi, dědo“ je neprofesionální a devalvující. Na oslovení klienta by se měl pracovník s klientem

v počátku rozhovoru společně domluvit, přání klienta je poté pro pracovníka dominantní. Pro vytvoření důvěrného vztahu je třeba svěřovat se navzájem. Pokud klient ucítí, že i pečující osoba je jen člověk se svými vlastními strastmi a radostmi a ne pouze objekt zájmu, je větší pravděpodobnost, že se při sdělování informací otevře. Pomoci může **svěření se**, vypovídání se ze svých vlastních problémů a odreagování. Je podstatné vědět, že za klienta nelze řešit veškeré záležitosti, pracovník mu může pouze dopomoci při hledání řešení jeho situace. Je proto vhodné klientovi sdělit, co vše je v našich kompetencích. **Evalvace** klienta spočívá ve zvyšování jeho sebevědomí a projevech úcty a vážnosti, kterou ke klientovi chováme. **Devalvace** oproti tomu snižuje hodnoty klienta, kdy může docházet k projevům neúcty, ponížení a nerespektování jeho důstojnosti (Mlýnková, 2011).

V souvislosti s uvedenou problematikou seniorů by měl sociální pracovník znát jednotlivé **fáze psychické odezvy**, zejména pokud pracuje s klientem trpícím závažným onemocněním. Nemocného člověka je třeba vnímat v rámci jeho sociálních vztahů, nikoliv izolovaně. Vážné onemocnění, kterým si senior prochází, nezasáhne pouze jeho samotného, ale také okruh jeho blízkých osob, kteří nesou tíhu onemocnění společně s ním. V první fázi nastává takzvaný příchod nemoci, na kterou člověk často reaguje **šokem**. Tato reakce je přirozenou odezvou na obavy, strach z bolesti či smrti, které s sebou nemoc přináší. Na fázi šoku navazuje **popření**. Člověk se mnohdy stahuje do izolace, odmítá si situaci připustit a považuje ji za omyl. Následně poté přichází fáze **agrese, období hněvu**, který nemocný člověk může obracet vůči svému nejbližšímu okolí. Je potřebné, aby pracovník, který o klienta pečuje, využil své empatie a úslužnosti, jak vůči klientovi, tak jeho rodině. Zlobě klienta i ubližování jeho okolí je potřeba porozumět a reagovat na ni na profesionální úrovni. Další fázi popisuje autor jako **fázi smlouvání**, ve které klient začíná zcela přeorganizovat svůj hodnotový žebříček. Na prvním stupni hodnot se objevuje touha po uzdravení, kdy je klient schopen pro uzdravu udělat vše, co je možné i nemožné, stanovuje si individuální cíle a upíná k nim veškeré své jednání. Po fázi smlouvání přichází **deprese**. V tomto okamžiku je potřebné, aby pracovník společně s klientem našel naději a záchytný bod, od kterého je možné se odrazit. V tomto kroku je stěžejní stanovení reálných cílů, nikoliv pouze udržování klientovi euforie. Závěrečným stádiem je **akceptace pravdy**, ta může být v podobě smíření či rezignace a zoufalství. V tomto okamžiku může být jistou pomocí zakotvení

ve víře. Žádná duchovní zkratka však nenahradí rovinu psychologickou. Důležitým úkolem blízkých osob i pracovníka je úspěšně dovést klienta do fáze smíření, nikoliv rezignace, která je brána jako osobní prohra. Všechny zmíněné fáze jsou však velmi individuální, mohou mít různou dobu trvání, opakovat se či úplně absentovat (Jankovský, 2018).

Pro zvolení správného typu komunikace se seniory je podstatné vědět, v jakém stadiu se klient nachází, zda je orientovaný, dezorientovaný, trpí mentálním či duševním onemocněním, Alzheimerovou či jinou demencí. Dle stadia klienta nejprve zjistíme, jakého druhu komunikace je schopen a díky tomuto zjištění s ním následně jednáme. Je třeba mít na paměti fakt, že vyjadřování seniora je v určitém stádiu symbolické a sociální pracovník by těmto symbolům měl rozumět. **Verbální komunikace** je užívána skrze použití slov jako symbolů a znaků k předání určité informace, myšlenky, zkušenosti či zážitku. Základními principy tohoto typu komunikace jsou denotace a konotace, které výrazně ovlivňují kódování/dekódování přenášených informací při vzájemném působení. Při verbální komunikaci je stěžejním činitelem **výběr sdělovacího prostředku**. Mezi ovlivňující faktory výběru sdělovacího prostředku patří rychlost předávání sdělení, požadavky na zpětnou vazbu, rétorický účel a osobní vliv, délka sdělení, potřeba záznamu, počet účastníků komunikace a jejich vzdálenost od komunikátora či dostupnost techniky. Při užití verbální komunikace by měl pracovník primárně komunikovat s osobou, které péči poskytuje, nikoliv s jejím doprovodem. Je nutné zajistit bezpečné prostředí, ve kterém se klient cítí jistě a mimo ohrožení. Pracovník si musí předem stanovit jasný cíl, kterého chce danou komunikací s klientem dosáhnout a na jeho základě dále postupovat. Musí přizpůsobit styl svého jednání naslouchající osobě a jejímu věku, vzdělání, slovníku ad. Pracovník při komunikaci využívá efektivní techniky, jako např. **aktivní naslouchání** a omezuje techniky neefektivní, jako např. elderspeak, profesionální žargon apod. Měl by se vyvarovat užití vágních či neurčitých slov („ehm, vlastně, jaksi“) a zařadit do svého sdělení ⁶**eufemismy**. Při komunikaci se pracovník soustředí na udržení plynulého **tempa řeči**, adekvátní volby **tónu hlasu** a snaží se vyhýbat automatizovaným

⁶ **Eufemismus** je zjemnění jazykového výrazu označujícího nepříjemnou či drsnou skutečnost. Zdůrazňuje pozitivní stránku dané skutečnosti, případně nahrazuje vulgarizmus. (Slovník cizích slov, 2005)

myšlenkám. Při nepochopení klienta požádá o **opakované vysvětlení** – nebojí se říct, že nerozumí, což slouží jako prevence domýšlení se vlastních obsahů sdělení, které by mohly spolupráci ztížit. Pracovník by měl mít na paměti, že mlčení je někdy tou nejvhodnější volbou a také fakt, že již vyřčená slova nelze vzít zpět (Pokorná, 2010). Verbální sdělení, které není v souladu s neverbálním projevem je nebezpečné a může mít destruktivní následky ve vztazích komunikujících osob.

Neverbální komunikace je často pro příjemce významnější nežli vlastní obsah komuniké. Význam neverbální komunikace je subjektivizující a klade důraz na osobní názor a pocity jedince. Veškeré neverbální projevy nelze převést do slov. Mimoslovní komunikace je vývojově starší, její existence je datována ještě před objevem řeči a můžeme ji označit jako „řeč těla“. Mezi její složky spadá tzv. **vizika** – oční kontakt, jeho délka, místa zaměření pohledu ad., **mimika** – pohyby tváře (úst, nosu, očí), **kinetika** – celkový pohyb těla (mimovolní pohyby, lokomoce), **gestika** – pohyby rukou, gesta příkazová a ukazovací, gesta pomáhající ke snížení napětí či zvládnání zátěžové situace. Dále do neverbálních projevů řadíme **haptiku**, tedy doteky/podávání rukou, které se v procesu poskytování péče staly významným zdrojem důvěry, pochopení, podpory. **Teritorialita** se zaměřuje na velikost prostoru, který si jedinec vytváří a do kterého vpustí pouze osoby, které si sám přeje. Díky **paralingvistice**, tedy síle, zbarvení a intenzitě hlasu/plynulosti řeči ovlivňuje pracovník celkový význam sdělení, stejně tak skrze svůj oděv, vůni anebo písmo. Pracovník užívající nonverbální komunikaci dbá na efektivní posouzení potřeby tohoto typu komunikace (respektuje teritorialitu, potřebu haptického kontaktu ad.), usiluje o volbu adekvátní míry neverbálních projevů řeči a mimiku u jednotlivého klienta s ohledem na jeho potřeby. Snaží se taktéž o sjednocení verbálních a neverbálních projevů řeči (tzv. kongruenci). Pracovník musí dbát na riziková gesta v interkulturním kontextu. Pokud si není jist neverbálním projevem druhé strany, je nutné si jej ověřit – prevence dohadů a subjektivizaci, které jsou mnohdy zdrojem nedorozumění (Pokorná, 2010).

V případě orientovaného klienta je zvolená komunikace často verbální. Tento typ seniorů často užívá humor a váže minulost na přítomnost pro dosažení integrity. Hlas pracovníka je při komunikaci níže položený, klidný. Při neverbální komunikaci s orientovaným klientem je užíváno různých gest a očního kontaktu. Tito klienti snadno

rozpoznají city a od cizích osob si oproti vlastní rodině dodržují odstup, často se také vyhýbají stresovým situacím. U onemocnění mentálního typu je verbální komunikace ovlivněna momentálním rozpoložením klienta, ne vždy je schopen odpovědi a naslouchání druhé osoby, často je zamlklý. S druhým člověkem mnohdy hovoří drsným hlasem. Neverbální komunikace se projevuje vyhýbání očnímu kontaktu, doteku či projevem nespoutaných citů. Při komunikaci s klienty trpící Alzheimerovou demencí je jejich verbální řeč zmatená, nerozhodná. Klienti mají nesourodé myšlenky a zapomínají. U dezorientovaných osob je při verbální komunikaci nutné připomínat čas a místo. Dezorientovaný klient často vyhledává fakta, aby druhé osobě porozuměl. Neverbální komunikace se projevuje kontrolou očního kontaktu, vyhnutí se dotekům, udržení odstupů. Jsou nedůvěřiví. Vracejí se často k dětským, citově zabarveným slovům a zvukům, které jim pomáhají oživovat minulost. Pracovníci musí city klientů poznávat, dbát na oční kontakt, dotek a vstřícný přístup. Důležitý je neverbální rytmus a zrcadlení řeči, což má za následek snížení stresu ze strany klienta. Pro dosažení správné důvěry ve vztahu klient – pracovník je nutné imitovat i neverbální vyjadřování. Příjemné zážitky a vzpomínky vnáší seniora do časů dětství, kdy byl mladý a zdravý. Tyto paměti často přináší uspokojení a stav, kdy si člověk uvědomí, co vše dokázal, jak je sebevědomý a spokojený. Takové pocity jsou důležité pro přijetí stáří a dosažení duševního klidu. Vhodným tématem rozhovoru při zhodnocení minulosti a přítomnosti klienta může být v případě vypořádání se s životními ztrátami námět nemoci, fyzické ztráty ve stáří (zrak, sluch, hmat, pohyblivost apod.) či ztrátě milovaných osob anebo domova. Pokud se klient vypořádává se vzpomínkami na minulost, můžeme s ním hovořit o tématech rodičovství, dětství, rodném místě, školní docházce, sexuálních prožitcích, smyslu života či pomoci druhým lidem. Veškerá komunikace na tyto témata je individuální a je pro ni zapotřebí vytvořit si s klientem důvěrný vztah, do ničeho jej netlačit a nenaléhat (Rheinwaldová, 1999).

4 Sociální služby

Osoby, které se nachází v nepříznivé sociální situaci vyžadují včasné poskytnutí odborné pomoci. Tuto pomoc poskytují sociální služby, které si kladou za cíl snížení sociálních a zdravotních rizik člověka. Kapitola uvádí v potaz pojem sociálních služeb a představuje důležitost kvality poskytované služby spolu s jednotlivými nástroji pro její hodnocení.

„...*Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají...*“
(Matoušek, 2007:11)

4.1 Sociální služby a jejich kvalita

Sociální služby jsou poskytovány osobám, které se potýkají se společenským znevýhodněním. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života klienta, který službu užívá. Významné je také začlenění do společnosti či ochrana okolí proti rizikovému chování klienta. V sociální službě je důležité pracovat nejen s klientem samotným, ale také s jeho okolím. Tyto služby spadají pod mnoho resortů státní správy a podřizují se několika právním normám. Práva sociální byla formulována ve 20. století, kdy se ve Všeobecné deklaraci lidských práv objevilo právo na práci, vzdělání, adekvátní pracovní podmínky, jistou životní úroveň, právo na rodinu a neméně důležité právo na systémovou ochranu při jistých sociálních událostech – tedy sociální zabezpečení. Sociální služby jsou v resortním hledisku součástí systému sociálního zabezpečení, kdy je legislativní ukotvení řadí do tzv. sociální pomoci. Tyto služby jsou poskytovány skrze **veřejnoprávní** či **soukromoprávní instituce**. Zřizovateli zmíněných služeb jsou v České republice **obce či kraje** a to v rámci své samostatné působnosti (organizační složky, příspěvkové organizace) či **Ministerstvo sociálních věcí**, především toto Ministerstvo realizuje služby jakožto specializované zřízení s celostátní působností. Financování poskytovaných služeb je zajištěno z rozpočtu těchto subjektů, buď plně anebo pouze některé její části. Dalším typem zřizovatele jsou nestátní subjekty, tedy právnické osoby, kupříkladu občanská sdružení, nadace či obecně prospěšné společnosti. Prevencí poskytování kvalitních sociálních služeb, odborné způsobilosti vykonavatelů těchto služeb nebo například vybavenosti zařízení se stala povinná registrace poskytovatelů sociálních služeb, která je řádně uzákoněna (Matoušek, 2007).

V případě sociální práce a sociálních služeb je **kvalita** určována vzájemným vztahem sociálního pracovníka a příjemcem sociální služby. Požadavek zajištění kvality se vyjma personálního zajištění služby týká také prostředí a podmínek, ve kterých je daná služba poskytována, právní úpravě vztahu mezi poskytovatelem a jejím příjemcem či průběhu sociální služby. Kvalitou nazýváme určité rysy nebo soubor vlastností konkrétního produktu, který je posuzován jeho spotřebitelem – dle jeho individuálních představ, zkušeností, přání, priorit a očekávání. Pocit nedostatku je poté ze strany spotřebitele vnímám jako neuspokojená potřeba, k jejímuž uspokojení je potřeba produkt o určité kvalitě. Je známo, že produkt, který jeho příjemce hodnotí za velice kvalitní, přináší danému příjemci maximální užitek, ačkoli zcela totožný produkt může mít pro jiného příjemce užitek nižší, či dokonce nulový. Uživatelé sociálních služeb považují za kvalitní takovou službu, která uspokojuje jejich **individuální potřeby**, a to jak **hmotné** (strava, bydlení, oděv) tak **nehmotné** (projev zájmu, zachování autonomie, začlenění do společenského života). Kvalitní sociální služba je z pohledu uživatelů dosažitelná, viditelná (uživatelé o ní vědí), finančně dostupná, obohacující a integrující do společnosti. Výrazný tlak na kvalitu služby tedy vyvíjejí sami spotřebitelé, kteří si žádají, aby jejich potřeba byla uspokojená v co největší kvalitě. Na druhé straně **poskytovatele** sociálních služeb podněcují k zájmu o kvalitu jak **důvody přímé** (vlastní snaha poskytovatele zlepšit dosavadní služby, sledování trendů v odvětví sociálních služeb, vyhovění poptávce zákazníků), tak i **důvody ovlivněné dalšími subjekty** (regulační opatření ze strany státu). Kvalita sociálních služeb je též monitorována, měřena i zkoumána ze strany externích nestátních subjektů, tedy profesních a oborových iniciativ, a to například prováděním auditů (Bednář, 2010).

Současný legislativní rámec sociálních služeb, klade **nároky a požadavky** právě na sledování kvality služeb s ambicí zprůhlednění celého systému a odvětví sociálních služeb v České republice a zrovnoprávnění jednotlivých poskytovatelů. Účelem zmíněných nároků je snaha o nastolení prostředí, které připomíná prostředí konkurenční. To se posléze stává zárukou požadované kvality sociálních služeb na základě uplatňování principu tržního mechanismu a také zárukou efektivní alokace financí ze státního rozpočtu. Pokud se zaměřujeme na poskytovatele sociálních služeb jako na nesourodou skupinu subjektů jsou Standardy kvality adekvátním prvkem nastavení stejných požadavků a možností srovnávání. Je však třeba myslet i na široký

záběr sociálních služeb a na praktickou nemožnost některé aspekty kvality sociálních služeb kvantifikovat, porovnávat. Při tvorbě systému managementu kvality sociálních služeb byly zpracovány informace a výsledky pocházející ze zdrojů, kterými jsou: obecné modely managementu kvality, odpovídající praxe a společenské poslání a zadání sociálních služeb. Přínosem zavedení managementu kvality do praxe sociální práce je zdůraznění vnímání procesu poskytování služby, jako komplexního, logického a řízeného procesu, zvýšení profesionalizace a výstižné definování požadavků na dílčí aspekty poskytování sociálních služeb. Rizikem zavedení tohoto systému však může být nepřiměřený důraz na administrativní stránku procesů u poskytovatele, které v praxi prováděním procesů neodpovídají (Kirchnerová, 2013).

4.2 Nástroje hodnocení kvality sociálních služeb

Při popisu managementu kvality v sociálních službách se mnohdy setkáváme s pojmem standard. Standard je stupeň kvality, jehož aplikace je měřitelná. Standard je také nezbytné minimum vedoucí k zajištění bezpečné a účinné praxe a jeho cílem je povzbudit poskytovatele a poskytnout podporu směrem k lepší praxi. Se zákonem o sociálních službách byla v prováděcí Vyhlášce č. 505/2006 Sb. dána poskytovatelům sociálních služeb zákonná povinnost dodržování tzv. **Standardů kvality sociálních služeb**. Vyhláška následně definuje 15 standardů, které jsou následně rozděleny do 49 kritérií. Celkově se standardy dělí do 3 okruhů – procedurální (standarty 1–8), personální (standarty 9–10) a provozní (standarty 11–15) standardy sociálních služeb. Obsah Standardů kvality je uveden v Příloze 1. Dalším nástrojem hodnocení může být **akreditace**. Matoušek (2007) definuje ve své publikaci akreditaci tak, že přidělená akreditace nastává ve chvíli, kdy bylo žádajícímu subjektu určitou organizací (vybavenou příslušnými pravomocemi) vystaveno osvědčení o naplnění požadovaných kritérií. Akreditace je v několika zemích založena na dobrovolnosti a mohou ji udělovat i stavovské organizace. Na základě získání akreditace poskytovatel legitimně získává konkrétní segment lidských zdrojů, který se stává výraznou konkurenční výhodou oproti sociálním službám poskytovaným konkurencí (úspora nákladů, kladný vliv na public relations apod.). V rámci sociální práce je dalším z nástrojů zajišťujícím kvalitu služby **udělování licence**. Jedná se o kvalifikační licenci, která se týká oprávněnosti výkonu povolání kvalifikovaného sociálního pracovníka na základě dosažení požadovaného

stupně vzdělání v příslušném oboru. Neméně důležitým nástrojem kvality služby je **vzdělávání a rozvoj sociálních pracovníků**. Tento nástroj je teoretickým předpokladem pro zajištění kvalitní sociální služby (Matoušek, 2007). Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je poskytovatel povinen zabezpečit pracovníkovi další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si vylepšuje, osvojuje a doplňuje kvalifikaci. **Supervize** je také jedním z účinných nástrojů pro zvyšování kvality a profesionality práce. Matoušek (2008) popisuje supervizi jako vzájemnou spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným, jejíž cílem je společné hledání řešení za užití vzájemné důvěry. Obsahem supervize mohou být vztahy sociálních pracovníků vůči uživatelům, tématem může být i řešení vztahů mezi jednotlivými pracovníky v organizaci. Supervize se koná při plánovaných a strukturovaných schůzkách za účasti supervizora (externí pracovník s požadovaným výcvikem) a supervidovaných (sociálních pracovníků či dalších pracovníků poskytovatele).

