



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Epidemie SARS-CoV-2 a její vliv na sociální služby
v Jihočeském kraji**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Sociální práce

Autor: Ing. Naděžda Boušková

Vedoucí práce: PhDr. Martina Hrušková, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Epidemie SARS-CoV-2 a její vliv na sociální služby v Jihočeském kraji jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 4. 2022

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Martině Hruškové, Ph.D., za ochotu ujmout se vedení této práce, za trpělivost a cenné rady, které mi poskytovala při jejím vypracování. Rovněž děkuji všem komunikačním partnerům za jejich pomoc při výzkumném šetření. Dík patří i mé rodině a blízkým, kteří se svojí podporou na práci nepřímo podíleli.

Epidemie SARS-CoV-2 a její vliv na sociální služby v Jihočeském kraji

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem pandemie SARS-CoV-2 v užším smyslu a zaměřuje se na zásahy a změny, které s sebou pandemie přinesla do prostředí sociálních služeb a kterým museli pracovníci v přímé péči čelit. Cílem práce je podrobná analýza těchto změn a jejich dopadů. K uskutečnění této analýzy byla použita kvalitativní metoda výzkumu za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Data z jednotlivých rozhovorů byla poté vyhodnocena a formou otevřeného kódování seskupena do devíti kategorií. Výzkum uskutečnění v rámci předkládané bakalářské práce potvrdil, že pandemie SARS-CoV-2 měla zásadní dopad na profesní i osobní život pracovníků v přímé péči. Pracovníci se museli vypořádat s fyzicky náročnou situací, ale zejména pak s konstantním stresem a neustálou obavou o zdraví své, svých blízkých, ale i uživatelů. Stěžejní význam bakalářské práce představuje především skutečnost, že analyzována byla skupina obyvatel, která v bezprecedentní situaci pečovala o nejvíce zranitelné osoby, a byla tak vystavena většímu tlaku. Výsledky bakalářské práce mohou být použity pro další výzkum, a to především v oblasti dopadů stresové zátěže na psychiku pracovníků, zejména z toho důvodu, že vysoké pracovní zatížení a dlouhotrvající stres si může začít vybírat svou daň v následujících týdnech a měsících. Výsledky předkládané práce mohou být zároveň stimulem a motivací pro zaměstnavatele v oboru sociálních služeb připravit pro pracovníky v přímé péči patřičné programy, které by jim pomohly s fyzickou i psychickou regenerací.

Klíčová slova

pandemie; SARS-CoV-2; COVID-19; stres; psychika; sociální služby; pracovník přímé péče; uživatel

The SARS-CoV-2 Epidemic and its impact on social services in the South Bohemian Region

Abstract

This bachelor thesis deals with the SARS-CoV-2 pandemic and encroachments and changes, that the pandemic caused in the social services and which the workers in the social services had to face. The main aim of this thesis is to analyze these changes and their impact on the workers in the field of social services. To conduct such analysis, qualitative method of research using half-structured interviews was applied. All data collected during individual interviews were then assessed and divided into 9 categories. The conducted research proved, that the SARS-CoV-2 pandemic had two major impacts on the professional and private lives of the employees working in the social services. The workers had to deal with physically demanding situations, but especially with constant stress and permanent fear for the health of their own, their relatives and friends, and also of the recipients. The main significance of this thesis lies especially in the fact, that the object of analysis was a social group taking care of the most vulnerable people in these unprecedented times. The outcomes of the thesis may contribute to further research in the field of stress load on the psyche of employees, especially long-lasting work and stress load may take its toll in the following weeks and months. The outcomes may also become a stimulus for employers in social services to prepare programmes to help the employees with physical and psychological regeneration.

Key words

pandemic; SARS-CoV-2; COVID-19; stress; psyche; social services; workers in social services; recipients of social services

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická východiska	8
1.1 Péče o seniory v ČR.....	8
1.1.2 Situace v poskytování sociálních služeb po roce 1989	9
1.1.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb seniorům.....	10
1.2 Charakteristika sociálních služeb.....	11
1.2.1 Typologie sociálních služeb pro seniory.....	13
1.2.2 Typologie poskytovatelů sociálních služeb	14
1.2.3 Poskytování sociální služby	15
1.3 Kvalita poskytování sociálních služeb	16
1.3.1 Standardy kvality	16
1.3.2 Supervize, intervize.....	16
1.3.3 Individuální přístup poskytování sociálních služeb	18
1.3.4 Defínování potřeb uživatelů sociálních služeb	19
1.4 Pandemie.....	20
1.4.1 Pandemie v minulosti.....	21
1.4.3 Pandemie 21. století	22
1.4.4 Pandemie SARS-CoV-2 v České republice	24
2 Praktická část	26
2.1 Cíl práce	26
3 Metodika	27
4 Výsledky	30
5 Diskuze	42
Závěr	46
Seznam použité literatury	48
Seznam příloh a obrázků	51
Přílohy.....	52

Úvod

V životě se setkáváme s mnoha nečekanými situacemi, se kterými se musíme umět vypořádat, některé nejsou závažné a zanedlouho na ně zapomeneme, jiné v nás zanechají silný emoční zážitek – jako pandemie SARS-CoV-2, která nás v posledních dvou letech provázela a měnila chod našich životů. Pandemie vnesla do našich životů ve větší míře nejistotu, obavy a zmatek. Zpočátku jsme se domnívali, že za několik týdnů, později že snad za několik měsíců se vše vrátí k normálnímu životu. Nyní nám průběh pandemie signalizuje, že změny budou spíše trvalé a následky mohou být dlouhodobé. Jsou nastavena nová běžná pravidla, která se budou muset do budoucna nejspíše stále dodržovat.

Při výběru tématu bakalářské práce jsme se rozhodli zabývat fenoménem pandemie SARS-CoV-2 a zaměřit se na to, jak hluboce a citlivě zasáhla pandemie do lidských životů pracovníků v přímé péči. Jak se s ní naučili žít a přizpůsobovat svůj profesní i osobní život pravidlům a změnám, které s sebou pandemie přinesla obzvláště v sociálních službách, kde tyto lidé pečovali o nejkřehčí a nejohroženější skupinu obyvatel ohroženou onemocněním COVID-19? Cílem práce je analyzovat dopady pandemie SARS-CoV-2 na sociální služby, a to především na pracovníky v přímé péči, a výzvy, které před ně byly postaveny. Jak se pracovníci vyrovnávali se zvýšenými pracovními nároky, fyzickou a psychickou zátěží, a dařilo se jim za těchto podmínek kombinovat osobní a pracovní život? Jaký vliv mělo omezení sociálních kontaktů a jak vnímali onemocnění COVID-19? Co pro ně bylo v období pandemie nejobtížnější a jaké nejcennější zkušenosti jim tato doba přinesla?