5 Terénní sociální služby

Terénní sociální služby jsou ve Slovníku sociálního zabezpečení Ministerstva práce a sociálních věcí uvedeny jako sociální služby poskytované terénní formou, které může uživatel využít ve své domácnosti nebo v jakémkoli jiném prostředí, kde pobývá. Práce poukazuje na obecné znaky terénních sociálních služeb a jmenuje jednotlivé služby, jež může senior v domácím prostředí užívat. Poukazuje také na výkon práce sociálního pracovníka v terénní sociální službě a uvádí jednotlivé služby poskytované v okresech Náchod a Trutnov.

Výrazným znakem terénní sociální práce je vyhledávání uživatelů sociálních služeb v jejich **přírozeném prostředí**. Terénní sociální služba je poskytovaná terénní formou, její uživatel službu využívá ve svém domácím prostředí nebo v prostředí, kde se běžně vyskytuje (tedy v jeho přírozeném sociálním prostředí). Terénní formy sociální služby jsou **sociální poradenství, služby sociální péče** (pečovatelská služba, osobní asistence) i některé služby **sociální prevence**, tedy například terénní programy (Zákon č. 108/2006 Sb.). Terénní sociální pracovník vykonává přímou práci s uživatelem služby, provádí aktivity nutné pro realizaci a rozvoj služby a aktivity ve prospěch vlastního profesního rozvoje. Základem sociální práce se seniory je poté vytvoření vzájemné důvěry, pocitu bezpečí a jistoty. Terénní sociální práce se seniory vyžaduje kvalitní profesionální přípravu a individuální předpoklady pracovníka pro to, aby mohl s klientem pracovat tak, aby mu nebylo upíráno právo rozhodovat o jeho soukromých záležitostech (Arnoldová, 2002). Terénní služby v kombinaci s domácí péčí jsou vhodným řešením pro zachování klientova soukromí. Jak bylo zmíněno, v současné době jsou nejčastěji poskytovány dva typy terénní formy služeb: pečovatelská služba a osobní asistence.

Matoušek (2007) poukazuje na výhodu terénních sociálních služeb v souvislosti s tím, že tyto služby probíhají v prostředí, které je pro klienta přirozené a služby jsou díky jejich realizaci v místě pobytu klienta snadno dostupné. Náročnost poskytování terénní služby je zejména pro terénní pracovníky, kteří musí být dostatečně flexibilní. Služby jsou financovány vícezdrojově, mezi hlavní zdroj financí patří platby klientů za poskytování této služby, příspěvky na péči a dotace ze státního rozpočtu, vedlejším zdrojem jsou finanční dary či jednotlivé granty a příspěvky (Malíková, 2011). Terénní sociální služby jsou doplňovány terénními zdravotními službami, jež poskytují ošetrovatelskou a

zdravotní péči a jsou indikovány lékařem (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014). Obě služby, tedy pečovatelská i osobní asistence, jsou poskytovány za poplatek, maximální výše služby za hodinu osobní asistence a pečovatelské služby činí 130 Kč, tato částka se liší dle skutečně spotřebovaného času. U pečovatelské služby jsou uvedeny i částky za konkrétní úkony, například za poskytnutí celodenní stravy, dovoz jídla, praní prádla ad. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §5 a §6).

5.1 Typy terénních sociálních služeb pro seniory

Cílem **pečovatelské služby** je zajištění základních životních potřeb a podpora seniora v jeho životě a v přirozeném prostředí, s důrazem na jeho individuální potřeby. Služba se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Pečovatelská služba je užívána osobami se sníženou soběstačností, které mají chronické onemocnění či zdravotní postižení, seniory a rodinami s dětmi. Tyto osoby se nachází v situaci, která vyžaduje pomoc další osoby. Pracovníci poskytují klientům pomoc při zvládnutí běžných úkonů sebezpěče, pomáhají při osobní hygieně či tvorbě podmínek pro hygienu, pomáhají při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti a při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Zákon č. 108/2006 Sb., §40, odst. 1 a 2). Pečovatelská služba je v České republice nejdéle poskytovanou terénní sociální službou, která funguje již od dob socialismu. Tento typ sociální služby je v nejvíce případech zřizován obcemi a kraji, při výjimkách skrze nestátní neziskové organizace. Pro většinu klientů služby jsou poskytovány klíčové úkony, jako je dovážka stravy či pomoc s péčí o domácnost. Štěpánková, Höschl, Vidovičová (2014) doplňují důležitý aspekt poskytování služby v potřebě sociálních kontaktů, které pro velké množství klientů – seniorů představují právě pracovníci pečovatelské služby. Ti mohou mnohdy jako jediní zabránit sociálním či zdravotním komplikacím, kterými jsou uživatelé staršího věku mnohdy vystaveni.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba není časově omezena a je prováděna v přirozeném prostředí klienta a při činnostech, které potřebuje – její součástí je i sociální poradenství. Cílem osobní asistence je umožnit klientovi vykonávat za pomoci asistenta všechny běžné činnosti života, které by dělal sám, pokud by mu v tom

nebránila zhoršená sociální či zdravotní situace (Arnoldová, 2002). Matoušek (2003) popisuje osobní asistenci jako osobní pomoc osobám se zdravotním postižením, jež zahrnuje služby, které eliminují dopady postižení člověka při všech jeho činnostech. Služby osobní asistence jsou výsledkem hnutí Independent Living (česky Nezávislý život), které proběhlo v USA ve 20. století. S jeho pomocí bojovaly osoby s postižením za změnu životních podmínek. Osobní asistence umožňuje jejím klientům žít běžným způsobem života, který se bude co nejvíce podobat životu bez postižení. Zřizovatelé služby bývají nejčastěji nestátní neziskové organizace, například občanská sdružení. Oproti pečovatelské službě probíhá osobní asistence bez časového či místního omezení, taktéž bez jasně definovaných úkolů. Výhodou je i možnost výběru konkrétního asistenta poskytující službu (Matoušek, 2003).

Mezi další typ služeb, které umožňují terénní poskytování sociální péče řadíme tísňovou péči. **Tísňová péče** je určena osobám se sníženou soběstačností v důsledku zhoršeného zdravotního stavu nebo sociálního vyloučení. V případě akutní krizové situace tyto osoby potřebují dostupnost psychologického distančního pohovoru, první laickou pomoc či zásah záchranné služby (Časopis Sociální služby, 2021). Tísňová péče je poskytována např. osaměle žijícím starším osobám s omezenou soběstačností, osobám se zdravotním postižením ad. Uživatelům služby je poskytnuto elektronické zařízení, díky kterému jsou v nepřetržitém hlasovém a elektronickém kontaktu s odborným personálem. V případě ohrožení života klienta je personál povinen zajistit či zprostředkovat uživatelům naléhavou pomoc v případě ohrožení zdravotního stavu či života (například při pádu, náhlém zhoršení zdravotního stavu apod.). Je potřeba, aby měl pracovník tísňové služby k dispozici osobní anamnézu klienta a zdravotní dokumentaci. Podstatné je znát klientův životní režim a rozumět změnám, které mohou signalizovat riziko. Pracovník má kontakty na blízké klienta, sousedy, lékaře či příslušného sociálního pracovníka (Časopis Sociální služby, 2021). Zařízení používaná k provedení této služby umožňuje uživateli snadný kontakt (i hlasový) s pracovníky služby v případě, že taková situace nastane. Pracovník služby je s uživatelem v kontaktu i při zvýšeném riziku ohrožujících situací (míru rizika pracovník vyhodnocuje dle informací o poloze zařízení, délky období bez hlasového kontaktu s klientem, údajů o biometrické zátěži ad.) Součástí služby jsou také pravidelné schůzky pracovníků s klienty nebo hlasový kontakt. Při poskytování služby jsou vždy vykonávány činnosti: poskytnutí nebo zprostředkování

neodkladné pomoci při krizové situaci, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba je poskytována za úhradu, maximální výše úhrad za vykonávání některých činností při poskytování služby je regulována vyhláškou k zákonu o sociálních službách. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

5.2 Sociální pracovník a terénní sociální služba

Sociální pracovník pomáhá službu zprostředkovat a vypomáhá osobě, která je jejím uživatelem zvolit optimální škálu služeb, které může využívat. Úkolem sociálního pracovníka je vyhledávat potencionální klienty, službu naplánovat, koordinovat a vyhodnocovat. Dominantním předpokladem výkonu sociálního pracovníka při poskytování služby je také způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost a odborná i zdravotní způsobilost. Dalším předpokladem je nutnost odborného vzdělání v oboru sociální práce, minimálně vyššího odborného. Vzdělání sociálního pracovníka není ukončeno posledním stupněm školy, jeho povinností je účastnit se akreditovaných kurzů, odborných stáží a školení. Zákon také stanovuje akreditaci vzdělávacích zařízení. To vše zajišťuje výkon sociální práce v sociálních službách na vysoké úrovni kvality (Matoušek, 2007). Významnou součástí práce sociálního pracovníka je činnost spojená s **biografií klienta**, se kterou se pracovník setkává již při prvokontaktu s klientem a jeho rodinou či blízkým okolím. Informace o domácím prostředí klienta jsou důležité pro sběr dat, se kterým bude celý tým poskytující komplexní péči nadále pracovat (Procházková, 2019). V případě **prvokontaktu** s klientem sociální pracovník domluví termín sociálního šetření v domácím prostředí žadatele či na místě, kde nejvíce pobývá. Při **sociálním šetření** jsou projednány požadavky a očekávání žadatele a je domluven rozsah poskytované služby. Dále jsou smloueny podmínky poskytování terénní sociální služby, kdy, kde a jakým způsobem se bude poskytovat, také cíle, kterých chce sociální pracovník prostřednictvím služby společně s žadatelem dosáhnout. Sociální pracovník provede záznam o sociálním šetření a navrhne kooperujícímu týmu, zda službu u žadatele zavést či nikoli. Sociální pracovník dává doporučení na základě splnění zavedených podmínek: zda je žadatel cílovou skupinou služby, zda je prokazatelná míra závislosti na pomoci druhé osoby, osoba je osamělá anebo je zde riziko, že rodina či blízcí klienta nemohou péči v dostatečném rozsahu sami zajistit (Pečovatelská služba, 2021). Sociální pracovník

následně vytváří **individuální plán služby**. Správně vytvořený individuální plán má za výsledek adekvátně nastavenou, kvalitní péči. Úlohou sociálního pracovníka je v tomto ohledu vyvážení poskytované péče tím způsobem, kdy se nezaměřuje pouze na somatickou stránku ale na psychický a sociální stav každého klienta. V plánu jsou poté stanoveny jak dlouhodobé cíle spolupráce, tak případně krátkodobé dílčí cíle. Při individuálním plánování je také stanoven klíčový pracovník, která zodpovídá za plánování a správný průběh poskytované služby. Individuální plán je pravidelně vyhodnocován a konzultován s uživatelem a klíčovým pracovníkem, dle aktuálních potřeb klienta je následně upraven. Přehodnocení individuálního plánu probíhá při změnách v péči, nejpozději však 1krát za ½ roku. Plán je přehodnocen jak sociálním pracovníkem, tak následně po konzultaci se samotným klientem či jeho rodinou/blízkými a dalšími zainteresovanými osobami (klíčový pracovník, další pracovníci služby). Sociální pracovník zodpovídá za vytvoření, hodnocení a aktualizaci plánu (Rada města Trutnova, 2017). Znalost biografie pracovníkovi pomáhá při odhalení jeho potřeb, přání – jak aktuálních, tak těch potencionálních. Nastavení spolupráce i v rámci rodiny je stěžejní pro edukační rovinu terénní sociální práce. Klientovi nejbližší musí znát procesy změn chování u klienta a jejich projevy. Pracovník poté poskytuje tzv. motivační stimuly, které klienta vedou k co největší míře soběstačnosti, dle jeho vlastních možností. Je potřebné, aby rodina chápala účel soběstačnosti, nikoliv tak, že klientovi nechceme pomoci, ale jako součást jeho individuální rehabilitace. Znalost životního příběhu klienta je v poslední době často užívána i při paliativní péči. V tomto ohledu přináší nové možnosti, inovační způsoby a poskytuje celistvý pohled na klienta-seniora jako osobnost, která se ocitla v závěru života. **Biografie v paliativní péči** pomáhá sociálnímu pracovníkovi s rozklíčením klientových přání, které se jej na sklonku života mohou dotýkat. Na základě biografických údajů je také rozpoznán důvod, proč klient reaguje na určité podněty jiným způsobem než by mohlo být očekáváno. V životním příběhu klienta pracovník nalezne informace o zvyklostech, které je možné použít při každodenní péči. Cílem práce s biografií je při konečné fázi života klienta pozitivně působit na vztahy či komunikaci. Téma smrti a umírání je náročné. Pokud však pracovník dobře zachází s životním příběhem, je zátěž tohoto tématu mnohdy ulehčena a obsah je rozdělen na

určité komunikační spektrum, které vychází z individuální biografie v kontextu s ⁷Chartou umírajících (Procházková, 2019).

5.3 Terénní sociální služby v okrese Náchod a Trutnov

V okrese Trutnov nalezneme 8 poskytovatelů terénní pečovatelské služby. Většina těchto služeb poskytuje, vyjma cílové skupiny seniorů, služby taktéž osobám s chronickým duševním onemocněním, osobám s chronickým onemocněním, osobám se zdravotním postižením, osobám s tělesným postižením a osobám se zrakovým postižením, liší se poté dle věkové kategorizace jejich klientů. Do výčtu pečovatelských služeb v okrese Trutnov spadá služba zřízená Diakonií ČCE – **středisko ve Dvoře Králové nad Labem**, jejichž klienti jsou: mladí dospělí (19–26 let), dospělí (27–64 let), mladší senioři (65–80 let) a starší senioři (nad 80 let). Služba je poskytována občanům Královedvorska s maximální možnou kapacitou 8 klientů denně. Záleží však na počtu poskytovaných úkonů, počtu pracovníků a časové či dojezdové vzdálenosti. Dále služby poskytuje Dům s pečovatelskou službou **Svoboda nad Úpou**, potencionální uživatelé služby nejsou nijak věkově limitováni. Pečovatelská služba je poskytována osobám, které mají bydliště ve Svobodě nad Úpou, Mladých Bukách, Janských Lázních, Horním Maršově, Peci pod Sněžkou, Malé Úpě s maximální možnou kapacitou 75 klientů na den. (Pečovatelská služba, 2021). Pečovatelská služba **Rtyně v Podkrkonoší** poskytuje služby klientům s vymezením věku: dospělí (27–64 let), mladší senioři (65–80 let), starší senioři (nad 80 let). Služba je poskytována v maximální možné kapacitě 60 klientů a pouze pro občany obce Rtyně v Podkrkonoší. Pečovatelská služba města **Úpice** pracuje s věkovým rozmezím klientů od 18 do 64 let věku a seniorům od 65 let. Služba je určena pro osoby s trvalým bydlištěm na území města Úpice nebo v obcích ve správním obvodu města Úpice (Havlovice, Libňatov, Maršov u Úpice, Suchovršice, Batňovice, Malé Svatoňovice, Velké Svatoňovice) s denní kapacitou 100 klientů. Dále pečovatelská služba **Vrchlabí**, která má cílovou skupinu klientů: dospělí (27–64 let), mladší senioři (65–80 let), starší senioři (nad 80 let) s kapacitou služby 132 klientů a dostupností občanům města Vrchlabí, obce Benecka a spádových obcí (Mrklův, Horní a Dolní Štěpanice, Štěpanická

⁷ Evropský dokument, Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících").

Lhota). Pečovatelské služby poskytuje město **Trutnov** s kapacitou 350 klientů a dostupností pro občany města Trutnov a okolních spádových obcí. Dále město **Žacléř**, které své služby poskytuje osobám od 19 let věku. Služba je určena občanům města s celkovou kapacitou 90 klientů (Rada města Trutnova, 2017). Další terénní pečovatelskou službou pod poskytovatelem Oblastní charity **Hostinné** jsou služby v Dolní Kalné. Terénní pečovatelská služba je zde určena seniorům a dospělým osobám bez omezení věku a je poskytnuta občanům žijícím na území obce Dolní Kalná a Slemeno, dále pak na území sousedících obcí – Horní Kalná, Čistá u Horek, Horní a Dolní Olešnice a Ždírnice (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022).