Bakalářská práce může sloužit jako podklad pro poskytovatele sociálních služeb, aby na základě výsledků výzkumu mohli přijmout taková opatření, která by mohla pomoci pracovníkům usnadnit jejich nelehkou práci, a to na základě podpůrných prostředků pro jejich další rozvoj.

1 Teoretická východiska

1.1 Péče o seniory v ČR

Sociální služby nejsou úplnou novinkou v oblasti péče o seniory, mají své místo v kultuře i historii naší země. Z historického pohledu má sociální pomoc v České republice i ve světě více jak tisíciletou tradici. Sociální služby patří mezi nejstarší nástroje pomoci, ale do systému moderních sociálních států pronikl tento pilíř z hlediska garance státu relativně nedávno. V průběhu vývoje byly tradičnímu poskytovateli pomoci seniorům především rodina, církev, spolky a sdružení. Do doby přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění vycházela oblast sociální péče o seniory převážně z předpisů platných před rokem 1989. (Havránková, Truhlářová, 2014)

1.1.1 Nedávná minulost

Poskytování sociálních služeb a pomoci stálo na zcela odlišných základech. Lidé s handicapem bez ohledu na jejich věk a zdravotní stav byli izolováni v ústavech a existence těchto osob se tabuizovala. Společnost se snažila držet toho, že mezi námi žijí jen zdraví, silní a schopní jedinci. Izolaci lidí s handicapem brala jako normu. To znamenalo direktivní přístup bez hlubšího porozumění osobám jako individualitě, která má své potřeby a pocity. (Malíková, 2020)

Umístování seniorů do státních domovů důchodců bylo obvyklým způsobem řešení snížené soběstačnosti seniora, často také do domovů odcházeli senioři, kteří byli ještě soběstační, ale svůj byt nebo dům přenechali dětem, případně vnoučatům. Příbuzní je navštěvovali spíše sporadicky a nejčastěji v období výplaty důchodů, které si zčásti odnášeli domů. Senior většinou neměl žádnou možnost vyjádřit se k poskytování péče a byl nucen se podřídít zavedenému režimu daného zařízení. Celá řada zaměstnanců se snažila o klienty pečovat svědomitě, nicméně lidský přístup byl otázkou individuálního postoje každého pracovníka.

O seniory pečovaly zdravotní sestry a sanitárky, poskytovaná ošetrovatelská péče nebyla realizována podle zásad ošetrovatelských procesů. Odlidštění v poskytované péči bylo v sociálních ústavech na denním pořádku, velmi často byla porušována práva seniorů. Výběr ústavu nepřicházel v úvahu, byla dodržována spádovost v daném regionu. Senior musel nastoupit i do ústavu, který neměl dobrou pověst. Tento nefunkční model, který stál na vratkých základech, nemohl trvat věčně. Díky změnám, které nastaly po roce 1989, došlo k pokroku a

vývoji v oblasti sociálních služeb. Pro seniory skončila jedna náročná životní etapa a dostali šanci na změnu k lepšímu prožívání svého pobytu v zařízeních. (Malíková, 2020)

1.1.2 Situace v poskytování sociálních služeb po roce 1989

Situace se začala postupně zlepšovat po roce 1989, kdy začaly vznikat první neziskové organizace. K výraznějším změnám došlo s platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které můžeme nazývat průlomovým mezníkem v systému sociální pomoci v České republice. Vznikla celá řada nových institutů k zajištění péče pro osoby v obtížné a nepříznivé sociální situaci. Byla zavedena opakovaná dávka příspěvek na péči a objevil se nový fenomén smluvních a dohodnutých podmínek pro zajištění sociální služby. Uživatel dostával finanční podporu na nákup služeb a měl svobodnou volbu ve výběru a zajištění. Předpokládalo se, že na pokrytí nákladů služeb se budou podílet i uživatelé a půjde tedy o systém vícezdrojového financování. (Havránková, Truhlářová, 2014). (Průša, 2003) upozorňuje na skutečnost, že sociální služby prošly v 90. letech řadou významných změn, ale základní principy jejich financování se po celé období téměř nezměnily, a to může představovat limitující prvek dalšího rozvoje sociálních služeb.

Nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a dále osob v nepříznivé sociální situaci, byla nastavena nová pravidla, která zahájila dlouhou cestu od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u řady osob s různým druhem postižení. Dalším důležitým aspektem tohoto zákona je integrace osob s různým typem handicapu do běžné společnosti. Situaci lze charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se MPSV připravovalo dlouhodobě ještě před vstupem sociálního zákona vydáváním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů. (Malíková, 2020)

Poslání sociálních služeb bylo specifikováno na pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, nevětšinové společnosti, ve svém přirozeném společenství. Z tohoto pohledu se sociální služby týkají každého. Ke splnění poslání je formulováno sedm vůdčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb:

- Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost
- Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení
- Respektování potřeb – neexistuje model, který vyhovuje všem
- Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- Standardy národní, rozhodování v místě (Bílá kniha, 2003, s. 6)

Další změnou je komunitní plánování sociálních služeb, které se postupně rozšiřuje ve většině obcí a krajů, které mají zmapovanou situaci v oblasti sociálních potřeb, a na základě těchto výsledků vytvářejí plány. Zásadní při plánování je komunikace mezi zadavateli, poskytovateli a uživateli sociálních služeb. Dochází k zapojení všech stran, kterých se oblast zpracování týká, probíhá diskuze a vyjednávání s cílem dosáhnout výsledku přijatelného a podporovaného většinou účastníků. Komunitní plánování představuje svébytnou metodu sociální práce.

Nastavuje se nový systém financování v oblasti poskytování sociálních služeb. Základem je příspěvek na péči, který se skládá ze čtyř stupňů a slouží k pokrytí nákladů, které jsou spojené s poskytováním sociálních služeb. Významně se rozšiřují poskytovatelé sociálních služeb, a to především v ambulantních a terénních službách, kde výrazně dominují nestátní neziskové organizace. (Malíková, 2020) uvádí, že každá osoba v tísní má nárok na bezplatné základní poradenství, při kterém je doporučena vhodná kombinace více druhů sociálních služeb nebo také jenom nejvhodnější služby. Možnost využívat kombinace služeb dává další prostor k setrvání ve svém přirozeném prostředí, a tím se zároveň naplňuje záměr a prakticky uskutečňuje deinstitucionalizace.

1.1.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb seniorům

Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je důležitá deinstitucionalizace, která přináší zásadní změnu perspektivy jedince. Tento nový směr klade důraz na poskytování sociálních služeb, která se zaměřuje na individuální podporu života člověka ve svém přirozeném prostředí a umožňuje mnohým osobám v nepříznivé situaci setrvat ve svém přirozeném prostředí.

„Provedený empirický průzkum potvrdil, že většina občanů se hodlá o své rodiče ve stáří a případně nesoběstačnosti postarat a v případě nemožnosti zajistit péči sami očekávají pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení. Varianty využití ambulantních a terénních služeb zatím respondenti příliš nepředpokládají.“ (Vidovičová, Rabušič, 2003, s. 24). Zájem o terénní a ambulantní služby se odvíjí od toho, jaké možnosti má rodina k poskytnutí pomoci s ohledem na svojí vlastní situaci, a dalším faktorem je, zda je služba na daném území poskytována. Předpokládá se, že o tyto služby bude zájem narůstat i vzhledem k nedostatku míst v pobytových zařízeních.

Více než 85 % pobytových zařízení sociálních služeb je zřizováno kraji nebo obcemi, pobytové služby také poskytují neziskové organizace, církve a soukromí provozovatelé.

Poskytované sociální služby jsou financovány z více zdrojů a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které poskytuje sociální službu klientovi. (Malíková, 2020)

Služby se poskytují klientům na základě individuálního plánu, na kterém se klient aktivně podílí. Veškeré úkony, které jsou mu poskytovány, směřují ke zvyšování a případně udržování soběstačnosti. Pracovníci mají za úkol podporovat klienta, aby byl co nejméně závislý na pomoci ostatních. Udržováním soběstačnosti je zároveň podporována lidská důstojnost seniora a jeho sebevědomí. (Malíková, 2020) uvádí, že důraz je kladen i na další problematiky, a to individuální práce s klientem orientovanou na prevenci vzniku závislosti na sociální službě, na maximálním využití prostředků k aktivizaci klienta a v neposlední řadě na oblast paliativní péče v pobytovém zařízení.

1.2 Charakteristika sociálních služeb

Právní úprava v oblasti sociálních služeb se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou jsou prováděna některá ustanovení výše zmíněného zákona. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou služby, za kterými dochází klient do zařízení sociálních služeb a součástí těchto služeb není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí klienta. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství, které poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé životní situace. Základní sociální poradenství jsou povinni zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, poradnách pro seniory. Jde o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit jejich život v přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim co nejširší možné zapojení do běžného života společnosti, v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Do této kategorie se řadí:

- osobní asistence

- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní a týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
- chráněné bydlení (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života, který vede ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodněné prostředí a ohrožení práva a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Jedná se o služby:

- rané péče
- telefonické krizové pomoci
- tlumočnické služby
- azylové domy, domy na půl cesty
- kontaktní centra
- krizová pomoc a intervenční centra
- nízkoprahová denní centra a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- noclehárny
- služby následné péče
- sociálně terapeutické dílny a terapeutické komunity
- terénní programy a sociální rehabilitace (Zákon č.108/2006 Sb.)

Zákon o sociálních službách specifikuje jednotlivé sociální služby a k problematice péče o seniory zákon stanovuje: za jakých podmínek lze poskytovat sociální služby seniorům, jaké

druhy sociálních služeb mohou senioři využívat, kdo může poskytovat služby seniorům, výše příspěvku na péči podle stupňů závislosti a podmínky pro jejich přiznání, rozsah základních činností, povinnosti poskytovatele pro poskytování sociálních služeb seniorům.

1.2.1 Typologie sociálních služeb pro seniory

Péče a podpora seniorů je velmi specifická a vyžaduje zvláštní přístupy, osobní nadhled, profesionalitu, zralost, citlivý a empatický přístup pomáhajících profesí. (Šelner, 2004) uvádí, že jde o souhrn více množin, které zahrnují péči ošetrovatelskou, pečovatelskou, lékařskou, terapeutickou, ale také ekonomickou a zákonodárnou. Všechny uvedené formy péče je potřeba posuzovat v souvislostech, protože jsou vzájemně provázané, souvisí se seniorskou populací, jsou vykonávány odborníky pečujícími o klienty, laiky (rodinnými příslušníky, dobrovolníky) a státem, který přenáší oblast zákonodárné a ekonomické péče na obce a kraje.

Forma pomoci může mít řadu podob, péči poskytuje rodina nebo ostatní příbuzní, jiná fyzická osoba než osoba blízká. Další možností zajištění péče je prostřednictvím profesionálů a tato pomoc může být poskytována v domácím prostředí seniora nebo v zařízeních sociálních služeb. (Koldinská, Matoušek, 2007) upozorňují, že příspěvek na péči je důležitý motivační prvek, kdy příjemce příspěvku si sám rozhoduje o zajištění vhodné péče s ohledem na svoje zdravotní omezení a potřeby. Pro mnohé seniory je obtížné rozhodnutí, zda zůstat v domácím prostředí, či využít institucionální péči.

Výstupem sociální politiky jsou sociální služby, které představují širokou škálu podpor, opatření a pomoci. Tyto aktivity sociální politiky vycházejí z potřeby řešit obtížnou životní situaci osoby s postižením. Jedinec, který není objektivně schopen žít plně samostatný život, má možnost řešit svou situaci dvěma způsoby, a to podporou života v domácím prostředí, nebo umístěním v pobytovém zařízení. (Novosada, 2000)

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni v souladu se standardy kvality sociálních služeb definovat cílovou skupinu. V praxi často dochází, že některé služby kumulují cílové skupiny, například seniory a osoby se zdravotním postižením. (Havránková, Truhlářová, 2014) upozorňují, že v současné české společnosti ve vztahu k tvorbě sítě a koncepcie sociálních služeb pro seniory lze považovat za klíčový pojem „stáří“ a z toho plynoucí vymezení cílové skupiny. Považují za důležité připravit se v regionech na nové druhy sociálních služeb, které budou v blízké budoucnosti poskytovány. Další kroky jsou připravovány na vládní a ministerské úrovni, jedná se především o zavedení nové typologie služeb a podporu procesů

v sociálních službách, které povedou k efektivitě a vyšší kvalitě poskytování a transparentnosti financování sociálních služeb.