Okres Náchod má 9 poskytovatelů pečovatelských služeb. Mezi ně se řadí Oblastní charita města **Náchod** s cílovou skupinou seniorů (občanů zpravidla ve věku 60 let a výše) a osobám se zdravotním postižením. Služba je poskytována v Náchodě a okolí do vzdálenosti 15 km s okamžitou kapacitou 9 klientů. Dále **Centrum sociálních služeb Naděje Broumov** s cílovou skupinou klientů od 15 let pro občany města Broumov a obcí: Božanov, Jetřichov, Hejtmánkovice, Heřmánkovice, Hynčice, Křinice, Martínkovice, Otovice, Šonov a Vernéřovice, kapacita klientů je 70. Dalším poskytovatelem služeb je město **Česká Skalice**, které terénní službu zajišťuje klientům od 18 do 64 let věku a seniorům od 65 let výše s kapacitou služby 50 klientů pro občany žijící na území města Česká Skalice a jeho místních částí (Malá Skalice, Ratibořice, Spyta, Zájezd). Město **Hronov** poskytuje terénní pečovatelské služby klientům žijícím na území Hronova a Velkého Poříčí: dospělí (27–64 let), mladší senioři (65–80 let) a starší senioři (nad 80 let). Kapacita služby je 70 klientů. Město **Jaroměř** následně pro věkovou skupinu klientů: dospělí od 19 do 64 let – senioři od 65 let – rodiny s dítětem/děťmi do 18 let. Město **Meziměstí** poskytuje službu seniorům zejména od 65 let věku, od 18 do 64 let věku rodinám s dětmi, ve kterých se narodí současně 3 a více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí. Kapacita služby je 160 klientů a je určena především obyvatelům Jaroměře, včetně jejích městských částí – Josefov, Jezbiny, Semonice a Starý ples. Město **Police nad Metují** poskytuje své služby občanům města a občanům obcí, které jsou v Dobrovolném svazku obcí Policka, potýkají se se zdravotním postižením od 18 let a seniorům od 65 let výše, denní kapacita je 80 klientů. V poslední řadě službu poskytuje město **Teplice nad Metují** a to pro věkovou skupinu klientů dospělých osob zejména od 18 let věku a seniorům od 65 let věku. V poslední řadě služby poskytuje město **Červený Kostelec** pro

dospělé osoby od 43 let výše, a seniorům od 60 let výše. Služba je pro obyvatele Červeného Kostelce a okolních obcí v dojezdové vzdálenosti 10 km od Červeného Kostelce v rámci okresu Náchod s kapacitou 53 klientů denně (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022).

V okrese Trutnov poté poskytuje službu osobní asistence **Oblastní charita Trutnov**, kdy má kapacitu 80 klientů a je poskytnuta občanům Trutnova a přilehlých obcí. Cílovou skupinou jsou dospělí či děti, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, dále **Oblastní charita Dvůr Králové nad Labem**, kdy je cílem umožnit klientovi bydlicímu ve městě Dvůr Králové či přilehlé obci, setrvat v domácím prostředí a zapojovat se do běžného života s ohledem ke svému zdravotnímu stavu a věku. Kapacita klientů je 13 osob. V poslední řadě službu vykonává Diakonie ČCE, konkrétně pak **středisko Světlo ve Vrchlabí**. Službu poskytuje na území ORP Vrchlabí, tedy v obcích Čermná, Černý Důl, Dolní Branná, Dolní Dvůr, Dolní Kalná, Dolní Lánov, Horní Kalná, Hostinné, Klášterská Lhota, Kunčice nad Labem, Lánov, Prosečné, Rudník, Strážné, Špindlerův Mlýn a Vrchlabí s celkovou kapacitou 26 klientů (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022).

Službu osobní asistence nalezneme v okrese Náchod pod taktovkou poskytovatele **Společné cesty- z.s.** Tato služba je určena všem lidem od 4 let věku, kteří mají zdravotní omezení tělesné, smyslové nebo duševní. Je poskytována občanům města Náchod anebo přilehlých obcí, maximálně však 15 km od města Náchod. Kapacita služby je 49 klientů. Osamělým lidem pomáhá organizace nalézt cestu do společnosti ať už za povinnostmi či zábavou i přes bariéry, které zavinilo jejich zdravotní postižení. Pokud je rodina seniora mimo domov, pracovní vytížená či potřebuje nějaký čas na regeneraci svých sil, pomáhá osobní asistence s naplňováním potřeb za ni. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022).

V okrese Náchod nalezneme 2 poskytovatele služeb tísňové péče. Jedním z nich je organizace s názvem **Anděl na drátě** s okamžitou kapacitou 10 osob, provozovaná ve městě Náchod. Jejím poskytovatelem je Linnet eu s.r.o. Služba je určena pro osoby od 18 let věku, které trpí chronickým onemocněním, zdravotním postižením anebo seniorům, kteří jsou jejími výhradními klienty. Služba si klade za cíl především snižovat rizika z následků nehody seniora. Pády jsou jednou z mnoha příčin zranění seniorů a jejich

následné hospitalizace. Služba se snaží o udržení nezávislosti a samostatnosti v případě, že je klient ve svém domácím prostředí a hrozí u něj jistá rizika. SOS tísňové tlačítko eliminuje riziko nutné hospitalizace či zkracuje dobu případné hospitalizace. Anděl na drátě poskytuje také službu tísňové linky pro seniory a poradnu. Dalším poskytovatelem tísňové služby je **Oblastní charita v Červeném Kostelci**, která vede službu pro osoby se zdravotním postižením a seniory od 65 let věku, kteří žijí v Červeném Kostelci a přilehlých obcích Bohdašín, Červená Hora, Horní Radechová, Lhota u Červeného Kostelce, Olešnice, Slatina nad Úpou, Stolín, Zábrodí. Kapacita je 78 klientů. Uživatel služby dostává tzv. nouzové tlačítko, které umožňuje mít jej neustále u sebe. Přístroj je 24 hodin propojený s linkou pomoci v pečovatelské službě a taktéž s pultem centrální ochrany Městské policie. Okres Trutnov služby tísňové péče neposkytuje (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022).

Dostupnost terénních služeb je zanesena i ve **Střednědobém plánu sociálních služeb Královéhradeckého kraje pro rok 2021 až 2023**, kam okres Náchod i Trutnov spadá. Plán se zaměřuje na zvýšení dostupnosti terénní péče o seniory, kdy je jedním ze zamýšlených cílů **navýšení počtu úvazků přímé práce** v pečovatelských službách a osobních asistencích. V roce 2026 bude v síti sociálních služeb Královéhradeckého kraje podporováno alespoň 834 úvazků přímé práce. Plán tedy předpokládá s rapidním nárůstem úvazků o celých 77 %. Je potřebné posoudit případné podněty na rozšíření sítě sociálních služeb o kapacity pečovatelské služby a také uvést skladbu úvazků sociální práce v terénních službách v souvislosti s ohledem na skladbu cílové skupiny (např. osoby s demencí). Dalším cílem je **zvýšení dostupnosti pečovatelských služeb** do území obcí Královéhradeckého kraje, kdy by zajištění dostupnosti terénní pečovatelské služby obcím s jejich finančním podílem činilo 95 % obcí Královéhradeckého kraje. Plán v tomto cíli zohledňuje náklady na posílení dostupnosti služby v malých obcích či venkovských lokalitách ve vyrovnávací platbě a podporuje poskytovatele sociálních služeb při vyjednávání o rozšíření služeb do obcí za jejich finanční spoluúčasti. Dále počítá s předáváním informací o alternativních možnostech financování terénních služeb (např. svazky obcí) a poskytnutí metodické podpory. Zohledňuje také tvorbu dotačního programu na podporu mobility pečovatelských služeb. Dotace bude primárně vázána na zvýšení dostupnosti služby v nových obcích či venkovských lokalitách. Dalším cílem, který je v plánu uveden je **zajištění časové dostupnosti pečovatelské služby v rozsahu**

min. 11 hodin denně, 7 dní v týdnu. Plán si klade za cíl rozvoj dovedností a znalostí pečovatelských služeb v oblasti péče o osoby s vyšším stupněm závislosti za realizace vzdělávacích a podpůrných aktivit pro pracovníky těchto služeb. V poslední řadě je plán zaměřen i na **zvýšení dostupnosti tísňové péče**. Tísňová péče by měla být dostupná v 11 územních uzlech za užití technologie GPS. Je nutné posoudit možné podněty na rozšíření sítě sociálních služeb o výjezdní jednotky tísňové péče (Královehradecký kraj, 2020).

6 Změny terénní sociální práce se seniory v průběhu pandemie

Terénní sociální práce se seniory je jednou z těch, ve které díky vzniklé pandemii koronaviru došlo k razantním změnám. Kvůli svému vysokému věku, samotě a častým chronickým onemocněním jsou právě senioři nejohroženější skupinou obyvatel a dlouhodobá izolace značně ovlivňuje jak jejich fyzický stav, tak správnou duševní rovnováhu. Kapitola proto popisuje jednotlivé změny, kterými terénní sociální práce se seniory v průběhu pandemie nepochybně prochází.

Covid-19 je onemocnění virového původu (ve skupině RNA virů). Vir je přenášen skrze kapénkovou infekci anebo může být přenesen kontaminovanými povrchy předmětů. Příznaky onemocnění jsou různé, část osob má průběh bezpříznakový, jiní se však v průběhu nemoci mohou dostat až do kritického stavu. Mezi nejčastější příznaky spadá horečka, kašel, dušnost a ztráta čichu i chuti. Inkubační doba tohoto onemocnění se pohybuje v rámci 4-5 dní. Celkový průběh nemoci i s postupným ústupem symptomů se odhaduje na 10-14 dní (Frej, Kuchař, Kozumplík, 2020). V souvislosti s pandemií koronaviru byl skrze Pracovní skupinu Rady vlády ČR pro lidská práva zřízenou k řešení diskriminace na základě věku a ochrany práv starších osob dne 12. června 2020 vypracován dokument s názvem **Seniorské desatero (nejen) pro časy koronaviru aneb Na všech životech záleží**. Dokument vychází ze zhodnocení opatření, která byla ve vztahu k problematice seniorů přijata během pandemické krize. Listina popisuje deset obecných principů, jež by měla určovat přístup k seniorům, a to nejenom v době krize. Prvním bodem dokumentu je popis skupiny jako nehomogenní skupiny osob, kdy má tato specifická skupina individuální potřeby, názory a postoje. Jak aktivně žijícím seniorům, tak těm, kteří jsou odkázáni na pomoc jiných osob, náleží v naší společnosti nezaměnitelné místo. Druhým, neméně důležitým bodem je uvědomění, že pandemie koronaviru nedopadá pouze na seniory, ale na celou naši společnost. Zastavení této pandemie proto není odpovědností pouze jedné kategorie osob, ale společnosti jako celku. Další část dokumentu míří na opatření v důsledku podpory a ochrany seniorů, která by měla být přijímána a realizována ve spolupráci všech složek společnosti. Stěžejní úlohu přebírá veřejná moc, soukromý sektor, nevládní organizace, aktivní dobrovolníci a další zainteresované složky, opatření neopomíjí ani samotné seniory, kteří by se na rozhodování o podobě daných opatření měli sami podílet a nebýt pouze vnímáni jako

pasivní příjemci pomoci. V době pandemie je taktéž dominantní sdílet informace o povaze krize a charakteru přijatých opatření a mít jasné a spolehlivé informace o dopadech opatření na samotné seniory. Klíčová role připadá především masmédiím. V dalším bodě dokument mluví na protikrizová opatření, přijímaná na úrovni vlády, či v podnicích, léčebnách ad. Ta by měla vycházet z předem vypracovaného krizového plánu. Součástí plánu musí být brzké zajištění potřebného množství ochranných prostředků, jako například zdravotních potřeb, roušek či respirátorů. V časech krize nelze seniorům upírat přístup ke zdravotní péči a sociálním službám, či eliminovat jejich rozsah nebo kvalitu. Stěžejním bodem je také prevence proti situaci, kdy se senior dostane do dlouhodobé sociální izolace, která by mohla ohrozit jeho fyzické či duševní zdraví. Dokument poukazuje na problém institucionální péče, která by se neměla stát „pastí“ ale měla by být realizována tak, aby životy klientů usnadňovala, ne ohrožovala. V neposlední řadě je poukazováno na veškeré zdravotní výkony či sociální služby, které v průběhu krize nemohly být seniorům poskytnuty, je důležité, aby byly schopny včas poskytnout pomoc po skončení omezení souvisejících s pandemií. Listina se zabývá i ekonomickými dopady a apeluje na to, aby právě tyto negativní dopady v rámci financí neovlivnily životy seniorů drastickým způsobem. V poslední řadě je nutno dbát na mezigenerační solidaritu, její podporu a posílení (Rada vlády, 2020).

V rámci nouzového stavu, který je při takto závažné pandemii vyhlášen, je nutné přehodnotit možnou práci s klienty a více se zaměřit na jejich individuální potřeby. Nestátní nezisková organizace Sue Ryder, z. ú. provedla rozhovor s vedoucí sociální služby osobní asistence Jitkou Rychtaříkovou DiS., kde se doptávala na to, jak nouzový stav ovlivnil život klientů právě ve službě osobní asistence. Klienti služby potřebují čím dál častější dopomoc a péči druhé osoby. Většina z nich trpí různými nemocemi a zdravotními problémy, které v nouzovém stavu, jež přinesl větší samotu a pocit opuštění, hůře zvládají. Určitá část klientů využívá službu jako podporu při běžných denních činnostech, jako je společně trávený čas, čtení, vyprávění, drobný úklid, příprava jídla, nákup či procházky ve venkovním prostředí a jistá část těchto klientů tyto služby z důvodu pandemie omezila anebo zrušila úplně. Osobní asistenty tak zčásti nahradili rodinní příslušníci, a došlo tím k návratu rodinné pospolitosti, což by se dalo považovat za změnu výrazně pozitivní. Na druhé straně však rodina není schopna nahradit tuto péči dlouhodobě. Péče o seniora, zejména pokud vyžaduje pomoc či dohled při více denních

činnostech je časově i psychicky náročná, zejména pro rodiny s malými dětmi či dětmi povinnými školní docházkou, kdy se rodina musí zaobírat nejen svými rozsáhlými závazky a povinnostmi ale i povinnostmi spojenými s péčí o seniora. Druhá část klientů je na péči o svou osobu zcela závislá a bez pomoci by musela podat žádost do některého pobytového sociálního zařízení, proto je zachování služby osobní asistence pro tento typ klientů v době nouzového stavu velice žádoucí. Aktivita jako doprovod na nákup, k lékaři, vyřízení úředních či osobních záležitostí anebo doprovod ven na procházku byly zcela zrušeny. Odpovědnost za tyto činnosti byla tudíž zcela přenesena na asistenty. V rámci dalších změn, které pandemie přinesla, je přerušeno množství sociálních šetření. Došlo tak k zastavení příjmu nových klientů a čekací doba se značně prodloužila, což má za následek dlouhodobě negativní vliv na poskytování potřebných služeb. Kvalitu služby se i za těchto těžkých podmínek pracovníci snaží zachovat, nutné jsou pro to dostupné ochranné pomůcky, online setkávání pracovníků pro sdílení vzájemných zkušeností, názorů a pocitů či předávání informací a nutná jistá finanční rezerva pro udržení všech pracovníků v terénní službě, někteří pracovníci jsou v souvislosti s opatřeními spojených s pandemií nuceni mít ošetřování anebo překážky v práci (Sue Ryder, 2020). V oblastech sociálních služeb tísňové péče byly vytvořeny speciální telefonické linky, kam se mohou osamělí senioři obracet s prosbou o pomoc v souvislosti s poskytnutím potřebných informací, radou anebo pouze tužbou po vyslechnutí a podpoře volajícího po telefonu. Linky se tak staly v době pandemie důležitým pozitivním krokem působícím na lidskou psychiku. Vznikla například Linka seniorů Elpida o.p.s, která slouží jako bezplatná anonymní pomoc pro seniory, a také další osoby v krizi. Kvalifikovaní pracovníci zde poskytují volajícímu odpovídající a důvěrný prostor pro sdílení přání i pocitů, a také možnost získání kontaktů na navazující služby či instituce. Další linka je pod organizací Život 90, z.ú., která je nápomocná klientům starším 60 let v překonání těžké, životní, tíživé situace. Charita České republiky zřídila sedm krizových linek po celé republice, na které se mohou lidé obrátit a svěřit se svými obavami a úzkostmi. Nadace Krása pomoci užívá psychoterapeutickou linku Sluchátko, která je cílena do domovů pro seniory, nemocničních zařízení a na seniory žijící v domácím prostředí. V neposlední řadě poskytuje službu i organizace Anděl na drátě, z.ú. – která zprostředkovává pomoc při sociální izolaci seniora zapříčiněnou protiepidemickými opatřeními. Organizace Adra o.p.s zajišťuje skrze telefonický kontakt nezbytnou pomoc, zajištění nákupu základních

potravin a léků, ale také potřebné informace týkající se koronavirové krize (Studeníková, 2021).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo v roce 2020 **doporučený postup pro terénní práci v rámci pečovatelské služby** se seniory. V postupu je například navržený průběh práce, týkající se dotazu: „Máme klientům poskytovat terénní sociální službu péče, i když jsou v karanténě?“ Odpovědí na tuto otázku je „ano“. Poskytovatel sociálních služeb je však v první řadě povinen zajistit **bezpečnost svých zaměstnanců** – je proto důležité, aby byli pracovníci seznámeni s riziky přenosu onemocnění Covid-19, aby byli řádně proškoleni a bylo jim zajištěno dostatečné množství ochranných prostředků (například respirátory, dezinfekční gely apod.). Pokud by zaměstnavatel tyto opatření neprovedl, nelze službu klientovi poskytnout. V případě, že by nastal problém s naskladněním ochranných prostředků, je nutné oslovit příslušný kraj, obec nebo i případně okolní poskytovatele sociálních služeb s prosbou o pomoc. Základní činnosti, na které se sociální služba vztahuje jsou v případě nařízení karantény omezeny na nejnutnější minimální rozsah v souvislosti s **minimalizací rizika ohrožení života** či zdraví (dovoz stravy, nákupu, léků). Pokud by se jednalo o závažnou situaci imobilní osamělé osoby, je žádoucí, aby pracovník kontaktoval pobytové zařízení sociálních služeb, samozřejmě po předchozí dohodě s klientem. Poskytovatel služby by měl mít vytvořen písemný seznam klientů užívající službu, ve kterém je vytvořena **kategorizace klientů**, přičemž je může rozlišit na **nízkou** (klient potřebuje zajistit nákup, léky, stravu) **střední** (klient nemá dostatečný zdroj tepla, pomoc v domácnosti, životně důležité léky, osamělost, aj.) a **vysokou** (klient je závislý na vyšším rozsahu péče v oblasti hygieny, je neschopen pohybu v domácnosti, není plně orientován, trpí jiným závažným onemocněním aj.) prioritou pomoci. V případě vysokého stupně závislosti na péči druhé osoby terénní služba sociální péče osloví rodinu klienta, která může alespoň částečně saturovat potřebnou pomoc. Pokud to není možné, dalším krokem je kontaktování zřizovatele a kraj či obecní úřad obce s rozšířenou působností a pokus o umístění klienta do odlehčovací služby v pobytové formě, anebo do jiné pobytové sociální služby (MPSV, 2020).