Sociální služby podporují seniory a pomáhají jim ve společnosti, a tím plní řadu funkcí. (Janečková, 2004) uvádí, že se jedná o následující flexibilní funkce, služby musí umět pružně reagovat na měnící se potřeby seniora a měly by umožňovat návrat z instituce do domácího prostředí, ale i naopak. Kontinuální funkce umožňuje plynulý přechod mezi zdravotní a sociální péčí a mezi domácí a ústavní péčí. Komunitní funkce má za úkol, aby institucionální péče v co nejvyšší možné míře připomínala domov. Velký důraz je kladen na bydlení, kvalitu života a zachování sociálních vazeb.

1.2.2 Typologie poskytovatelů sociálních služeb

Péči o osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby, mohou poskytovat profesionální poskytovatelé sociálních služeb, dále osoby blízké nebo asistenti sociální péče. Sociální služba je soubor činností, kterými se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. (Havránková, Truhlářová, 2014) uvádí, že sociální služby představují jeden z možných nástrojů, jímž je možno intervenovat do životní situace seniora, který se stává závislý na pomoci okolí, rodiny nebo profesionálních poskytovatelů.

Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, krizová sociální situace, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodněné prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo jiné závažné důvody, které řeší vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění). Forma a rozsah pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost osoby a aktivně ji motivovat k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují její nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejímu sociálnímu vyloučení.

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Poskytovatele sociální služby nejsou asistenti sociální péče, rodinní příslušníci, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí.

Sociální služby může poskytovat pouze registrovaný poskytovatel na základě rozhodnutí o registraci, které vydává krajský úřad příslušný podle sídla právnické osoby nebo trvalého

pobytu fyzické osoby. Podmínky registrace stanoví ustanovení § 79 zákona o sociálních službách.

Povinnými údaji v databázi registru poskytovatelů sociálních služeb jsou název a místo zařízení nebo poskytování sociálních služeb, druhy poskytovaných sociálních služeb, okruh osob, pro které je služba určena, popis realizace poskytování sociálních služeb, popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb, časový rozsah poskytování sociálních služeb, kapacita poskytovaných služeb, plán finančního zajištění sociálních služeb. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění)

Zavedením institutu asistenta sociální péče došlo v roce 2011 k upřesnění podmínek pro poskytování péče osobám závislým na pomoci jiné osoby, která není poskytovatelem sociálních služeb nebo osobou blízkou. Cílem je zajistit dostupnost péče v oblastech, kde jsou terénní sociální služby málo dostupné a umožnit osobám, aby mohly co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí bez nutnosti umístění v pobytovém zařízení. Činnost může vykonávat pouze fyzická osoba starší 18 let, která neposkytuje tuto péči jako podnikatel. Osobní asistent vykonává sociální službu bez registrace, má zákonnou povinnost uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, na rozdíl od osoby blízké, která není touto podmínkou vázána. (Havránková, Truhlářová, 2014)

1.2.3 Poskytování sociální služby

Sociální služby se poskytují na základě smlouvy mezi osobou, které budou poskytovány sociální služby, a poskytovatelem. Forma uzavření smlouvy je uvedena dle § 91 zákona o sociálních službách. Smluvní vztahy o poskytnutí sociální služby a právní vztahy z této smlouvy se řídí ustanovením občanského zákoníku. Smlouva musí obsahovat označení smluvních stran, rozsah péče, místo a čas poskytnutí péče, výše úhrady a způsob vyúčtování, dohodu o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem, výpovědní důvody a lhůty, dobu platnosti smlouvy.

Uživateli služeb jsou osoby, které mají zvláštní potřeby a potřebují sociální péči. V zákoně o sociálních službách je uvedeno, že sociální službou je činnost nebo soubor činností, které podle tohoto zákona zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění). V literatuře se setkáváme také s pojmem klient. Podle Matouška „dávají někteří soudobí autoři přednost pojmu uživatel či konzument služeb. V České republice však zatím převládá označení klient.“ (Matoušek, 2008, s. 83). Uživatelem sociální služby může být kdokoliv, kdo

vstoupí do vztahu s poskytovatelem sociální služby, obsahem je zabezpečení činností, které popisuje zákon o sociálních službách. Pojem uživatel sociální služby se používá v případech, kdy je trvale nebo dočasně zabezpečována pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem. (Havránková, Truhlářová, 2014)

1.3 Kvalita poskytování sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb je významnou výpovědní hodnotou služby, která v regionu třídí nabídku a poptávku. Poskytovatelé sociálních služeb mají ve svých interních předpisech uvedeno, jak kvalitu služeb definují, jakým způsobem kvalitu služeb kontrolují, evidují a vyhodnocují. (Havránková, Truhlářová, 2014). K problému celého systému sociální pomoci (Průša, 2003) uvádí, že jednotlivé případy sociální pomoci mohou být specifické a může být problematické postihnout celostátně jednotnými pravidly měření a hodnocení.

Kvalita poskytovaných služeb je vyjádřena širokým rozsahem úzce provázaných činností, které se vzájemně doplňují. Jde o oblast bezpečnosti, kompetence, přijatelnosti, efektivity, vhodnosti, ekonomičnosti, dostupnosti, kontinuity, přiměřenosti, včasnosti, úcty a vnímání. (Škrála, Škrlová, 2003)

1.3.1 Standardy kvality

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, podle kterých je definována úroveň kvality poskytovaných služeb v oblasti personálního zajištění služby, provozního zabezpečení sociální služby a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a klientem služby. Personální standardy říkají, že kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, jejich dovednostech, vzdělání, na vedení a podpoře a na pracovních podmínkách. Provozní standardy se zaměřují na prostory, ve kterých jsou služby poskytovány, na dostupnost služeb, ekonomické zajištění služby a rozvoj její kvality. Procedurální standardy určují, jak má poskytování služby vypadat, na co je potřeba se při jednání se zájemcem zaměřit a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám. (Havránková, Truhlářová, 2014)

1.3.2 Supervize, intervize

Supervize a intervize jsou další nástroje pro zvyšování kvality sociálních služeb. V České republice se poprvé objevily v šedesátých letech 20. století jako součást psychoanalytického výcviku, kdy sdružení SUR pro vzdělávání v psychoterapii začalo supervizi využívat v rámci komunitních výcviků ve skupinové psychoterapii. Na počátku 90. let 20. století se možnosti supervize významně rozšířily. Začaly vznikat Balintovské skupiny, jejichž cílem bylo zkvalitnění supervize. Jednotliví účastníci supervize přinášejí do skupiny svá témata, která jsou

podrobena skupinovému posouzení. Následně se vybere hlasováním jedno téma, které zajímá nejvíce účastníků.