Co se týká dalších změn v přímé práci s klienty, vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí další opatření, které pracovníkům předkládají, jak by měli při přímé

práci s klientem postupovat. Zaměřuje se na **individuální posouzení** situace klienta. Službu tedy neuzavíráme ale omezíme její poskytování konkrétnímu klientovi vykazující známky infekčního onemocnění. Pracovníci nadále provádí **depistáž v terénu**, kdy cíleně vyhledávají a kontaktují osoby ze své cílové skupiny, a monitorují situaci v lokalitách / komunitách. Poskytovatel služby taktéž stanoví **pravidla pohybu a pobytu osob** v jeho prostorách jako např. omezení vstupu osob do budovy, střídání směn pracovníků tak, aby se vzájemně nepotkávali a v případě, že má služba registrovanou terénní i ambulantní formu poskytování, preferuje se forma terénní. Zájemci o službu a klienti jsou povinni po celou dobu kontaktu se službou dodržovat pravidla v souvislosti s dostatečnou ochranou úst a nosu a dodržují od sebe bezpečné rozestupy, ke kontaktu s osobami pracovníci primárně využívají **venkovní prostředí**. Pokud takovéto prostředí situace neumožňuje, hledají kontrolované prostředí s pravidelnou dezinfekcí nebo veřejný prostor, vstup do domácnosti klienta nechávají jako poslední možnost. Multidisciplinární tým pracovníků přehodnocuje a optimalizuje navyklé procesy a pracovní postupy, v praxi pak pracovníci slučují činnosti, optimalizují jejich posloupnost ad. Důraz je kladen na **nastavení priorit potřebnosti** (nízká, střední, vysoká) dle potřeb a situace cílové skupiny – pracovníci věnují zvlášť výrazně pozornost psychickému stavu klientů a poskytují jim v případě potřeby empatickou podporu. Zaměřují se na zmírnění pocitů bezmoci, strachu, úzkosti a paniky, zvyšují pocit jistoty a bezpečí a schopnosti svou situaci řešit. Je nutné zajistit klientům bezpečí plynoucí z pandemických opatření, což zahrnuje např. ochranné pomůcky, pravidelné testování, poskytování srozumitelných informací, dostatečnou orientaci v situaci, plnění nařízených povinností a opatření, zajištění základních životních potřeb a příjmů při řešení akutní finanční krize (v tomto ohledu mohou pomoci dávky pomoci v hmotné nouzi na příslušném Úřadu práce), dále prevence ztráty bydlení a zajištění odpovídajícího místa pobytu v karanténě. Jako doplnění přímé práce s klienty je možné **poskytovat službu distančně**, a to dle epidemiologické situace (telefonicky, online), pokud se jedná o skupinové aktivity, ty jsou přeneseny do bezpečného prostředí (venkovní prostory, online), besídky, přednášky a výlety nejsou v době pandemie vůbec realizovány, popřípadě mohou být uskutečněny online. Je potřebné nastavit funkční systém předávání informací cílové skupině, což je zajištěno skrze pravidelnou přítomnost pracovníka na domluveném místě, zřízením telefonní

linky, která je v provozní době služby vždy v dispozici, dále skrze SMS notifikace, využití sociálních sítí či webových stránek nebo hlášením místního rozhlasu (ne každý klient je uživatelem PC prostředí) a také vyvěšováním informací na veřejných místech. Při dojednávání schůzky sociální pracovník zjišťuje, zda klient nebo někdo z jeho okolí vykazuje známky respiračního onemocnění a schůzky plánuje tak, aby se klienti vzájemně nepotkávali. V poslední části dbá pracovník na zajištění dostatečného prostoru pro dezinfekci a výměnu ochranných prostředků (MPSV, 2020).

Ve snaze zabránit šíření viru Covid-19 mezi seniory bylo schváleno mnoho různých restrikcí. Opatření spojená s pandemií mají jistě svá opodstatnění a jejich dodržování je z hlediska dobré budoucnosti pro nás všechny důležité, je však třeba smýšlet i trochu lidsky. Jako řešení vnímám výše zmíněnou terénní práci v kombinaci s domácí péčí – z pohledu zdravotního je pravděpodobnost, že se senior nakazí v rodině, která dodržuje všechny hygienická doporučení výrazně nižší nežli například pobyt v zařízení poskytující sociální služby a roli hraje také výše zmíněná duševní rovnováha klienta, kdy je pro seniora pobyt v domácím prostředí společně s jeho blízkými osobami příznivější nežli samota a odloučení. Stabilní psychická stránka jak klienta, tak jeho blízkých, kteří péči poskytují, je skrze poskytování terénních služeb sociálními pracovníky zachována. Sociální pracovník poskytující terénní sociální službu je vzhledem ke své odbornosti a kvalitní dostupnosti služby výrazně nápomocen.

7 Shrnutí teoretické části práce

Teoretická část diplomové práce je vypracována s dodržением logického sledu kapitol a představuje východiska pro praktickou část, na kterou plynule navazuje. Empirická část se zabývá hodnocením kvality terénních sociálních služeb pro seniory v okrese Trutnov a Náchod terénními sociálními pracovníky a popisuje, jak poskytování terénních sociálních služeb ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

Na základě studia literatury se práce věnuje pojmu senior a stáří, vymezuje typy a potřeby seniorů dle jednotlivých autorů a popisuje kvalitu života v nemoci a téma důstojnosti v této životní fázi jedince. Uvedeno je i téma významové dimenze autonomie seniorů. Dále představuje stáří jako společenský fenomén, pojmy stáří a stárnutí, kde hodnotí transformaci období stáří a s ním související změny či proces stárnutí. Zároveň také udává v pozornost problémy dnešní doby při péči o seniory v jejich domácím prostředí. Posléze uvádí specifika komunikace se seniory, věnuje se tématu komunikace sociálního pracovníka s klientem, jeho metodám a technikám a v neposlední části také bariérám a zásadám v komunikaci s klientem – seniorem. V další části se zabývá oblastí sociálních služeb a hodnocením kvality a tématem terénní sociální práce. V této části je zmíněna problematika péče o seniora v rodině, její formy a pojem „Sendvičová rodina“, který je v dnešní době často užíván. Na závěr práce shrnuje terénní sociální služby poskytované v okrese Trutnov a Náchod, kde představuje jednotlivé kapacity služeb v konkrétních oblastech a jejich dostupnost.

Vzhledem k současné situaci pandemie je práce rozšířena o kapitolu, ve které jsou uvedeny změny terénní sociální práce v průběhu pandemie Covid-19, která výkon sociální práce jako profese značně přeměnila a zasáhla. Popsány jsou jednotlivé změny a opatření při přímé práci s klienty. Tato kapitola je v práci uvedena i v souvislosti s jedním z dílčích cílů práce, jež navazuje na hlavní cíl, kterým je zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb i v průběhu pandemie Covid-19.

III. Empirická část

Na základě vymezení teoretických východisek se práce dále zabývá empirickou částí. Diplomová práce má za cíl odpovědět na dílčí výzkumné otázky a tím i na hlavní výzkumnou otázku za pomoci kvalitativního výzkumného šetření.

8.1 Hlavní cíl výzkumného šetření, dílčí cíle

Hlavním cílem diplomové práce (HVC) je **zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb**. Tento výzkumný cíl vychází z vymezení teoretických východisek, které se orientují zejména na popis a specifikaci terénní sociální práce s klientem a také metody hodnocení kvality poskytované služby. Výzkum je zaměřen na specifika komunikace terénního sociálního pracovníka s klientem, individuální plánování a hodnocení kvality služby jak se strany organizace, tak ze strany sociálních pracovníků.

Práce zjišťuje odpovědi na hlavní výzkumnou otázku pomocí 4 dílčích výzkumných cílů (DVC), které jsou dále přiblíženy 17 tazatelskými otázkami (TO).

Skrze první dílčí cíl práce (DVC1) bude zkoumán **pohled sociálních pracovníků na pozitiva a negativa poskytování terénní sociální služby**. V tomto dílčím cíli je zjišťováno, jaké výhody či nevýhody poskytování služby vnímají sociální pracovníci u svých klientů – či zda vůbec nějaké. V druhém dílčím cíli práce (DVC2) zjišťuje, **zda jsou dle sociálních pracovníků, kteří pracují v terénních sociálních službách pro seniory služby dostupné a dostatečně kvalitní**, a to v oblastech okresů Náchod a Trutnov. Tento dílčí cíl poskytuje prostor pro názory pracovníků na téma kapacity služeb, čekacích lhůt a na možné mezery v dostupnosti jednotlivých oblastí okresu. Dílčí cíl je zaměřen i na hodnocení kvality služby ze strany organizace. Následující dílčí cíl (DVC3) je zaměřen na **pohled samotných sociálních pracovníků na to, jak oni sami ovlivňují kvalitu poskytované terénní sociální služby**. Cíl se soustředí na metody a techniky komunikace sociálního pracovníka při dojednávání služby a na důležitost prvního jednání s zájemcem spolu se správně nastaveným individuálním plánem, který je stěžejní pro nastavení kvalitní služby. Uvádí také prostor pro sebereflexi evaluace ze strany

samotných pracovníků. Poslední dílčí cíl (**DVC4**) se poté zabývá problematikou terénní sociální práce se seniory spojenou s pandemií viru Covid-19. Cíl zjišťuje, **jakým konkrétním způsobem a co průběh pandemie do terénní sociální práce se seniory přináší a jakým způsobem ji ovlivňuje**. V cíli se práce doptává na pozitivní a negativní změny při poskytování péče v souvislosti s pandemickými opatřeními u seniorů ale i u samotných pracovníků.

8.2 Výzkumná strategie

Pro dosažení výzkumného cíle byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, který je založen na jednotlivých metodologických zvyklostech zkoumání sociálního problému. Výzkumník za jeho pomoci tvoří komplexní obraz, analyzuje potřebné informace a provádí bádání v přirozených podmínkách. Výzkumník vyhledává a následně zpracovává získané informace, které mu pomáhají při osvětlení tazatelských otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Proces sběru dat je dlouhodobý. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje přehledný popis místa zkoumání, citace z rozhovorů či poznámek, jež si výzkumník při terénní práci vytvořil (Hendl, 2005). Mezi výhody tohoto typu výzkumu patří získání podrobného popisu a vhledu na jedince, skupinu, událost či vybraný fenomén. Dále zkoumání tohoto jevu v přirozeném prostředí, umožnění zkoumání procesů a návrhu teorií a adekvátní reakce na místní situace či podmínky. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je riziko zkreslení výsledků samotným výzkumníkem a delší časové rozmezí, které sběr a analyzování dat vyžaduje (Reichel, 2009). Dalším negativem je fakt, že získané informace nemusí být zobecnitelné na populaci ani jiné prostředí, výsledky jsou snadno ovlivnitelné preferencemi výzkumníka a obtížné je i testovat jednotlivé teorie či hypotézy (Hendl, 2005). Kvalitativní výzkum byl zvolen zejména díky jeho pružnosti a možnostech získat nově sesbírané informace od samotných informantů, kteří budou na položené otázky odpovídat ve svém přirozeném prostředí. Je vhodné téma terénní sociální práce se seniory a jeho specifík podrobněji rozebrat, což právě kvalitativní výzkum a konkrétní zvolená technika velmi dobře umožňuje.

8.3 Technika sběru dat

Jako technika sběru dat byl pro cíl výzkumného šetření zvolen kvalitativní polostrukturovaný rozhovor, označovaný taktéž jako rozhovor pomocí návodu. Tato technika vyžaduje znalost, citlivost, koncentraci a interpersonální porozumění výzkumníka. Důležitá je také volba adekvátní délky rozhovoru. Na začátku a konci rozhovoru je třeba upozornit. Při počátku interview je vhodné prolomit psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem rozhovoru. Na konci rozhovoru by výzkumník neměl polevit, i v této části může získat důležité informace. Formulace otázek by měla být jasná, citlivá, neutrální a převážně otevřená. Způsob formulace otázky odpovídá tomu, jak bude informant odpovídat. V případě polostrukturovaného rozhovoru je nutné mít k dispozici seznam otázek, na které chceme získat odpověď. Tazatel má poté volnou ruku v tom, jakým způsobem a v jakém pořadí otázky poklade, zůstává mu i volba formulace otázek dle konkrétní situace (Hendl, 2005). Polostrukturovaný rozhovor dává tazateli příležitost vést interview přirozenou cestou. Třídění dat poté není natolik obtížné díky předem stanoveným okruhům otázek (Reichel, 2009).

8.4 Tazatelské otázky a jejich operacionalizace

V průběhu plánování výzkumu bylo sestaveno 17 tazatelských otázek. V souvislosti s tvorbou sady výzkumných otázek byly určeny indikátory, které vychází z klíčových konceptů uvedených v teoretické části práce. Z těchto indikátorů byly následně tvořeny samotné otázky do polostrukturovaného rozhovoru. Na počátku rozhovoru jsou voleny otázky informačního charakteru, které poskytují základní informace o vybraných informantech, posléze následovala sada stěžejních tazatelských otázek, které byly prokládány otázkami o zkušenostech samotných informantů jako prevence udržení klidné a vstřícné atmosféry celého rozhovoru. Díky operacionalizaci byly následně teoretické koncepty převedeny do empiricky zjistitelné podoby, tedy do výzkumného jazyka. Na základě zmíněného byla vytvořena Transformační tabulka, ve které je představen hlavní cíl empirické části, dílčí cíle spolu s cíli 2. řádu, indikátory a v neposlední řadě sada tazatelských otázek, které byly ve výzkumu využity.

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní cíl	Dílčí cíle	Dílčí cíle 2. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
<p>HVC: <i>Zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb.</i></p>	<p>DVC1: Pohled sociálních pracovníků na pozitiva a negativa poskytování terénní sociální služby.</p>	<p>DVC 1.1 Zjistit, jaká vnímají sociální pracovníci pozitiva poskytování terénní sociální služby.</p> <p>DVC 1.2 Zjistit, jaká vnímají sociální pracovníci negativa poskytování terénní sociální služby.</p>	<p>Přínosy či ztráty poskytování péče o klienta v domácím prostředí z pohledu sociálního pracovníka</p>	<p>TO1. Jaká vnímáte pozitiva při poskytování služby u klientů?</p> <p>TO2. Jaká vnímáte negativa při poskytování služby u klientů?</p>
	<p>DVC2: Zjistit, zda jsou terénní sociální služby dostatečně dostupné a kvalitní– okres Náchodsko a Trutnovsko.</p>	<p>DVC 2.1 Zjistit, v jakém rozsahu jsou služby poskytovány</p> <p>DVC 2.2 Zjistit, jak je hodnocena kvalita služby ze strany</p>	<p>Dostupnost služby</p> <p>Kapacita služby</p> <p>Hodnocení kvality ze strany organizace</p>	<p>TO3. Jak hodnotíte dostupnost pokrytí poskytované služby ve Vašem okrese a v jaké oblasti vnímáte případné mezery?</p> <p>TO4. Jak hodnotíte kapacitu poskytnutí služby u Vašich žadatelů a jaká je popřípadě průměrná čekací doba pro přijetí do Vaší služby?</p>

		organizace.		TO5. Jak konkrétně přistupuje Vaše organizace k hodnocení kvality poskytované služby?
	DVC3: Jak sami sociální pracovníci ovlivňují kvalitu poskytované terénní sociální služby.	<p>DVC 3.1 Zjistit, jak sociální pracovníci při poskytování služby s klienty komunikují.</p> <p>DVC 3.2 Jak probíhá první jednání se zájemcem a jak službu ovlivňuje.</p> <p>DVC 3.3 Zjištění průběhu individuálního plánování a jeho funkčnosti.</p> <p>DVC 3.4 Jak sociální pracovníci hodnotí svoji práci.</p>	<p>Metody a techniky komunikace</p> <p>Prvokontakt se zájemcem o službu</p> <p>Individuální plánování</p>	<p>TO6. Domníváte se, že je vhodně zvolená komunikace s klientem stěžejní pro nastavení kvalitní služby, uveďte prosím, v čem konkrétně?</p> <p>TO7. Jaké speciální komunikační techniky při práci se seniorem užíváte? Uveďte prosím situaci, ve které techniku používáte.</p> <p>TO8. V čem je pro Vás důležité první jednání se zájemcem?</p> <p>TO9. Jak dle Vás může budoucí kvalitu služby první jednání se zájemcem ovlivnit?</p> <p>TO10. Jakou úlohu má dle Vás individuální plánování ve smyslu kvality a funguje ve Vaší organizaci efektivně?</p>

				<p>TO11. Které osoby se na individuálním plánování Ve vaší organizaci podílí?</p> <p>TO12. V čem je podle Vašeho názoru zapojení rodiny/blízkých osob klienta do individuálního plánování vhodné/přínosné?</p> <p>TO13. Jakým způsobem probíhá z Vaší strany evaluace (hodnocení) poskytování služby u jednotlivých klientů?</p>
	<p>DVC4: Jak pandemie Covid-19 proměnila terénní sociální práci se seniory a jakým způsobem ovlivňuje její kvalitu.</p>	<p>DVC 4.1 Zjistit, jak se kvalita terénní sociální práce při pandemii Covid-19 změnila a co konkrétně ji ovlivňuje.</p> <p>DVC 4.2 Jak pandemie Covid-19 zasáhla samotné sociální pracovníky.</p>	<p>Pandemická opatření mající vliv na kvalitu terénní sociální práce se seniory</p> <p>Sebereflexe pracovníka v průběhu pandemie Covid-19</p>	<p>TO14. Jak se změnila kvalita poskytované péče v domácím prostředí při opatřeních souvisejících s pandemií Covid-19?</p> <p>TO15. Jaké změny v průběhu pandemie Covid-19 vnímáte při své práci sami na sobě?</p>

			Pozitivní změny pandemie na život seniora	<p>TO16. Jaká pandemická opatření dle Vás terénní sociální práci se seniory nejvíce ublížila?</p> <p>TO17. Jaké pozitivní změny přinesla do života seniorů pandemická opatření?</p>
--	--	--	---	---

Zdroj: Vlastní zpracování

8.5 Výzkumný soubor

Před zahájením samotného výzkumného šetření bylo zapotřebí zvolit výběr výzkumného souboru informantů. Tento výběr byl **záměrný**, jinak řečeno účelový. Záměrný výběr je proveden způsobem, kdy výzkumník cíleně vyhledává informanty s přihlédnutím k jejich specifickým vlastnostem. Vybráni jsou posléze ti informanti, kteří s realizací výzkumu souhlasí a také vyhovují kritériím stanoveným v počátku šetření (Mioviský, 2006).