Supervize v oblasti pomáhajících profesí hraje stále důležitější roli. (Bednářová, Pelech, 2003) uvádí, že supervize cílí na odborný i osobní rozvoj pracovníků, jedná se o specifickou metodu učení v bezpečném prostředí důvěry, která je zaměřena na podporu pracovníka, vyhodnocení dosavadních postupů a metod, stanovení dalších strategií a odhalení pocitů a emocí, které mohou ovlivňovat práci s klientem. Slovo supervize může evokovat představu kontroly nebo hodnocení, ale v oblasti pomáhajících profesí je supervize především bezpečnou a obohacující formou rozvoje a podpory pracovníků. (Kalvínský, 2019) uvádí, že výsledkem supervize může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity a následně i prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že supervize je prospěšná nejen supervidovanému, ale má také přínos pro klienty.

Supervize má několik funkcí, které pomáhají pracovníkům v profesionálním přístupu a zkvalitnění a zlepšení služby klientům. Jde o funkci vzdělávací, podpůrnou a řídicí. (Havrdová, Hajný, 2008) uvádí, že každá z těchto funkcí je v supervizi přítomna, která z funkcí převládá, zjistíme položením otázky, jaký je primární úkol dané supervize a jak supervizor postupuje. Zda jde o podporu, aby se stali co nejlepšími odborníky, nebo jde o podporu zvládnutí svých emocí a profesionální zátěže anebo zda skutečný stav odpovídá ideálnímu stavu podle standardů. (Hawkins, Shohet, 2004) uvádí, že účelem funkce vzdělávací je pomoc supervidovaným v rozvoji jejich dovedností, schopností, porozumění prostřednictvím rozebírání jejich pracovních aktivit. Pomáhá zkoumat způsob práce s klienty, lépe jim rozumět a být si vědom svých reakcí. Má tedy zlepšit odbornou kompetenci při práci s klientem. Podpůrná funkce pomáhá pracovníkům vyrovnávat se s náročností své profese a předchází syndromu vyhoření. Účelem podpory je budování dobrého vztahu a atmosféry mezi supervizorem a supervidovaným, motivovat ho k překonávání překážek. Nejedná se o terapii, jde o zlepšení pocitu bezpečí pracovníků a motivuje je k dalšímu seberozvoji. Řídicí funkce plní úkol kontroly kvality. Téměř všichni supervizoři nesou určitou míru odpovědnosti za správné vykonávání své práce, tedy za to, že bude odpovídat etickým standardům.

Cíle v supervizi lze rozdělit na pracovní, které jsou zaměřené na kvalitu péče o klienta a zkvalitňování standardů kvality péče, v takovém případě se jedná o případovou supervizi. Dále rozeznáváme supervize studijní a seberozvojové, které se zaměřují na rozvoj a zdokonalování se v oblastech, na které ukázala supervizní práce (Havrdová, Hajný, 2008). Podpůrné supervize jsou zaměřené na emoční procesy, které souvisí s klientem, týmem, kolegou, nadřízeným nebo

s organizací práce. (Hawkins, Shohet, 2004) uvádí, že obecným cílem supervize je pomoci supervidovanému nahlížet na procesy s klienty z jiného úhlu pohledu, mít možnost poznat nové přístupy, podpořit ho v profesionální jistotě a dále ho povzbudit k další práci, umožnit mu lépe využívat osobní a odborné zdroje a v neposlední řadě poskytnout kontrolu profesionality a etiky práce. (Havrdová, Hajný, 2008) uvádějí, že obecným účelem supervize je profesionální aktivita, která vede ke zlepšení a udržení kvalitní služby. Tohoto účelu lze dosáhnout různými cestami, a to podle situace, do které je supervize zasazena.

Intervize je vykonávána prostřednictvím interního pracovníka. Tento proces probíhá zejména v organizacích, kde je nedostatek finančních prostředků na externího supervizora, nebo není dostatečná podpora ze strany vedení pro realizaci supervize. Intervizor je v komplikovaném postavení, protože se u něho kumuluje více rolí, které musí umět oddělit. Nevýhodou je, že často bývá do problému emočně zapojen a může pro něj být obtížné udržet si nadhled. Pokud je intervizorem nadřizený pracovník, často dochází k tomu, že podřízení pracovníci nejsou ochotni sdělovat profesní problémy. V praxi se jedná o případové studie, porady o klientech nebo společné řešení úkolů. (Jeklová, Reitmayerová, 2007)

1.3.3 Individuální přístup poskytování sociálních služeb

Individuální přístup poskytování pomoci patří k principům vývoje sociálních služeb, jedná se o posilování prvku individualizace a v prostředí sociálních služeb je chápáno jako synonymum pro dobře nastavenou pomoc s cílem reagovat na specifické životní situace jednotlivce. (Kubalčíková, 2011) uvádí, že princip individualizované pomoci je spojen s prosazováním konceptu, který je orientován na přístupu k člověku. (Matoušek, 2007) uvádí, že tento princip má dlouholetou tradici v práci s lidmi s mentálním postižením a také v oblasti péče o osoby postižené demencí. (Havránková, Truhlářová 2014) uvádí, že tento princip se stal trendem v pojetí poskytování sociálních služeb. Hlavní zásadou je porozumět člověku v jeho jedinečnosti a poskytovat podporu a pomáhat v hledání řešení k jejich vlastním zdrojům a možnostem.

Principy poskytování sociálních služeb jsou v určitém smyslu zpracovány v zákoně o sociálních službách, prováděcí vyhlášce a ve standardech kvality sociálních služeb. Jedná se o individuální plánování, komunitní plánování sociálních služeb o ochraně a prosazování práv a zájmů uživatele. Ve smyslu zákona o sociálních službách je nutné vycházet z individuálních potřeb osob, kdy rozsah a podpora pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost osob a zároveň pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí působit aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytnuty

v zájmu osob a v náležité kvalitě takovým způsobem, aby bylo vždy zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění)

Důležitým prvkem poskytování kvalitní péče je individuální plánování, jedná se o opakovaný proces, který vede k vytvoření individuálního plánu klienta služby. Registrovaný poskytovatel vede písemnou dokumentaci o individuálním plánu, který vede k uspokojení potřeb klienta a k obnově nebo udržení jeho soběstačnosti. (Matoušek, 2007) uvádí, že se jedná o proces individuálního přístupu a individuálního plánování především v zájmu klienta a jeho potřeb. Individuální plán má směřovat k jasnému cíli, na koho se naplánované činnosti zaměří, kdo bude činnosti vykonávat a v jakém rozsahu, jaký je očekávaný výsledek a časový rámec.

Při stanovení cílů v individuálním plánování uživatele služby je potřeba věnovat pozornost na zdroje, které budou využity při poskytování služby k naplnění cílů, a to jak vnitřních, tak vnějších zdrojů. Dále je potřeba správně vyhodnotit možnosti a dovednosti uživatele, kdo se bude na realizaci naplnění cílů podílet, časový horizont dosažení cíle a v neposlední řadě nastavení hodnotících kritérií pro dosažení cílů. (Kubalčíková, 2011)

Zásadní vliv v individuálním přístupu poskytování sociálních služeb mají pracovníci, kteří se často setkávají s dilematy. (Musil, 2004, Kubalčíková 2011) uvádějí, že jde o dilema mezi procedurálním a situačním přístupem, dilema mezi materiální a nemateriální pomocí, dilema mezi jednostranným ovlivňováním (monologem) a dialogem mezi pracovníkem a klientem, dilema mezi komplexními a zjednodušenými cíli a dilema mezi kvalitou a kvantitou. (Petráčková, Kraus, 1998) uvádí, že dilema můžeme chápat jako rozhodnutí, v němž jde o nutnou volbu mezi dvěma vylučujícími se a často nepříznivými možnostmi.

1.3.4 Defínování potřeb uživatelů sociálních služeb

Vnímáme-li potřebu jednotlivce nebo skupiny osob v sociálních službách při zachování rovného postavení všech zúčastněných s cílem nalezení žádoucího stavu, musíme se zabývat různými pohledy, diskurzy, které do procesu defínování potřeb uživatelů k zajištění pomoci a podpory vstupují. (Havránková, Truhlářová, 2014)

Sociální služby jsou chápány různě v odlišných diskurzích. V charitativním diskurzu je sociální služba pojímána jako dar, pracovník je v roli filantropa a posuzuje se optikou, zda si klient pomoc zaslouží, je potřebný, nebo se do tíživé situace dostal svým zaviněním a pomoc si nezasluhuje, má být spíše potrestán. Profesionální diskurz vidí klienta v roli pasivní, potřeby se posuzují vzhledem k jeho znalostem, schopnostem a dovednostem, na posouzení navazuje

intervence, kdy je pracovník v roli profesionála, disponuje zvláštními znalostmi, pracovník se zodpovídá klientovi a zaměstnavateli. Podle manažerského diskurzu je sociální služba založena na bázi produktu, posuzování je směřováno na klienta spotřebitele, na vyhledávání zdrojů k uspokojování potřeb, minimální standard služeb, pracovník je v roli manažera, zodpovídá se prioritně managementu svojí organizace. Tržní diskurz chápe sociální službu jako zboží, služba se řídí trhem, nabídkou a poptávkou, klient je zákazník, nakupuje zboží, je aktivní, vybírá si druh i způsob poskytování služby. (Navrátil 2006, Zatloukal 2011)

V praxi se setkáváme se všemi typy diskurzů, kvalita a pojetí poskytování sociálních služeb může být v jednotlivých regionech odlišná. „...pravděpodobně nejdominantnější je u nás však nyní manažerský diskurz, s typickým důrazem na standardizaci kvality služeb, pokusy o efektivní plánování na regionální úrovni či případovou práci s klienty.“ (Zatloukal, 2011, s. 83)

1.4 Pandemie

Slovo pandemie je složeno ze dvou slov řeckého původu pan (všude) a demos (lid). Jde o epidemii infekčního onemocnění, které je nebezpečné, šíří se napříč státy a kontinenty a ohrožuje miliony lidí na celém světě. V minulosti se celosvětové pandemie týkaly zejména chřipky, moru, cholery nebo skvrnitého tyfu. (Vácha, 2020) uvádí, že pandemie není Boží trest, který je potřeba pasivně přijmout, ani nezměnitelný osud, který na nás nevyhnutelně seslal chladný vesmír, ale naopak se jedná o zlo, proti kterému je třeba bojovat. Bůh, pokud je nám známo, netrestá.

Pandemie je z pohledu života společnosti závažnou celosvětovou událostí. Onemocnění se velmi rychle rozšiřuje do všech částí světa a projevuje se prudkým nárůstem nemocnosti, nadměrnou úmrtností a narušením sociálního a ekonomického systému. Vzhledem ke genetické nestabilitě chřipkového viru je nezbytné brát pandemii jako fakt, kterému musí společnost čelit.