Výzkumný soubor tvořilo **13 sociálních pracovníků** z terénních sociálních služeb působících v okresech **Náchod a Trutnov**. Konkrétně byly ve složení 6 pracovníků pečovatelské služby okresu Trutnov, 5 pracovníků pečovatelské služby okresu Náchod, 1 pracovníce osobní asistence okresu Trutnov a 1 pracovníce osobní asistence okresu Náchod. Předběžně probíhalo telefonické spojení s pracovníky pečovatelské služby, osobní asistence a tísňové péče s dotazem na budoucí spolupráci ohledně poskytnutí rozhovoru. 2 pracovníce tísňové péče se kterými byl rozhovor předem domluven bohužel na další kontakt nereagovaly. Sociální pracovníci pečovatelské služby a osobní asistence byly dále seznámeny se základními informacemi o výzkumném šetření, důvodech výzkumu a jeho přímé realizaci. Následně byly dotázány, zda s realizací souhlasí a byly ochotny poskytnout požadované informace. Po udělení souhlasu byl vzájemně domluven termín, ve kterém výzkumník dorazil na místo jejich pracoviště a kde byly

rozhovory provedeny. Před samotným zahájením byly informantky dotázány, zda souhlasí se zapisováním poskytnutých informací. Proběhla diskuze o zachování jejich anonymity, osobních údajů a pro tyto účely byl k podpisu předán informovaný souhlas pro účely diplomové práce.

Tabulka 2: Přehled informantek

Označení informantky	Věk	Typ služby	Délka praxe ve službě
SP1	37	Pečovatelská služba	10-15 let
SP2	55	Pečovatelská služba	5-10 let
SP3	45	Pečovatelská služba	2-5 let
SP4	45	Osobní asistence	2-5 let
SP5	50	Pečovatelská služba	15 a více let
SP6	30	Pečovatelská služba	2-5 let
SP7	44	Pečovatelská služba	2-5 let
SP8	50	Pečovatelská služba	15 a více let
SP9	27	Osobní asistence	5-10 let
SP10	56	Pečovatelská služba	15 a více let
SP11	46	Pečovatelská služba	15 a více let
SP12	57	Pečovatelská služba	2-5 let
SP13	39	Pečovatelská služba	10-15 let

Zdroj: Vlastní zpracování

8.6 Průběh výzkumného šetření

Po volbě techniky sběru dat, výběru informantů a telefonickém hovoru, kde byly informantky seznámeny s obsahem výzkumu, otázkami a informovaným souhlasem, proběhly samotné schůzky na půdách organizací poskytující terénní sociální služby pro seniory. Po stanovení hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů spolu s indikátory a sadou

tazatelských otázek v listopadu roku 2021 byly během měsíců prosinec a leden 2022 uskutečněny osobní schůzky se sociálními pracovníci. Rozhovory probíhaly v jejich přirozeném pracovním prostředí, vždy s jejich souhlasem. Na otázku, zda chtějí rozhovor provést na jiném místě, nikdo neodpověděl negativně. Domnívám se tedy, že se ve svém pracovním prostředí všechny cítí bezpečně a nemají problém odhalovat zde své názory a myšlenky. V prvopočátku i v průběhu všech rozhovorů jsem se snažila o vytvoření klidné, přátelské atmosféry, která informantkám pomáhala k tomu, aby se co nejvíce otevřely a cítily se bezpečně, nikoliv jako ve výslechové místnosti. Jeden rozhovor trval zhruba 40 minut, každý byl však velmi individuální a nelze jej přesně časově vymezit. Měla jsem potřebu poskytnout informantkám dostatečný prostor a zamezit tomu, aby se obávaly sdělit něco, co neodpovídá přímo na pokládané otázky, tím rozhovor dostával přátelský charakter. Odpovědi informantek byly v průběhu rozhovorů zapisovány do sešitu a následně po ukončení všech schůzek přepsány do PC verze pro lepší přehlednost.

Při rozboru získaných dat byl využit přístup s názvem **zakotvená teorie**, kdy jsou teoretické pojmy označeny jako koncepty. Teorie je tvořena prostřednictvím kategorií a vztahy mezi těmito koncepty a kategoriemi jsou formulovány tzv. tvrzeními. V zakotvené teorii se užívá kódování, které slouží k třídění, interpretaci a další práci se získanými daty. Jako první dochází ke kódování otevřenému, při kterém se tvoří základní kategorie. Na otevřené kódování navazuje kódování axiální, jehož prostřednictvím jsou odkryta propojení a vztahy mezi kategoriemi. K integraci výsledků pak dochází selektivním kódováním, kdy se opětovně analyzují data a kódy (Hendl, 2005).

8.7 Etické aspekty a rizika výzkumné strategie

Mezi rizika výzkumu spadá možná **neochota** ve sdělování informací ze strany informantek, **omezené časové možnosti** vzhledem k pracovnímu i osobnímu vyčerpání sociálních pracovníků spojených s aktuální pandemickou situací či **nepochopení pokládaných otázek** a tím možného zkreslení celého výzkumu. Do rizik výzkumné strategie však nejvíce patřila nepředvídatelná a rychle se měnící **situace ohledně pandemie Covid-19**, která mohla průběh celého výzkumu značně zkomplikovat. Organizace poskytující sociální služby musí chránit své zaměstnance eliminací setkávání pracovníků s dalšími osobami a realizace osobních schůzek byla tímto ohrožena. V prosinci a lednu 2022 byla však situace (ještě před výskytem nové varianty koronaviru)

zklidněna a šetření proběhlo pouze za užití ochranných prostředků (respirátory, nanoroušky) a dodržení bezpečného rozestupu.

Autor Reichel (2009) vymezuje **několik pravidel** užívaných při výzkumu, jako je **objektivita, citlivost, nezávislost a nestrannost** výzkumníka při provádění šetření. Výzkumník musí dbát na to, aby nezneužil citlivé údaje o informantech a zajistil bezpečné uschování získaných dat. S tím souvisí také podání informovaného souhlasu od všech zúčastněných informantů v písemné podobě, vzor použitý pro tuto diplomovou práci (viz Příloha 2) a také situací, kdy výzkumník před počátkem rozhovoru informantky ubezpečil, že jsou jejich výpovědi v rámci výzkumného šetření bezpečné a anonymní.

9 Interpretace dat

Tato část práce se věnuje analýze a interpretaci dílčích výzkumných cílů díky kódování získaných odpovědí od oslovených informantek. Jednotlivé podkapitoly interpretace empirické části jsou dílčími výzkumnými cíli celého výzkumu. Zjištěné informace jsou doplněny přímými citacemi informantek. Pro orientaci ve zjištěných oblastech bude v následujícím textu použito označení informantek vycházející z Tabulky 2, viz výše.

9.1 DVC1 Pohled sociálních pracovníků na pozitiva a negativa poskytování terénní sociální služby

Záměrem cíle je zjistit, jaké výhody a nevýhody poskytování služby u klientů – seniorů vnímají sociální pracovníci při poskytování terénní sociální služby.

9.1.1 Pozitiva poskytování sociální služby z pohledu sociálního pracovníka

TO1 byla od informantek zjišťována skrze otázku, **jaká vnímají pozitiva při poskytování služby u klientů**. Téměř ve všech případech informantky vypověděly, že největší pozitivum poskytování služby vnímají v tom, že je klientovi umožněno setrvat co nejdéle v jeho přirozeném prostředí a je mu zároveň zajištěn kontakt s druhou osobou, takto odpovědělo 12 ze 13 informantek. Výpověď SP13 potvrzuje slovy, že: *„Podporujeme soběstačnost klientů tím, že služba je nastavená individuálně jen v rozsahu, který soběstačnost podporuje. Umožňujeme klientům být co nejdéle doma, to si přejí, do pobytových služeb často nechťejí. Máme v podstatě okamžitou zpětnou vazbu – co pomáhá, co neseďí, jak se klient cítí.“* SP4 uvedla jako největší pozitivum služby ze svého pohledu zajištění pravidelného stravovacího režimu, pocit čistoty a bezpečí a také vděčnost ze strany klientů za poskytované služby.

9.1.2 Negativa poskytování sociální služby z pohledu sociálního pracovníka

TO2 cílila na **vymezení negativních vlivů při poskytování sociální služby u samotných klientů**. Zde se odpovědi informantek značně lišily. 4 informantky vypověděly, že negativa poskytování služby u klientů nikterak nevnímají. SP1 odpověděla, že jako negativum vnímá možnou budoucí závislost klienta na službě, kdy

hovořila ze své vlastní praxe. SP5 sdělila, že klienti občas službu zneužívají, ačkoliv jsou k výkonu některých úkonů dostatečně soběstační, dožadují se pomoci. SP2 dále uvedla, že negativní vliv při poskytování služby vnímá rodinné příslušníky, kteří často klienty přemlouvají, požadují výkon služby i v případě, že pečovatelská služba takovýto rozsah není schopna poskytnout a klienti pouze „přikyvuji“, důvěřují své rodině a více o poskytování služby nepřemýšlí. S tímto názorem víceméně souzní odpověď SP11, která sdělila, že *„Negativem jsou často rozdílné nároky a požadavky na službu ze strany klienta a jeho rodinných příslušníků. Negativem je i polymorbidita seniorů, která často způsobuje nepředvídatelné situace, s tím souvisí i ne vždy dobrá spolupráce mezi službou a lékařem (dlouhé objednací termíny, někdy až nezáměr o seniory).“*

9.1.3 Shrnutí DVC1

DVC1 bylo zjistit, jaká vnímají pozitiva a negativa poskytování služby u klientů sociální pracovnice poskytující terénní sociální služby. V případě informantek byl názor na tuto oblast naprosto zřejmý, drtivá většina z nich (12 ze 13) vnímá jako největší pozitivum služby možnost setrvat déle v domácím prostředí. Jedna z informantek vnímá pozitiva terénní služby v zavedení pravidelného režimu u seniorů, jako je stálý stravovací a pitný režim, zajištění pocitu bezpečí a čistoty a vděk ze strany klientů. Většina informantek se shoduje i ve sdělení, že pozitivem je i zprostředkování sociálního kontaktu s dalším člověkem, někým, komu se může senior svěřit a popovídat si.

V případě hodnocených negativ poskytování služby se názory různí. 4 ze 13 informantek nevnímají při poskytování služby ze svého pohledu žádná negativa, naopak jedna informantka sdělila, že jako negativum vnímá vybudování závislosti klienta na poskytované službě, kdy dochází k postupnému zmenšování míry soběstačnosti. Další z informantek uvedla jako nevýhodu zneužívání služby ze strany klientů, kteří službu a jednotlivé úkony vyžadují, ačkoliv by je reálně potřebovali, vynucují si poskytování úkonů, které by ve větší míře byli schopni zvládnout za pomoci svých vlastních sil a nereálně zkreslují své možnosti. Dvě z informantek se na dotaz ohledně negativ shodly v tom, že překážkou v úspěšném poskytování služby je mnohdy rodina či blízcí klientů, kteří seniory k domluvě služby přemlouvají, nutí je k vyžadování jednotlivých úkonů a se seniory manipulují, ti poté se vším souhlasí a službu vyžadují, ačkoliv by nemuseli.

9.2 DVC2 Zjistit, zda jsou dle sociálních pracovníků, kteří pracují v terénních sociálních službách pro seniory služby dostupné a kvalitní (okres Náchod a Trutnov)

Cílem je zjistit rozsah dostupnosti služby a možné oblasti, kde není služba dostatečně zajištěna. Dále se cíl zaměřuje na to, zda je služba poskytnuta všem žadatelům či jaké jsou možné čekací lhůty. Cíl se také zabývá hodnocením kvality poskytované služby ze strany organizace.

9.2.1 Dostupnost služby

TO3 byla zjišťována skrze dotaz, **zda je dle sociálních pracovníků dostupnost služby v okrese, ve kterém pracují dostatečná** a v jaké oblasti vnímají případné mezery.

Na dostupnost terénních služeb se názory informantek lišily. Několik informantek sdělilo, že služba je dle jejich názoru dostatečně dostupná, vnímají pouze nedostatečné zajištění služby v průběhu víkendů, kdy je poskytována pouze ve všední dny. SP3 doplnila odpověď o možné mezery, které vnímá v počtu pracovníků, kdy mají poskytovatelé služeb naplněné kapacity a odpovídající pracovní síly jim značně chybí. Zbylých 8 informantek není s dostupností služby zcela spokojeno. SP13 sdělila, že *„Služba nezajíždí do malých obcí, se kterými není podepsaná veřejnoprávní smlouva. Starostové malých obcí nechtějí přispívat na poskytování služby. Obyvatelé těchto obcí jsou odkázáni pouze na pomoc rodiny anebo sousedů.“* SP2 poté vnímá mezery služby zejména v horských oblastech jako je Deštné a ve vesnicích, které leží dále než 15 km od města Náchod. SP5 a SP8 poskytující služby v okrese Náchod se shodují na tom, že v mnoha lokalitách okresu chybí služby osobní asistence a není zde dostatečně zajištěna kapacita pro poskytování pečovatelské služby. SP12 uvedla jako „hluché“ místo pro poskytování terénních služeb oblast Broumovska, kde chybí zejména odlehčovací služba, kterou by mohli senioři či jejich blízcí, kteří o ně pečují v domácím prostředí také využít. SP10 následně jako mezeru při dostupnosti služeb popsala oblast, která sahá k hranicím Libereckého kraje, v této oblasti vnímá nedostatek služeb a odpovídající kvalitu, stejně tak v Hostinném.

9.2.2 Kapacita žadatelů a čekací doby

TO4 zjišťovala, **zda je skrze kapacitu terénní sociální služba poskytnuta všem žadatelům o přijetí**, a jaká je případná průměrná čekací doba pro přijetí do služby.

Odpovědi na otázku, zda je služba poskytnuta všem jejím žadatelům byly u všech informantek téměř totožné, v odpovědi, že je služba poskytnuta všem žadatelům se shodovalo 7 ze 13 informantek. SP8 vypověděla, že *„V pečovatelské službě pracuji jako terénní pečovatelka 27 let a můžu říci, že služba je poskytnuta všem žadatelům co nejdříve, pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav a dále podle jejich potřeby.“* SP13 odpověděla *„Většinou je poskytnuta vše žadatelům, pokud nastane, že kapacita je plná, čekací doba není delší než 3 měsíce v průměru.“* SP5 poté uvedla: *„Úkony pomoci při péči o vlastní osobu, při hygieně, zajištění stravy, nákupy a doprovody poskytujeme neprodleně alespoň v základním rozsahu (1x denně). U úkonů jako je velký úklid (mytí oken) máme čekací dobu i několik měsíců, odkazujeme poté klienty co nejvíc na komerční službu.“* SP9 ze služby Osobní asistence okresu Náchod vypověděla, že jejich služba má nyní dlouhé čekací doby, řádově 4-5 měsíců.

9.2.3 Hodnocení služby ze strany organizace

Kvalita služby může být neustále zlepšována a zdokonalována, k čemuž slouží i správné hodnocení poskytované služby jak se strany organizace, tak samotných sociálních pracovníků. **Na hodnocení ze strany organizace se doptávala TO5.**

Na tuto otázku odpovědělo shodně 7 pracovníků, které sdělily, že organizace rozdává jak klientům, tak pracovníkům služby takzvané hodnotící dotazníky, ve kterých se doptává na provedenou službu a na její kvalitu. Dotazník bývá ve většině organizací vyplňován 2x ročně, ne však vždy. Každá organizace tak činí dle svých vnitřních pravidel. Dotazníky jsou skrze organizaci rozdány jak klientům, jejich blízkým tak i spolupracujícím lékařům. Všechny informantky se shodly na tom, že se jejich organizace řídí vypracovanými standardy pro poskytování služby a na jejich základě poté službu následně hodnotí. SP1 doplnila tuto odpověď o sdělení, že při hodnocení služby se jejich organizace věnuje také biografii v péči o člověka, což jim pomáhá v komplexní evaluaci. SP2 uvedla, že pro hodnocení služby má organizace zajištěného odborného pracovníka, který s celým týmem službu hodnotí na základě supervize, stejně tak tomu je v případě

SP7. SP13 na tuto otázku odpověděla „*Službu organizace hodnotí podle vnitřního předpisu, který stanovuje kritéria. Hodnotíme: 1) Soulad poskytovaných služeb s veřejným závazkem 2) Spokojenost klientů se službami 3) Možnosti přístupu zájemců o službu a klientů k informacím o službě 4) Materiálně technické zázemí pro poskytovanou službu.*“

9.2.4 Shrnutí DVC2

DVC2 se věnoval zjištění, zda jsou terénní sociální služby v okresech Náchod a Trutnov dle sociálních pracovníc dostatečně dostupné, zda je služba poskytnuta všem žadatelům a jak organizace poskytující tyto služby její výkon hodnotí. 7 sociálních pracovníc se v tomto cíli shodlo na tom, že služby terénní pečovatelské služby a osobní asistence jsou ve většině případů dostupné. Některé informantky jako rizikové oblasti, na které by bylo vhodné se více zaměřit, identifikovaly oblast vedoucí k okraji Libereckého kraje, obec Hostinné a oblast Broumovsko. V těchto oblastech by dle jejich mínění bylo záhodno rozšířit poskytování terénních sociálních služeb, zvýšit kapacity pracovníků ve službě a zlepšit kvalitu poskytované služby. V okrese Náchod poté jedna z informantek vnímá mezery při poskytování jiného typu sociální služby – odlehčovací služby, která však s péčí o seniory v domácím prostředí úzce souvisí, blízcí klientů tuto službu mnohdy využívají pro získání další energie a sil pro poskytování dlouhodobé péče o seniora v domácím prostředí.

9.3 DVC3 Jak sami sociální pracovníci ovlivňují kvalitu poskytované služby

Dílčí cíl se zabývá technikami komunikace sociálního pracovníka při dojednávání služby, poukazuje na důležitost prvního jednání se zájemcem o službu a také se zabývá individuálním plánováním sociálního pracovníka s klientem. Uvádí i možnosti evaluace ze strany samotných sociálních pracovníků.