Pandemie, vyznačující se prudkým zvýšením nemocnosti a úmrtnosti, jsou hodnověrně zdokumentovány už od 16. století. Od té doby se vyskytly v každém století průměrně tři pandemie, pravidelně každých deset až padesát let. Začínají náhle, bez jakéhokoliv varování, šíří se v populaci velkou rychlostí a zanechávají po sobě značné škody. Nemohou být zastavené, rychle kulminují a poté doznívají téměř stejně náhle, jako začaly. Probíhají v několika vlnách, přičemž průběh onemocnění byl v dosud zaznamenaných pandemiích často těžší než v první vlně. (Pandemický plán České republiky 2006)

1.4.1 Pandemie v minulosti

V minulosti rozeznáváme tři velké pandemie: Justiniánův mor, středověkou černou smrt a asijskou, zejména čínskou epidemii 19. století. Justiniánův mor je považován za jednu ze tří velkých pandemií, při které v Konstantinopoli umíralo až pět tisíc lidí denně. Mor se dvě stě let vracel a oslabil celý Blízký východ a celá řada rozsáhlých regionů byla částečně vylidněná. Pandemie způsobila hned několik migračních vln. Evropa vznikla z mnoha pramínek různých vlivů, ale skoro jistě mezi ně patřila první světová Pandemie – Justiniánův mor. Odhlédneme-li od čistě evropské perspektivy, je potřeba zmínit, že Pandemie zasáhla a změnila i celou Arábii. (Cílek, 2020)

Nejdrtivější pandemií v dějinách evropského kontinentu byla černá smrt. Nemoc, která zachvátila všechny kouty Evropy a která sama zmizela po čtyřech stoletích stejně záhadně, jako se objevila. Jedna z nejhorších vln černého moru přišla do Evropy v letech 1347–1352, kdy způsobila smrt až polovině obyvatelstva. Značně se změnila struktura obyvatel ve městech i na venkově. Příčinou hlubokých změn v kolektivním chování a mentalitě společnosti byl fakt, že epidemie s různou intenzitou propukaly v pravidelných intervalech v různých koutech Evropy a mor a s tím spojené umírání se staly běžnou součástí života lidí. (Gojda, 2020). Mor se několikrát opakoval, a to poznamenalo myšlení lidí, kteří byli neustále ohrožováni smrtelnými chorobami. V židovském a křesťanském pojetí bývá mor považován za ránu Boží. Mor je proto považován za počátek nové cesty či období. (Cílek, 2020)

České země patřily k těm šťastnějším, které první vlna moru nezasáhla tak krutě. Čechám a Praze se téměř vyhnula, Morava byla postižena citelněji. Další morové rány k zemím českým tak milostivé nebyly. Někteří historikové považují tuto epidemii za klíčový okamžik společenské krize, která vyvrcholila husitským hnutím, ale spíše byla jedním z mnoha společenských otřesů, které české země před koncem století zažívaly. (Gojda, 2020)

1.4.2 Pandemie 20. století

Svět ve 20. století zažil tři velké pandemie a všechny byly spojené se šířením různých kmenů chřipky. V roce 1918 to byla španělská chřipka, v roce 1957 asijská chřipka a v roce 1968 honkongská chřipka.

Španělská chřipka postihla svět v letech 1918–1920 a byla způsobena virem chřipky A (H1N1). Pandemie způsobila vysokou úmrtnost, odhadovaný počet úmrtí se pohybuje mezi 20 až 40 miliony obyvatel. První případy onemocnění byly zaznamenány v březnu 1918 v Evropě a skrze lodní dopravu došlo k přenesení infekce do USA, dále potom do Asie a Afriky. První

vlna pandemie proběhla na jaře a v létě 1918, byla velmi nakažlivá, ale měla relativně nízkou úmrtnost. Druhá vlna začala na podzim 1918 a na tuto vlnu nebyla připravena žádná země, úmrtnost byla desetinásobně vyšší než při první vlně. Španělská chřipka je zajímavá tím, že primárně postihovala zdravé lidi v produktivním věku, a 99 % všech úmrtí bylo ve věkové kategorii do 65 let. Závažné dopady byly způsobeny nejen samotným onemocněním, ale i poznáním vědy, která neumožňovala nějak zasáhnout. Antibiotická terapie nebyla ještě objevena a výroba vakcíny s ohledem na to, že nebyl detekovaný virus, nemožná. Závažné pochybení způsobily veřejné zdravotnické instituce, které nedokázaly zabezpečit důsledné prosazování všeobecných preventivních zásad. (Pandemický plán České republiky, 2006)

Asijská chřipka se objevila v letech 1957–1958, byla způsobena virem chřipky A (H2N2). Tento vir působil oproti viru španělské chřipky slaběji a svět byl lépe připraven. Virus byl zachycen v roce 1957 v Singapuru. Očkovací látka, která byla připravena pro epidemii sezónní chřipky, se ukázala jako neefektivnější způsob prevence a v té době už byla také dostupná antibiotika, která se využívala při komplikacích. Nemocnost vykazovala některé charakteristické znaky shodné se sezónní chřipkou, přičemž první vlna pandemie většinou postihovala děti školního věku, největší počet úmrtí byl zaznamenán u dětí a starších lidí. Druhá vlna pandemie se ve většině zemí vyskytla jeden až tři měsíce po vlně první a způsobila vysoký počet onemocnění a vzestup úmrtnosti, postihovala starší lidi. Celková úmrtnost se odhaduje až na 20 miliónů. (Pandemický plán ČR, 2006)

Pandemie honkongské chřipky, která postihla svět v letech 1968–1969, byla opět o něco slabší než pandemie asijské chřipky, ale přinesla několik nepříjemných epidemiologických překvapení. V červenci 1968 se objevil nový typ viru v Honkongu. V řadě zemí bylo onemocnění méně závažné – s nižší úmrtností a pomalejším šířením. Důvodem byla skutečnost, že mezi virem, který způsobil asijskou a honkongskou chřipku, existovala genetická podobnost a část populace měla získanou imunitu. Počet obětí se odhaduje na jeden milion. (Pandemický plán ČR, 2006)

1.4.3 Pandemie 21. století

První pandemie 21. století byla způsobena virem SARS-CoV a poukázala na rizika globalizovaného světa, ale také potvrdila veliké možnosti mezinárodní spolupráce v epidemiologii, medicíně a vědeckém výzkumu a vývoji. Společenské a ekonomické důsledky této pandemie byly mnohem větší, než se na počátku předpokládalo. WHO poprvé v historii vydala doporučení necestovat do zemí postižených nákazou, což vedlo k vážným důsledkům v oblasti turismu a hospodářství těchto zemí. Lidé se obávali cestovat, vycházet z domů a

shromážďovat se. Na druhou stranu některé důsledky byly paradoxně i pozitivní, včetně ministra zdravotnictví. (Konvalinka, Machala, 2020)

Další pandemie tohoto století zapříčinil koronavirus MERS-CoV, který způsobuje závažné onemocnění plic a ledvin. Virus byl poprvé detekován na podzim roku 2012 u osob, které přicestovaly z Arabského poloostrova. Nákaza se významně rozšířila na jaře 2013, kdy počet obětí prudce vzrostl. Oproti SARS-CoV má podstatně nižší úmrtnost, ale větší smrtnost, a šíří se výrazně pomaleji. V Česku nebyl zaznamenán žádný výskyt viru. (Kubal, Gibiš, 2020) uvádějí, že SARS i MERS jsou velmi vážná onemocnění, na SARS zemřel každý desátý nemocný, na MERS dokonce každý druhý. Na druhou stranu se ale rozšířily relativně málo, SARSem bylo infikováno asi deset tisíc lidí, MERSem ještě méně, ani jedna z těchto infekcí nepronikla do Evropy ve větší míře a západní svět registroval jen jednotky případů.