9.3.1 Komunikace s klientem

TO6 byla zaměřena na zjištění, **v čem konkrétně je dle sociálních pracovníc vhodně zvolená komunikace s klientem stěžejní pro nastavení kvalitní služby.** Zvolená komunikační strategie často bývá stěžejní pro navázání důvěrného vztahu mezi

poskytovatelem a příjemcem služby a lze ji využít jako prostředek pro zjištění veškerých potřebných informací, které pro nastavení služby považují za důležité. V této otázce došlo k naprosté shodě v odpovědích u všech informantek, SP1 až SP13 odpověděly, že správně zvolenou komunikaci považují za stěžejní bod své práce, zejména při prvokontaktu s žadatelem o službu. SP4 uvedla, že „*Komunikace je zásadně stěžejní. To, jak s klientem mluvíme, jak sledujeme, co by si přál, přímo ovlivňuje to, jak je služba dále poskytnuta.*“ SP7 tuto odpověď potvrzuje sdělením, že „*Samozřejmě je vhodně zvolená komunikace stěžejní, důležitá je zpětná vazba, zda klient pochopil, co mu můžeme nabídnout a v jakém rozsahu.*“

TO7 se poté v rámci zjištění průběhu komunikace s klienty doptávala na **konkrétní komunikační techniky, které sociální pracovníce využívají při své práci** a následně zjišťovala, **v jakých konkrétních situacích či u kterých klientů jim tato technika přináší užitek.** Jednou z komunikačních technik při práci s klienty-seniory je aktivní naslouchání, to ve své odpovědi zmínila drtivá většina informantek. SP1 uvedla, že „*Aktivní naslouchání je velmi důležité, využívá se při doprovodu klienta na procházkách i doma při běžném úklidu či osobní hygieně u ostatních pracovníků služby.*“ SP12 doplnila odpověď tak, že „*Aktivní naslouchání využívám při rozhovorech s klienty v rámci sociálních šetření, revizi a řešení problémových situací.*“ Mezi další techniky spadá užívání neverbálních projevů, jakými mohou být gesta, mimika či doteky, které používá 11 ze 13 informantek. SP4, SP5 a SP9 nezávisle na sobě uvedly, že do komunikačních technik zařazují reflexi pocitů a to jak vlastních, tak klientových, což jim pomáhá v dosažení vzájemného pochopení a vybudování důvěry. SP10 taktéž sdělila, že při reflexi pocitů obvykle získává pocit, že klient sdělení rozumí a chápe jeho význam. SP8 vypověděla, že doteky využívá u klientů, kteří jsou méně komunikativní a dochází tak ke vzájemnému kontaktu i přes jejich verbální omezení. Ačkoliv je elderspeak v teoretické části diplomové práce popisován spíše jako negativní komunikační technika, ve výzkumném šetření uvedlo 5 informantek, že právě tento styl řeči při práci s klienty využívají. SP9 popsala situaci, kdy elderspeak nejvíce používá a to zejména v případech, kdy klient trpí Alzheimerovým onemocněním anebo tehdy, pokud má výrazné sluchové omezení. 4 informantky představily techniku zrcadlení, která jim ve výkonu praxe pomáhá. Ani babytalk, komunikační technika popsána v teoretické části, ve výsledcích vý-

zkumu nechyběla, konkrétně pak v odpovědi SP6, která sdělila, že tento styl řeči využívá u klientů, kteří jsou méně orientovaní a díky dětským výrazům řeči je jejich spolupráce účinná.

9.3.2 První jednání se zájemcem o službu

TO8 se zaměřila na zjištění, **v čem je pro sociální pracovnice důležité první jednání se zájemcem**. První jednání je nezastupitelnou částí výkonu sociálního pracovníka, který v tomto kroku monitoruje základní potřeby žadatele o službu, informuje jej o procesu poskytování pomoci a následně s klientem domlouvá podrobnosti pro budoucí výkon služby. SP1 sdělila, že při prvním jednání s klientem mapuje možnosti komunikace, zdroje pomoci a navazuje v této fázi vztah mezi pracovníkem a klientem. SP13 vypověděla: *„Při prvním jednání zjistím situaci, zdroje pomoci a nastavím rozsah pomoci – při dalším šetření mám díky tomu stav při zahájení služby a mohu srovnávat jestli se klient někam posunuje a jakým způsobem je nutné službu dále přizpůsobit.“* V této otázce došlo k největší shodě v odpovědích informantek. Všechny sociální pracovnice považují první jednání s klientem za stěžejní pro nastavení kvalitní služby, kdy za jeho pomoci monitorují potřeby klienta, stanovují si cíle služby a navazují přátelský vztah, který je pro kvalitní spolupráci naprosto stěžejní. SP8 toto sdělení doplnila o fakt, že při výkonu sociální práce vždy požaduje, aby byl u prvního jednání s žadatelem přítomný i rodinný příbuzný či blízký klienta. Získává tak větší množství potřebných informací a situaci klienta má dle svého pohledu dokonale zmapovanou.

V dalším kroku bylo zjišťováno (TO9) **jak konkrétně může budoucí kvalitu služby první jednání se zájemcem ovlivnit**. Odpovědi informantek se v této části výrazně lišily. Pro mnohé je kvalita služby závislá na prvním jednání se zájemcem, několik informantek však v prvním jednání nevnímá stěžejní bod pro nastavení budoucí kvality služby. 5 ze 13 informantek sdělilo, že při nastavování kvalitní služby u prvního jednání vnímají jako zásadní bod získání informací o klientovi, které poté dále využívají. To potvrzuje sdělení SP4: *„U prvního jednání je důležité zjistit všechny informace, které jsou podstatné pro správné zjištění a nastavení péče. Také je při prvním jednání důležité zaujmout klienta a podat mu dostatečné informace ohledně sociální služby.“* SP10 vnímá kvalitní první jednání takto: *“První jednání a kvalita služby souvisí opravdu hodně. Musí se dát pozor, co zájemce potřebuje, co je schopen si udělat sám a dobře se na všech podmínkách*

společně domluvit. Pokud je služba na prvním jednání domluvena špatně, nikdy poté nebude tak dobře fungovat.“ SP8 vnímá jako stěžejní bod prvního jednání v tom, že klient získá důvěru ve službu a lépe poté s celým týmem spolupracuje, není podezřívavý a pomoc přijímá snáze, nežli klient, který již od prvopočátku službě nevěří. SP3 sdělila, že první jednání je pro ni důležité, jelikož často dochází ke špatnému zhodnocení situace a následnému poskytování takového rozsahu služby, který klient nepotřebuje a služba mu tím může i ublížit. Dochází poté ke ztrátě soběstačnosti, závislosti na službě či jejím zneužívání tak, jak bylo popsáno i ve výsledcích výzkumu, uvedených výše. SP13 dodává, že: *„První jednání může vzbudit nedůvěru, odmítání, pokud se hodně nepovede. Může však otevřít spolupráci, pokud má klient prostor, cítí respekt a vzbudím při jednání jeho důvěru.*“ Několik informantek se však s tímto sdělením neztotožňuje. Dvě informantky vypověděly, že v prvním jednání nespatřují takovou důležitost pro nastavení kvalitní služby, naproti tomu je dle nich služba správně nastavována až v jejím průběhu. SP11 uvádí, že *„Z mého pohledu kvalitu služby první jednání neovlivňuje asi nijak. Navíc poté následuje adaptační období, po kterém dochází k "ladění" poskytované služby.*“

9.3.3 Individuální plánování služby

Individuální plánování je jednou ze základních dovedností dobrého sociálního pracovníka. Na to, **zda probíhá individuální plánování v organizaci efektivně a jakou úlohu zastává ve smyslu kvality služby** se doptávala TO10.

Jako důležitý nástroj pro nastavení kvalitní služby vnímá individuální plánování 12 ze 13 informantek. Téměř všechny uvedly, že individuální plány hrají velkou úlohu při nastavení kvalitní služby a jejich efektivitu ve své organizaci vnímají jako správně nastavenou. SP10 uvedla, že: *„Individuální plánování zaujímá velkou úlohu. Na jeho základě probíhá služba kvalitně. V naší organizaci klademe velký důraz na individuální plány. Každých půl roku probíhá jejich revize a zhodnocení.*“ SP8 potvrdila důležitost individuálního plánování vyjádřením: *„Individuální plánování je důležitou součástí při poskytování kvalitní sociální služby. Snažíme se, aby individuální plánování bylo co možná nejefektivnější a aby byl individuální plán adekvátní a použitelnou pomůckou pro osobní asistenty.*“ Ne ve všech oblastech okresů, na které je výzkumné šetření zaměřeno, fungovalo individuální plánování vždy dobře. SP13 na otázku ohledně individuálního plánování sdělila: *„Individuální plánování a osobní rozhovor s klientem je cenný zdroj*

informací o službě. Při revizi získávám informace o kvalitě služby, nejenom z toho, jestli je klient spokojený a jak péči subjektivně hodnotí, ale snažím se vyhodnocovat i ve smyslu plnění veřejného závazku, naplňování standardů atd. Funguje to tímto způsobem ale poměrně krátce, v podstatě jsme skoro na začátku. V době, kdy jsem tu nepracovala, se ve službě neplánovalo vůbec.“ Negativní názor na plánování s klientem uvedla SP4, která vypověděla: „Nemyslím si, že individuální plánování je pro seniory zajímavé a přínosné. Většinu z nich to obtěžuje, protože už chtějí mít svůj klid. Individuální plán bych uplatňovala v zařízení s dětmi, které se mohou rozvíjet – v azylových domech pro matky s dětmi. V organizaci nefunguje efektivně.“

TO11 se dále zabývala otázkou, **které osoby se na individuálním plánování v organizaci**, kde sociální pracovníce působí, **podílí**. Všechny informantky shodně uvedly, že na prvním místě je základním bodem právě sociální pracovník. Ne vždy však doplnily ještě další osoby, které by byly schopny do individuálního plánu zanechat vícero informací a vyplnit tak celý tým, který je pro správné nastavení služby důležitý. SP13 uvedla, že vnímá plánování ve své organizaci efektivně a odpověď doplnila vysvětlením: „Sociální pracovník sestavuje plán, vede dokumentaci, plánuje a vyhodnocuje s uživatelem, spolu s klíčovým pracovníkem, který spolupracuje při tvorbě plánu a taktéž při vyhodnocování.“ SP6: „Na tvorbě plánu spolupracuje více lidí. Sociální pracovník, klíčový pracovník (pečovatel), samozřejmě klient a pokud klient chce, může i rodinný příslušník (který má o to zájem).“ Dle SP1 podklady pro tvorbu individuálního plánu v jejich organizaci dodávají také jednotlivé pracovníce v sociálních službách, které klientovi poskytují pomoc. Zároveň je součástí týmu také jejich vedoucí služby, což sama označila za ne vždy vídané, ale je za příspěvek vedoucího vždy ráda, vedoucí má zároveň větší přehled o službě a její vnitřní organizaci.

Při dotazování (TO12) na jejich **názory v případě zapojení blízkých osob klientů do individuálního plánování**, odpověděla většina informantek shodně. Z výpovědí vyplývá, že zapojení rodiny či blízkých osob vnímají spíše pozitivně. Společné plánování pomáhá zjistit potřeby klienta více do hloubky a pozitivum většina informantek spatřuje i ve vytyčení hranic spolupráce, kdy je jasně dáno, které úkony poskytuje terénní sociální služba a které již rodina jako pečující osoby. SP5 vnímá důležitost spolupráce s rodinou i v dalším případě, a to tehdy, když je uživatel služby omezen v komunikaci a nedokáže

se na plánu domluvit, sděluje tedy, že: „Určitě je to přínosné v případě, že uživatel nekomunikuje. Rodina je v tom případě jediná, která nám může poskytnout důležité informace.“ SP9 tento názor doplňuje o vyjádření, kdy odpověděla: „Zapojení rodiny je aktivum, pokud si to klient přeje. Přínos je ve spolupráci s rodinou, v zajištění jiných zdrojů pomoci, v posílení postoje rodiny jako pečujícího (pružné nastavení služby). U klientů s horší schopností orientace v čase může rodina pomoci s mapováním potřeb, klienta nejlépe zná, ví, co a jak má rád, co ne, zná jeho životní příběh... případně může být dobré i při definování rizik ze strany rodiny jako pečujících osob (vyhoření, týrání seniora...)“. Opačný názor na zapojení blízkých do plánování mají SP4 a SP7, které nezávisle na sobě uvedly, že: „V některých situacích je společné plánování přínosné, například pokud klient nekomunikuje, neví, co chce. Někdy má však naprosto opačný účinek, jelikož rodina zasahuje do individuálního plánování v situacích, kdy to není potřeba.“ SP7 potvrzuje slova SP4 se sdělením, že: „Není přínosné, rodina by požadovala všechny služby, které jsme schopni zajistit a klient by si přál dle svých možností nějaké úkony zvládnout sám. Jde to pomaleji, ale klient má radost, že ještě něco zvládá.“

9.3.4 Evaluace služby ze strany sociálního pracovníka

Při TO13 bylo zjišťováno **jak konkrétně probíhá evaluace služby ze strany samotných sociálních pracovníků**. 8 ze 13 informantek vypovědělo, že vykonanou službu hodnotí zejména samotným rozhovorem s klientem, dostávají tak okamžitou zpětnou vazbu a v případě nejasností či konfliktu jej mohou ihned řešit. SP2 uvedla, že: „Hodnotím skrze rozhovor s klientem i pracovníky poskytujícími službu, hlavně s klíčovým pracovníkem klienta, při každoročním přehodnocení (eventuelně i dříve, v případě změny na straně klienta).“ SP13 sdělila, že: „Doptáváme se klientů, jestli jsou spokojeni a také sami hodnotíme v týmu, zda je naše práce efektivní a zajišťuje to, co by měla.“ Několik informantek sdělilo, že provádí tzv. revizi individuálního plánu, minimálně poté jednou ročně, kdy klienta navštíví v jeho domácím prostředí a společně plán přehodnocují a aktualizují dle jeho potřeb a přání. SP7 na dotaz ohledně časového rozložení odpověděla: „Po prvních 14 dnech kdy klient službu užívá hodnotíme tzv. adaptační období, pak se přehodnocuje po 3 měsících a dále po každém uplynutém půl roce.“ 3 informantky uvedly, že jejich hodnocení probíhá i skrze dotazníkové šetření, které minimálně po 3

měsících užívání služby (některé při ukončování) rozdávají klientům i jejich rodinám a získávají tak cenné informace, které jim službu pomáhají dále zkvalitňovat.

9.3.5 Shrnutí DVC3

DVC3 zjišťoval, jak sociální pracovníce ovlivňují kvalitu poskytované služby. Z jejich pohledu byla zjištěna důležitost zvolené techniky komunikace s klientem zejména v průběhu prvního jednání se zájemcem o službu, kdy pracovníce často využívají aktivní naslouchání, neverbální komunikaci ale i techniky typu elderspeak či babytalk – především u klientů, kteří jsou demenční anebo výrazně omezeni v komunikaci. Při reflexi pocitů získávají zpětnou vazbu ohledně toho, zda jim klient rozumí a sdělení plně chápe. Dále byla vyhodnocena účinnost prvního jednání se zájemcem o službu, díky němuž sociální pracovníce dostatečně mapuje možnosti komunikace ze strany klienta, zdroje pomoci, rozsah nutné pomoci a navazuje v této fázi pokud možno důvěrný vztah, který je pro budoucí spolupráci důležitý. Dalším milníkem DC3 je význam individuálního plánování, což pracovníce vnímají jako cenný zdroj informací o poskytované službě. Při revizi plánů získávají informace o kvalitě služby a mohou s těmito informacemi dále pracovat. Zajímavé je, že 2 sociální pracovníce nerady pracují s přesně vymezeným postupem individuálního plánování a nevnímají jej jako přínosné pro klienty v seniorském věku. Plánování se jim zdá pro klienty obtěžující a málo účinné. Při zjišťování, kdo vše se na individuálním plánování podílí informantky shodně sdělily, že stěžejním bodem je spolupráce sociálního pracovníka a klíčového pracovníka včetně samotného klienta. Při zapojení blízkých osob klienta do plánování se názory liší. Několik informantek uvádí, že spolupráci s rodinou vnímají kladně v případě zajištění větší míry potřeb, jelikož rodina zná své členy nejlépe. Několik z nich však se zapojením rodiny mívá problémy, rodina vyžaduje úkony, které klient nepotřebuje a snižuje tím jeho soběstačnost. Evaluace služeb ze strany sociálních pracovníků probíhá skrze přímé rozhovory s klienty a jejich blízkými a taktéž u revizí plánů, kdy je ze strany klienta či jeho okolí poskytnuta zpětná vazba a služba je díky nim nadále zkvalitňována.

9.4 DVC4 Jak pandemie Covid-19 proměnila terénní sociální práci se seniory a jakým způsobem ovlivňuje její kvalitu

Záměrem cíle je přiblížit pohled na terénní sociální práci se seniory v průběhu pandemie Covid-19 a její možný vliv na kvalitu poskytovaných terénních sociálních služeb. Cíl je také zaměřen na to, jak pandemie ovlivnila psychickou stránku klientů i samotných terénních sociálních pracovníků.

9.4.1 Pandemická opatření a jejich vliv na kvalitu služby

TO14 zjišťovala, **jak se dle sociálních pracovníků změnila kvalita poskytované péče při opatřeních souvisejících s pandemií Covid-19.** Zajímavé je, že pouze 6 ze 13 informantek sdělilo, že změnu kvality ve službě při dodržování opatření vnímaly, zbylých 7 informantek uvedlo, že se pandemická opatření kvality jejich služeb nikterak nedotkla. SP3, která změnu kvality nevnímá, sdělila: *„Pouze nám opatření ztížila poskytování služeb v povinnosti dodržovat ochranná opatření. Víc se improvizovalo, když nastaly karantény apod. Kvalita jako taková se však nezměnila.* SP11 doplňuje výpověď o sdělení, že: *„Kvalita poskytované péče je nyní stejně kvalitní jako před pandemií, naopak nás celá situace více kolektivně semkla.“* SP12, která je opačného názoru na změnu kvality služeb uvedla, že: *„Ano změnila se. Bohužel jsme museli omezit aktivizace a delší služby. Byly poskytovány pouze úkony, které byly nejdůležitější např. nákupy, hygieny a podání jídla.“* SP13 řekla: *„Ano, musíme myslet na respirátory (často klient přes respirátor nerozumí sdělení, je zmatený), větší dodržování dezinfekce nebo ochranných prostředků a vnímáme častý strach ze strany klienta nebo jeho rodiny ohledně zanešení nákazy do domácího prostředí.“* SP5 v rámci změny kvality odpověděla: *„Omezili jsme ve službě některé činnosti (úklidy, nákupy jsme zredukovali na jednu prodejnu, doprovody jsme například nerealizovali vůbec). Odkazovali jsme na jiné možnosti vyřizování věcí, jiné zdroje. U některých klientů se to však setkalo s nesouhlasem a tím ztížené spolupráci.“*

9.4.2 Pandemická opatření a jejich vliv na sociálního pracovníka

Cílem tazatelské otázky TO15 bylo zjistit, **jaké změny v průběhu pandemie Covid-19 vnímají terénní sociální pracovníci sami na sobě.** Shodně vypovědělo 7

informantek, které uvedly, že jako největší změnu vnímají zvýšenou psychickou zátěž při výkonu své praxe a tím zapříčiněný stres, vyčerpání a pocit únavy. 2 informantky sdělily, že si od vypuknutí pandemie mnohem více uvědomily křehkost každého života i okamžiku. SP9 například sdělila: „*Vážím si od té doby každého dne a každého člověka, klienty nevyjímaje.*“ SP10 odpovídá: „*V době, kdy nebyla k dispozici odpovídající vakcína jsem měla velký strach o naše klienty.*“ SP13 však při ztížených podmínkách našla i pozitivní změny a vypověděla: „*Mám nyní schopnost pružněji reagovat na nenadálé události, které s vypuknutím pandemie nastaly. Také jsem nastavila kvalitněji pravidla v naší službě, za což jsem velmi ráda.*“ SP11 jako pozitivní změnu uvedla větší „semknutost“ celého týmu služby při spolupráci, vypověděla, že si nyní sdělují více informací, které se předtím opomíjely. 3 informantky sdělily, že se jich opatření nedotkla a při sebereflexi poskytování služeb při pandemii na sobě žádné změny nevnímají.

9.4.3 Negativní změny terénní sociální práce se seniory při pandemických opatřeních

Další tazatelská otázka (TO16) se zabírala **situacemi při pandemii Covid-19, které výkon služeb ztížily a negativně tak ovlivnily chod celého výkonu práce.** Na tuto otázku shodně odpovědělo 8 informantek, ty sdělily, že pandemická opatření měla výrazný vliv na klienty kvůli jejich izolaci od okolního světa při zákazu vzájemného navštěvování, což v případě blízkých osob, rodiny i přátel, situaci klientů značně ublížilo. SP13 uvedla, že se kvůli izolaci výrazně zhoršoval zdravotní stav klientů a docházelo k vyšší úmrtnosti. Uvádí: „*Izolace a omezení služeb, zákaz kontaktů se svými blízkými našim klientům ublížilo. Následovalo zhoršení zdravotního a psychického stavu klientů.*“ SP3: „*Vnímala jsem zhoršení psychiky klientů, až extrémní strach (omezení vycházení, TV spoty z nemocnic, klient se bál vycházet ven, pustit nás do bytu). Sekundárně se to promítlo i do oslabení týmu, když došlo k uzavřených školek a škol, což negativně zasáhlo do výkonu profese kolegyním, které musely tuto situaci řešit skrze absence v práci.*“ SP9 negativně vnímala propuknutí pandemie hlavně kvůli masmédiím, které dle ní celou situaci nesmírně komplikovaly, sdělila: „*Nejhorší byla ta mediální masírka, která způsobovala chaos a hromadné zděšení, což na naše klienty, kteří jsou velmi citově zranitelní mělo hodně negativní vliv.*“ SP6 uvedla, že kvůli omezení terénních služeb

docházelo k tomu, že měly vymezený kratší čas na poskytování služby u jednotlivých klientů, což přímou práci a její následnou kvalitu ohromně ztěžovalo.

9.4.4 Pozitivní změny pandemie Covid-19 na terénní sociální práci se seniory

Poslední tazatelská otázka (TO17) byla zaměřena na **možné pozitivní změny, které pandemie do práce s klienty vnesla**. Ačkoliv byla situace spojená s přísnými opatřeními které životy seniorů spíše komplikovaly, výzkumníka zajímalo, zda se i v těchto časech daly nalézt jisté přínosy, které službu a životy klientů služby ovlivnily v dobrém slova smyslu. Nebylo tedy žádným překvapením, že 8 informantek na tuto otázku shodně odpovědělo, že žádná pozitiva pandemie na práci se seniory nevnímají a ke změnám dle nich nedošlo. 2 informantky však sdělily, že přínosem pandemie do života jejich klientů je vyšší zájem o moderní komunikační technologie a jejich užívání v každodenním životě. SP2 odpověděla: „*Pozitivní změnu vnímám v tom, že se většina klientů učí PC nebo užívají videohovory na mobilních telefonech a dle mého názoru si více váží služby a osobních asistentů jako takových.*“, SP4 tuto odpověď doplňuje sdělením: „*Klienti více využívají technologie – telefony, tablety. Naučili se využívat e-recept a omezují návštěvy lékaře, které dříve probíhaly v souvislosti s myšlenkami "půjdu tam jen tak, už jsem tam dlouho nebyl"*, což může mít pozitivní dopady i na poskytovanou lékařskou péči, která byla před touto změnou výrazně zahlcena neopodstatněnými návštěvami seniorů a tím způsobenými frontami v čekárnách praktických ale i odborných lékařů. 2 informantky také uvedly, že vnímají pozitivní změny ze strany rodiny, která je nyní více soudržná a vzájemně si vypomáhá při běžných denních záležitostech, než tomu bylo dříve.

9.4.5 Shrnutí DVC4

DVC4 se orientoval na zjištění, jak pandemie Covid-19 proměnila terénní sociální práci se seniory a jakým způsobem ovlivnila její kvalitu. V první části byly informantky dotazovány, zda pandemie ovlivnila kvalitu poskytované služby. Několik informantek vypovědělo, že služba dokázala zajistit stejnou kvalitu jako před vypuknutím pandemie. Zbytek informantek však vypověděl, že se služby výrazně změnily. Byly omezeny časové možnosti u jednotlivých klientů, zrušeny aktivizační činnosti a doprovody k lékaři či na nákup. Při nošení respirátorů a dalších ochranných pomůcek byla práce méně komfortní, klienti skrze nasazené respirátory mnohdy nerozumí sdělení druhé osoby, jsou ze situace

zmatení a vyděšení. Oni i jejich rodiny se také často báli zanešení nákazy a v některých případech taktéž odmítali vpustit terénní pracovníky do svých domovů, což způsobilo neposkytnutí potřebné služby. Následně se cíl zabýval tím, zda při pandemii zpozorovaly sociální pracovníce změny samy na sobě. Bylo zjištěno, že vyšší míra potřebné administrativy, nemocnost v celém týmu a strach o sebe i své blízké vyústil ve vyčerpání, stres a vysokou míru únavy pracovníků. Jako pozitivní změnu však vnímaly větší soudržnost rodin, které si začaly vypomáhat a jedna z informantek také sdělila, že je nyní schopna lépe reagovat na neobvyklé situace a je více flexibilní v jejich následném řešení. Dále se cíl zabýval tím, jaké vnímají sociální pracovníci pozitivní či negativní změny na terénní sociální práci. Při poskytování služeb v době pandemie a striktním dodržování opatření docházelo k vyšší míře smrtelnosti a zhoršení zdravotního stavu klientů v důsledku jejich izolace od okolního světa. Návštěvy byly po nějakou dobu úplně zakázány a klienti nemohli své pocity a přání sdílet s dalšími osobami, díky čemuž často upadali do depresí. Dvě informantky jako značné negativum vnímaly i masmédiá, které celou situaci komplikovala a namísto poskytování adekvátních informací šířila strach a velké napětí. Jelikož je pro mnohé klienty televizní médium jediným možným spojením s okolním světem, docházelo k velkému chaosu, zděšení a demotivaci při spolupráci s terénními službami. Z celé situace však vzešly i pozitivní dopady, jako je například vyšší užívání moderních komunikačních technologií jako jsou PC, telefony, notebooky a kontakt s okolním světem skrze videohovory a větší zájem o dění ve společnosti. Některé z rodin se dle sociálních pracovníků také více semkly a vzájemně si poskytují vyšší míru podpory.

10 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Vzhledem k výše uvedenému bylo odpovězeno na hlavní výzkumnou otázku: **Jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb?** Odpověď na výzkumnou část otázky je vzhledem k odpovědím na jednotlivé dílčí výzkumné cíle následující. **Sociální pracovníci vnímají poskytování terénních sociálních služeb u seniorů výrazně pozitivně. Senior je schopen déle setrvat ve svém domácím prostředí, je mu zajištěn pravidelný stravovací, pitný režim a jako stěžejní bod hodnotí fakt, že jsou terénní služby schopny zajistit zprostředkování sociálního kontaktu s druhou osobou, který senior mnohdy výrazně ocení a takový kontakt mu dlouhodobě pomáhá při socializaci a udržení jeho stávajících zvyků.**

Terénní služby pečovatelských služeb a osobní asistence nejsou zcela dostupné. Ačkoliv jsou ve většině oblastí poskytnuty téměř všem žadatelům, ne všude je poskytnutí terénních sociálních služeb vůbec možné. V některých oblastech okresu Trutnov je při naplnění kapacity možná čekací lhůta, která obvykle bývá splněna do 3 měsíců, v oblasti Náchodska je záhodno zaměřit se na širší poskytování služeb, zde jsou aktuálně delší čekací doby, řádově 4-5 měsíců. V souvislosti s kvalitou je stěžejním bodem služby pokrýt ji na co nejvíce místech uvedených okresů. **Dle sociálních pracovníků je výrazným problémem situace, kdy služby nejsou poskytovány přes víkend. Službu v těchto dnech musí zajistit rodina či blízké osoby klientů, což mnohdy nelze snadno vyřešit (klient je opuštěný, nikoho nemá, rodina je pracovně vytížená anebo bydlí daleko). Dle výpovědí informantek je záhodno zaměřit se na zvýšení kapacit pracovníků ve službě tak, aby byla možnost poskytnout službu každému žadateli bez čekacích lhůt.**

Na základě provedeného výzkumu byl identifikován problém při užívání služeb v malých obcích okresů Trutnov i Náchod, kde nastávají problémy při financování služeb a jejímu odmítní ze strany odpovídajících činitelů. V těchto obcích jsou senioři odkázáni na pomoc rodiny anebo sousedů, což není dobré řešení, jelikož se nelehká situace jednoho člověka v okamžiku stane obtížnou situací mnoha dalších osob. Dalšími mezerami v oblasti dostatečné dostupnosti terénních služeb byly skrze

informantky identifikovány horské oblasti jako je Deštné, vesnice ležící dále než 15 km od města Náchod a také oblast Broumova či oblast u Libereckého kraje a Hostinné.

Sociální pracovníce dále identifikovaly velice malé zajištění odlehčovací služby, kterou vnímají jako velmi potřebnou a taktéž související s péčí o seniora v domácím prostředí. Péče o člověka v takovém prostředí je psychicky a fyzicky náročná, odlehčovací služby jsou schopny zajistit péči o seniora a zároveň dodávají pečujícím osobám prostor pro nabrání sil a energie pro další poskytování péče. Jejich zajištění v okresech Náchod i Trutnov je však dle sociálních pracovníc téměř tristní. Dodržení odpovídající kvality služby lze dodržet i při přímém dojednávání služby. Sociální pracovníce při prvním jednání se zájemcem užívají speciální komunikační techniky, díky nimž dostávají od klientů či jejich blízkých osob vyšší míru informací, které nadále využijí při plánování služby. Zjišťují situaci klienta, možné zdroje pomoci a nastavují zde rozsah pomoci. K nastavení celistvé služby slouží také důležitý nástroj sociálního pracovníka – individuální plány, které nejenom sociálním pracovníkům ale i pracovníkům v přímé péči pomáhají zajistit dostatečně kvalitní a komplexní službu. Hodnocení služeb je stěžejní pro dodržení nastavené kvality služby a jejímu možnému zlepšení, většina sociálních pracovníc vnímá pozitivně i zapojení blízkých osob klienta do individuálních plánů.

Z odpovědí informantek vyplývá, že jejich organizace posuzuje kvalitu služby skrze hodnotící dotazníky, které rozdává jak pracovníkům, tak klientům a následně skrze ně službu evaluuje. Neméně důležitou součástí je dodržování zavedených Standardů kvality pro poskytování služeb, díky kterým je služba v průběhu roku taktéž hodnocena. V některých organizacích efektivně funguje supervize s odborným pracovníkem, který celý tým vede a zajišťuje tak nestrannost při hodnocení služeb. Samy sociální pracovníce hodnotí kvalitu své služby zejména prostřednictvím přímých rozhovorů s klienty či jejich blízkými, užívají revize individuálních plánů anebo službu hodnotí skrze vlastní dotazníkové šetření. Kvalitu služby ze získaných odpovědí vnímá většina sociálních pracovníc jako správně nastavenou, metody jejího hodnocení v drtivé většině organizací fungují

efektivně a díky nim je služba nadále zkvalitňována a dostávají tak zpětnou vazbu pro výkon své budoucí praxe.

Při pandemii Covid-19 byla kvalita terénních služeb v souvislosti s dodržováním opatření mírně zasažena, většina organizací se však s tímto problémem dokázala vypořádat a zajistila tak poskytování služeb v co největším možném rozsahu, ačkoliv docházelo ke komunikačním omezením v souvislosti s dodržováním ochranných pomůcek, menším časovým možností u jednotlivých klientů a jejich značné izolaci. Sociální pracovníci se musely potýkat se zátěžovými situacemi a tím způsobeným vyčerpáním. S virem se však většina z nás naučila postupně žít, pandemická opatření se zmírňují a dochází k rozvolňování a postupnému návratu do běžného života, což přináší světlé obzory i pro terénní sociální práci. Pandemie přinesla i pozitivní dopady, a to při užívání komunikačních technologií seniory, jejich většímu zájmu o dění ve společnosti a co je nejvíce důležité, chtě nechtě přinesla obrovskou soudržnost rodin, která je stěžejní pro to, aby byl senior ve svém domácím prostředí šťastný a spokojený.

Doporučení pro praxi terénních sociálních pracovníků

Při prvním jednání se zájemcem o službu je vhodné zaměřit se na volbu adekvátní komunikační techniky tak, aby klient veškerým sdělením porozuměl a snížilo se tak riziko možné dehonestace a snižování soběstačnosti klienta ze strany rodiny, blízkých osob ale i samotných terénních pracovníků. Komunikaci považují pracovníci za stěžejní při poskytování kvalitní služby, ovšem, jak bylo zjištěno ve výzkumném šetření, někdy využívají nevhodných komunikačních technik, jako např. elderspeak či babytalk. Na základě těchto zjištění se tedy utváří doporučení pro management organizací zaměstnávajících terénní sociální pracovníci tak, aby zajišťoval pravidelné a kvalitní odborné vzdělávání svých zaměstnanců v oblasti komunikace s klienty.

Při individuálním plánování je důležité zajistit funkci celého týmu, který se seniorem pracuje, toto plánování funguje jako ověřovací prvek celého procesu. Představuje, zda je nastavená dosavadní spolupráce vyhovující pro všechny strany a je dostatečně kvalitně hodnocena.

Je nutno více monitorovat hluchá místa, kde jsou terénní služby poskytovány. Pokud sociální pracovníci takové místo objeví je nutno o něm informovat odpovídající pracovníky, kteří by měli zajistit dostatečnou dostupnost služeb v rámci celého okresu, ne pouze jeho hlavních částí a velkých měst.

Je vhodné zaměřit se na spolupráci s malými obcemi a jejich vedením, informovat je o důležitosti terénních služeb pro seniory a snížit tak zátěž pečujících osob i sousedů při péči o potencionální klienty sociálních služeb se záměrem udržet seniory v jejich domácím prostředí a zajistit jim komplexní péči. V malých obcích žije velký podíl lidí v seniorském věku, vedení těchto obcí nepřispívá na pomoc svým starším občanům a ti jsou tak odkázáni pouze na pomoc rodiny, přátel či sousedů. Sociální pracovníci reflektují nedostatek služeb v některých lokalitách kraje. Nejedná se jen o pečovatelské služby, ale i o služby osobní asistence, kde je čekací doba nejdelší, a s domácí péčí úzce souvisejí také odlehčovací služby, které pracovníci vnímají jako výrazně nedostačující. Kraj by měl mít zájem o zajištění služeb všem svým občanům, tedy i těm, kterým služby nejsou dostupné z důvodu odlehle lokality bydliště. Kraj má podporovat poskytovatele sociálních služeb a finančně pomáhat malým obcím. Ve Střednědobém plánu pro období 2021-2023 se počítá se zvyšováním dostupnosti služeb, navýšením kapacity zaměstnanců i finanční pomocí, jak zmiňují v podkapitole 5.3 Terénní sociální služby v okrese Náchod a Trutnov v teoretické části práce. Na přelomu roku 2021 a 2022, kdy byl sběr dat realizován, vnímají stále sociální pracovníci mezery a ne zcela dostatečné pokrytí poskytování terénních služeb pro seniory.

Pandemie Covid-19 ve většině případů negativně ovlivnila psychiku sociálních pracovníků. Několik informantek muselo čelit vyšší míře stresu než obvykle, což negativně ovlivnilo jejich psychickou stránku. Zaměstnavatelé by tedy nyní měli klást větší důraz na duševní hygienu svých zaměstnanců. Služba může být dostatečně kvalitní pouze tehdy, pokud za ní stojí spokojený zaměstnanec se stabilní a vyváženou psychickou stránkou.

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak kvalita terénních sociálních služeb pro seniory ovlivňuje jejich uživatele z pohledu sociálního pracovníka a jak sami sociální pracovníci vnímají kvalitu těchto služeb. Při stanovení tématu této diplomové práce hrála roli i má vlastní praxe sociální pracovnice. Paradoxem však je, že se má praxe zabývá seniory v pobytových sociálních zařízeních, které však s terénními službami dennodenně spolupracuje. Při mé praxi, více než kdy jindy, vnímám důležitost domácího prostředí pro každého seniora, který do našeho zařízení nastupuje. Často bývá tato změna velmi zásadní a mnozí z nich se s ní nedokáží nikdy vyrovnat. Zajištění terénních služeb pro udržení seniora v jeho domácím prostředí by mělo být v zájmu nás všech. Mým záměrem bylo zjistit, zda jsou již poskytované služby v okrese Náchod a Trutnov, kde působím, dostatečně kvalitní a tím pádem i účinné. Výzkum byl proto obrácen k sociálním pracovníkům, kteří terénní sociální služby seniorům poskytují a mají tak odpovídající přehled o tom, jak jsou služby kvalitní, dostupné a zda se jejich kvalita posléze adekvátně hodnotí. Pro výzkumné šetření byl využit kvalitativní typ výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, což se v závěru celé výzkumné části ukázalo jako správná volba a požadovaného cíle bylo díky přímým rozhovorům se sociálními pracovníci dosaženo. Oporou pro výzkumnou část mé diplomové práce bylo ukotvení základních pojmů a stěžejních oblastí v teoretické části. Těmito stěžejními pojmy jsou myšleny kapitoly teoretické části diplomové práce zabývající se potřebami seniorů, kvalitou života ve stáří, péčí o seniora v domácím prostředí, výčtem terénních sociálních služeb v okrese Náchod a Trutnov, metodami hodnocení kvality služeb, terénní sociální práci se seniory v průběhu pandemie Covid-19 a specifiky komunikace sociálního pracovníka s daným typem klientů. Domnívám se, že výzkum poukázal na důležitost pozice sociálního pracovníka jako nezaměnitelného člena týmu, jež poskytuje služby seniorům v jejich domácím prostředí. Sociální pracovník zaujímá důležitý post při prvním jednání se zájemcem, volí vhodné komunikační techniky tak, aby o klientových potřebách a přáních zjistil co nejvíce informací. Společně s dalšími členy týmu, klientem a mnohdy i jeho blízkými sestavuje individuální plán, který svojí kvalitou ovlivňuje přímou práci a skrze jeho revizi je služba hodnocena a nadále zkvalitňována. Sociální pracovník je prostředníkem mezi klientem a jeho rodinou, společně nastavují budoucí hranice při

poskytování služby. Často dochází k situacím, kdy rodina nevědomky vyžaduje poskytování veškerých úkonů terénních služeb a snižuje tím soběstačnost seniora, která je však velmi zásadní pro jeho budoucí setrvání v domácím prostředí. Sociální pracovník je tedy jakýmsi základním kamenem pro stanovení balancu mezi požadavky klienta a jeho okolí či přímými potřebami. Na hlavní výzkumnou otázku bylo v textu odpovězeno jak skrze shrnutí jednotlivých dílčích výzkumných cílů při závěru každé kapitoly, tak celkovým závěrem výzkumného šetření. Za důležité zjištění považuji odpovědnost sociálních pracovníků, kteří při vyjednávání služby hledají veškeré možnosti pro zjištění co největšího množství potřeb a přání klienta, spolupracují s rodinnými příslušníky a lékaři, při prvním jednání se zájemcem se snaží o co nejvyšší nastavení kvalitní služby a hojně využívají individuální plány, což bohužel není samozřejmost, jak mohu potvrdit ze své vlastní praxe. Za výrazné zjištění také považuji možné mezery u terénních sociálních služeb, tedy nutnost zvýšení počtu pracovníků v organizacích, připomínku toho, jak nedostatečně jsou zajištěné odlehčovací služby a také zmínku o jednotlivých oblastech okresů Náchod a Trutnov, kde nejsou terénní služby zcela zajištěny a bylo by tedy na místě je řešit a služby zde dostatečně a kvalitně zajistit pro další potencionální uživatele.

Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, A. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-175-0.

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. 2021. *Časopis Sociální služby*. Ročník XXIII. Říjen 2021. Str. 16-26.

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. 2021. *Časopis Sociální služby*. Ročník XXIII. Srpen-září 2021. Str. 14-16.

BBC WORKLIFE. *Why the 'sandwich generation' is so stressed*. BBC – Homepage [online]. 2022. BBC. [1.3.2022]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/worklife/article/20210128-why-the-sandwich-generation-is-so-stressed-out>

BEDNÁŘ, M. *Kvalita nejsou jen standardy kvality sociálních služeb*. 2010. [online]. Olomouc. [10.1.2022]. Dostupné na: http://www.litomysl.cz/php/documents/konference_soc_pece_2011/prezentace/mgr_ma_rtin_bednar_ph_d__reditel_caritas_-_vyssi_odborna_skola_socialni_olomouc-ppt

CDZ. RIAPS Trutnov – Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb. 2022. [online]. Trutnov. [9.2.2022]. Dostupné z: <https://www.riaps.cz/cdz/telefonicka-krizova-linka.html>

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČSÚ. *Zařízení sociálních služeb v roce 2018*. 2018. [online]. Praha. [9.2.2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/zarizeni-socialnich-sluzeb-v-roce-2018.html>

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

FREJ, D., KUCHAR J., KOZUMPLÍK, M. *Svět přírodních antivirotik: prevence a terapie pomocí domácích prostředků*. Praha: Eminent, 2020. ISBN 978-80-7281-557-9.

GRUSS, P., ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLOSKO, J. M., FEIT, M. D. 2004. *Social Work Practice with the Elderly*. Toronto: Canadian Scholars' Press. ISBN 1-55130-233.0.

JAK PANDEMIE OVLIVNILA ŽIVOT V OSOBNÍ ASISTENCI, CO VZALA I PŘINESLA. 2020. [online]. Praha 4 – Michle. [21.2.2022]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/rozhovor-s-jitkou-rychtarikovou-jak-pandemie-ovlivnila-zivot-v-osobni-asistenci-co-vzala-i-prinesla>

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAUFMANOVÁ, P. 2004. *Pohled seniorů na pečovatelskou službu*. In Sociální práce. Brno: ASVSP.

KIRCHNEROVÁ, E. *Management kvality v sociálních službách*. Brno, 2013. 118 s. Magisterská diplomová práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociálních studií.

KRÁLOVEHRADECKÝ KRAJ. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Královehradeckého kraje na období 2021-2023. 2020. Královehradecký kraj. [online]. [4.2.2022]. Dostupné z: [Strednedoby-plan-socialnich-sluzeb-2021-az-2023_revize-2.pdf](https://www.kralovehradecky.cz/Strednedoby-plan-socialnich-sluzeb-2021-az-2023_revize-2.pdf) (kralovehradecky.cz)

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MPSV. 2007. *Standardy kvality sociálních služeb*. Průvodce [online]. Praha: MPSV. [30.3.2022]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- MPSV. 2020. *Stanoviska a doporučené postupy*. Průvodce [online]. Praha: MPSV. [9.2.2022]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/stanoviska-a-doporucene-postupy>
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MOJŽÍŠOVÁ, A., ed. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-761-3.
- MOLEK, J. *Řízení organizací sociální práce: vybrané problémy z oblasti marketingu a managementu*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-732-3.
- NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. Sociální studia. Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000, roč. 2000, č. 5, s. 127-163. ISSN 1212-365X.
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.
- PEČOVATELSKÁ SLUŽBA. 2021. *Dům s pečovatelskou službou Svoboda nad Úpou*. [online]. Svoboda nad Úpou. [24.2.2022]. Dostupné z: http://www.musvoboda.cz/attachments/026_Informace%20pro%20z%C3%A1jemce%20o%20pe%C4%8Dovatelskou%20slu%C5%BEbu.pdf

- PICHAUD, C., THAREAU, I.. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložila KOZLÍKOVÁ, Abigail. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
- RADA MĚSTA TRUTNOVA. 2017. *Pečovatelská služba Trutnov* [online]. Trutnov. [24.2.2022]. Dostupné z: <http://www.pecsoluzba-tu.cz/dokumenty>
- REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. 2022. [online]. [4.2.2022]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1644423312367_4
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- Slovník cizích slov. Vyd. 2. Praha: Baronet, 2005, 366 s. ISBN 80-7214-797-8.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- STUDENÍKOVÁ, I. *Život seniorů v domě protiepidemických opatření*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Olomouc, 2021.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 2014. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

TETER, M. *5 Benefits of Home Care for Seniors*. 2021. [online]. United States. [20.3.2022]. Dostupné z <https://www.agingcare.com/articles/benefits-of-hiring-home-care-for-an-older-adult-182771.htm>

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1995. Praha: Grada Publishing, s.r.o., ISBN 978-80-7169-099-6.

VLÁDA ČR. 2022. *Seniorské desatero*. [online]. Praha. [4.2.2022]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/Pro_zakladni_prava_a_predchazeni_diskriminaci/Seniorske-Desatero.pdf

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.

VOSEČKOVÁ, A. *Kapitoly z gerontologie pro studenty sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-309-3.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

ZITA, J., TRUHLÁŘOVÁ, Z., KAPPL, M., ed. *Sociální poradenství jako druh pomoci: sborník příspěvků* [z kolokvia konaného dne 5.12.2002 v Hradci Králové. Hradec Králové: Gaudeamus. Texty k sociální práci (Gaudeamus). ISBN 80-7041-809.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka.....60

Tabulka 2: Přehled informantek.....64

Seznam příloh

Příloha 1: Standardy kvality sociálních služeb

Příloha 2: Informovaný souhlas pro účely diplomové práce

Příloha 3: Přepis rozhovoru (Informantka SP13)

Příloha 1: Standardy kvality sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;
- c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;
- d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla ne pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby

2. Ochrana práv osob

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;
- c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;
- e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
- c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele
- c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;
- d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium

- a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat
- b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;
- c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;
- b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.
- c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje
- d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje
- e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální

Kritérium

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

13. Prostředí a podmínky

Kritérium

- a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
- b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
- b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
- c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací

Plnění kritéria uvedeného v písmenu

- b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;
- d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Zdroj: (MPSV, 2007)

Příloha 2: Informovaný souhlas pro účely diplomové práce

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce

Téma diplomové práce: Terénní sociální práce a její specifika při práci se seniory

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumné části diplomové práce Bc. Sabiny Fuchsové s názvem Terénní sociální práce a její specifika při práci se seniory.
- Bylo mi sděleno, jakým způsobem bude rozhovor probíhat. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů odmítnout účast na výzkumu.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby Bc. Sabina Fuchsová použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce a některé části v ní možno citovat.

Datum:

Podpis informanta:

Podpis výzkumníka:

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 3: Přepis rozhovoru (Informantka SP13)

Autorka: „Dobrý den, ještě jednou bych Vám ráda poděkovala za ochotu při poskytnutí tohoto rozhovoru. Jen pro zopakování bych ráda dodala, že má práce je zaměřena na terénní sociální práci se seniory v okresech Náchod a Trutnov, na práci samotného sociálního pracovníka a také na hodnocení kvality poskytované služby.“

SP13: „Dobrý den, ráda rozhovor poskytnu a sdělím, co bude v mých silách.“

Autorka: „Chtěla bych se Vás nejprve zeptat, jaká vnímáte pozitiva při poskytování Vaší služby u klientů – seniorů?“

SP13: „Podporujeme samostatnost klientů tím, že služba je nastavená individuálně jen v rozsahu, který soběstačnost podporuje. Umožňujeme klientům "být co nejdéle doma", to si přejí, do pobytových služeb často vůbec nechtějí, domácí prostředí je pro ně na prvním místě. Máme zároveň okamžitou zpětnou vazbu – co pomáhá, co neseď, jak se klient cítí.“

Autorka: „Pobyt doma je nejenom pro seniory určitě důležitý a je fajn, že se snažíte soběstačnost uchovat, ne ji nahradit péčí druhé osoby. Vnímáte třeba i nějaká negativa při poskytování služby?“

SP13: „Někteří klienti jsou sebestřední a vyloženě mimo realitu – chtěli by službu nejlépe zadarmo, na vše si stěžují a jsou nevděční. Člověk si to ale musí srovnat sám v sobě a uvědomit si, proč tu práci dělá.“

Autorka: „To děláte dobře, ne každý je za pomoc druhého vděčný a skromný, to je pravda, vidím to i u nás v práci. Další moje otázka je, zda je podle Vás pokrytí služby ve Vašem okrese dostatečně dostupné?“

SP13: „Bohužel mi to tak nepříjde...“

Autorka: „A v jaké oblasti ty mezery vnímáte, v čem to spočívá?“

SP13: „Pečovatelská služba nezajíždí do malých obcí, se kterými není podepsaná veřejnoprávní smlouva. Starostové malých obcí poté nechtějí přispívat na poskytování této služby. Obyvatelé jsou potom odkázáni pouze na pomoc rodiny

nebo sousedů, což v dlouhodobém hledisku nikdy nedělá dobrotu, rodina je vyčerpaná a sousedé naštvaní.“

Autorka: „Je služba poskytnuta všem žadatelům?“

SP13: „Většinou je poskytnuta všem, pokud nastane, že je kapacita naplněná, musí vyčkat, není to však pravidlem.“

Autorka: „Jak dlouhé jsou poté čekací doby?“

SP13: „Čekací doba není nikdy delší než 3 měsíce v průměru.“

Autorka: „Jak konkrétně přistupuje Vaše organizace k hodnocení kvality poskytované služby?“

SP13: „Řídíme se podle vnitřního předpisu, který stanovuje určitá kritéria. Hodnotíme: 1) Soulad poskytovaných služeb s veřejným závazkem 2) Spokojenost klientů se službami 3) Možnosti přístupu zájemců o službu a klientů k informacím o službě 4) Materiálně technické zázemí pro poskytovanou službu.“

Autorka: „Moje práce se zabývá i techniky komunikace se seniory. Je podle Vás vhodně zvolená komunikace s klientem stěžejní pro nastavení kvalitní služby?“

SP13: „Určitě ano, také klademe velký důraz na komunikaci s neformálními pečujícími – s rodinami, blízkými, sousedy.“

Autorka: „A používáte při své práci nějaké speciální komunikační techniky?“

SP13: „Vždy při prvním jednání užívám aktivní naslouchání, u klientů to vzbudí důvěru a vytvořím si tak s nimi přátelský vztah. U dementních klientů praktikuji i neverbální komunikaci skrze doteky, mimiku apod.“

Autorka: „Vybavíte si nějaký příklad z praxe, kdy techniky používáte?“

SP13: „Při dojednávání služby anebo revizi individuálního plánu sleduji, jak se klient projevuje, pokud není schopen samostatně komunikovat – vnímám jeho

projevy, držení těla, mimiku. I když je klient nekomunikující, promlouvám k němu skrze jednoduchá sdělení tak, aby byl schopen mi porozumět co nejvíce.“

Autorka: „Je pro Vás důležité to první jednání se zájemcem?“

SP13: „Sto procentně. Zjistím si tak situaci, zdroje pomoci a nastavím rozsah potřebné pomoci – při dalším šetření mám díky tomu stav při zahájení služby a mohu srovnávat jestli se klient někam posunuje a jakým způsobem je nutné službu přizpůsobit.“

Autorka: „A může podle Vás budoucí kvalitu služby první jednání se zájemcem nějak ovlivnit?“

SP13: „Myslím, že ano. Může vzbudit nedůvěru, odmítání. Hlavně, pokud se první jednání hodně nepovede. Může ale i otevřít spolupráci, pokud má klient prostor, cítí respekt a vzbudím při tomto jednání jeho důvěru.“

Autorka: „Jakou úlohu má podle Vás individuální plánování ve smyslu kvality?“

SP13: „Plánování a osobní rozhovor s klientem je cenný zdroj informací. Při revizi plánů potom získávám informace o kvalitě služby, nejenom z toho, jestli je klient spokojený a jak péči subjektivně hodnotí, ale snažím se vyhodnocovat i ve smyslu plnění veřejného závazku, naplňování standardů atd.

Autorka: „A funguje ve Vaší organizaci efektivně?“

SP13: „Funguje to tímto způsobem bez problémů ale poměrně krátce, v podstatě jsme skoro na začátku. V době, kdy jsem tu nepracovala, se ve službě neplánovalo vůbec.“

Autorka: „Kdo vše se na individuálním plánování ve vaší organizaci podílí?“

SP13: „Sociální pracovník, ten sestavuje plán, vede dokumentaci, plánuje a vyhodnocuje s uživatelem plus klíčový pracovník, který spolupracuje při tvorbě plánu a při vyhodnocování.“

Autorka: „Myslíte, že je dobré zapojit i rodinu do tohoto plánování? Je zapojení blízkých osob klienta do individuálního plánování přínosné?“

SP13: „V některých situacích je určitě přínosné. Pokud klient nekomunikuje, neví, co chce, nedokáže vyjádřit své potřeby. Bohužel ale někdy rodina zasahuje do individuálního plánování až přespříliš a není to potřeba, pouze tím nastavenou spoluprací maří.“

Autorka: „Jakým způsobem probíhá hodnocení služby z Vaší strany u jednotlivých klientů?“

SP13: „My sami se doptáváme každého klienta, jestli je spokojený a také sami hodnotíme v týmu, zda je naše práce efektivní a zajišťuje to, co by měla, máme pravidelná sezení v týmu.“

Autorka: „Ráda bych se zeptala, změnila se u Vás nějakým způsobem kvalita poskytované péče při opatřeních souvisejících s pandemií Covid-19? Pokud ano, jak konkrétně?“

SP13: „Ano, musíme myslet na respirátory, větší dodržování dezinfekce nebo ochranných prostředků jako jsou respirátory, přes které klienti mnohdy vůbec nerozumí, což bývá složité. Rodina nebo klienti jsou byli i vyděšení z toho, že jim domů přineseme nákazu, službu mnohdy odmítali anebo vykonávali péči za nás, ne vždy však dostatečně dobře.“

Autorka: „Rozumím, zejména u dementních klientů je užívání respirátorů vážně těžké, mají z nich strach a nevědí, co se děje. A zaznamenala jste v průběhu pandemie Covid-19 nějaké změny při práci i sama na sobě?“

SP13: „Kupodivu mě jako první napadá věc pozitivní a to, že si uvědomuju získání schopnosti pružněji reagovat na nenadálé události. Nastavila jsem také o něco líp pravidla ve službě. Současně teda negativně vnímám změny v tom, že mě tyto situace víc "otravují" a někdy mám pocit, že už řeším jen a jen ty neobvyklé situace.“

Autorka: „Ublížila nějaká pandemická opatření podle Vás té situaci klientů?“

SP13: „Určitě izolace a omezení služeb a kontaktů se svými blízkými. Poté vždycky přicházelo zhoršení zdravotního a psychického stavu klientů, docházelo k vyšší smrtelnosti.“

Autorka: „Oproti tomu, přinesla pandemie do života seniorů i nějaké pozitivní změny?“

SP13: „No upřímně, z mého pohledu a praxe ani ne.“

Autorka: „Tohle byla má poslední otázka. Pokud Vás nenapadá něco, co byste mi ještě chtěla sdělit či doplnit, rozhovor bych tímto ukončila. Uvědomuji si, že to bylo časově náročné, a proto Vám ještě jednou moc děkuji za Váš čas. Mějte hezký zbytek dne, na shledanou.“

SP2: „I já děkuju a mějte se hezky. Na shledanou.“