Zatím poslední a zároveň stále současná pandemie vypukla na přelomu let 2019–2020, kdy se svět dozvěděl první zprávy o zachycení nového koronaviru v Číně – SARS-CoV-2. Poměrně brzy bylo zřejmé, že tento virus způsobuje vysoce infekční nemoc napadající dýchací cesty, která se nejprve projevovala suchým kašlem, teplotami, ztrátou chuti a čichu a bolestí kloubů a svalů. Bylo očekávatelné, že se bude opakovat podobný scénář jako u předchozích dvou pandemií SARS a MERS, tedy že vznikne jedno nebo několik ohnisek v zemi původu a tam se také podaří virus zastavit. (Kubal, Gibiš, 2020). Nějakou dobu se zdálo, že se tento scénář skutečně naplní. Lidé na celém světě mohli pozorovat, jak čínský režim represivním způsobem omezuje pohyb obyvatel, a dokonce uzavírá celá města či oblasti země. Nicméně netrvalo příliš dlouho a koronavirus se v globalizovaném světě rozšířil i na území Evropské unie a zpočátku nejvíce zasáhl region severní Itálie. Euroatlantická společnost tak byla po dlouhých dekádách poprvé konfrontována nejen s rychlým šířením nemoci, o které zpočátku příliš nevěděla, a restrikcemi, kterými se jednotlivé vlády a authority toto šíření snažili omezit, ale také s psychickou zátěží umocněnou scénami v médiích, jež reálně ukazovaly dopady propuknuté pandemie – uzavřená města, přeplněné nemocnice a tisíce zemřelých lidí. (Kubal, Gibiš, 2020)

Pandemie nového koronaviru, která zasáhla svět v první polovině roku 2020, stále nepolevuje a představuje generační zážitek, s nímž se budou jednotlivé společnosti, včetně české, mimořádně dlouho vyrovnávat. V procesu vyrovnávání můžeme pozorovat mnohá témata, která se proměňují v závislosti na tom, kolikátou vlnou pandemie procházíme. (Cabada, 2020). (Žantovský, 2020) uvádí, že pandemie koronaviru nepředstavuje pomíjivou krizi, ale zásadní změnu paradigmatu: její účinky se budou promítat do světové ekonomiky a způsobu

života po dlouhou dobu, zároveň však otevírá cestu novým způsobům práce a komunikace, stejně jako novým způsobům nahlížení na svět a naši roli v něm.

1.4.4 Pandemie SARS-CoV-2 v České republice

Dění v souvislosti s pandemií se nevyhnulo ani České republice. Ačkoliv poměrně dlouhou dobu zůstávalo šíření nového typu koronaviru v rovině mediálního zájmu a zejména politických rozepří na téma, zda je země a společnost dostatečně připravena a vybavena na případné propuknutí nákazy i na území České republiky. (Kubal, Gibiš, 2020). Ačkoliv někteří uvádějí, že státní administrativa zcela selhala a ani navzdory varovným signálům z ledna a února nedokázala vypracovat scénář reakce na šíření infekce v České republice, je potřeba upozornit, že ani personál ve zdravotnictví či sociálních službách či jejich profesní organizace nevyvíjely dostatečný tlak na politické představitele země, kterým by se je snažily přimět k zajištění vyšší připravenosti. (Prouza, 2020)

Začátek března 2020 se stal momentem, kdy byli v České republice poprvé registrováni první pacienti infikovaní virem SARS-CoV-2, a rychle postupující pandemie se tak pro českou společnost přenesla z debat, teorií a úvah do reálné roviny. Počáteční reakce české vlády byla velmi rychlá a bez zbytečného váhání byla zavedena velmi restriktivní opatření – například uzavření státní hranice, většiny obchodů, restaurací a omezení volného pohybu. Jednalo se o největší omezení osobní svobody jednotlivců od pádu komunistického režimu na konci roku 1989. Došlo tak nejen k vyprázdnění ulic měst, ale také k dobrovolnému přerušování činnosti většiny výrobních společností. (Kubal, Gibiš, 2020)

Navzdory zmíněným restriktivním opatřením neustrnula česká společnost zcela, ale sama se snažila překonat počáteční nedostatek zejména hygienických pomůcek. Zcela běžné se tak staly výjevy lidí nakupujících v galanteriích jednotlivé komponenty, ze kterých poté šili improvizované látkové roušky nejen pro sebe a svoji rodinu, ale také pro zdravotníky či pracovníky v sociálních službách.

Zmínit je potřeba i společensko-psychologický aspekt nástupu pandemie a restriktivní reakce, jelikož byly zcela zásadním způsobem poznamenány, respektive narušeny mezilidské vztahy. Společnost, ve které se pomalu začaly objevovat debaty o negativním vlivu moderních technologií, se nyní musela spolehnout pouze na ně tak, aby vůbec mohly být lidské vztahy v nějaké míře zachovány. Dalším z aspektů vládních restrikcí a útlumu společenského života byl i fakt, že rodiny musely trávit ve společném prostoru mnohem více společného času, než byly dosud zvyklé. Některé z nich se s touto novou skutečností vyrovnaly dobře a možná ji i

dokonce uvítaly, přehlížet nelze ale i odvrácenou stranu, kdy v celé řadě rodin propukly nebo významně na intenzitě nabraly různé patologické jevy včetně domácího násilí. (Kubal, Gibiš, 2020)

Pandemie nového koronaviru má na českou společnost obrovské ekonomické dopady, zejména v oblasti rozevírání pověstných nůžek rovnosti, kdy se stále zvyšuje doposud nízká nerovnost mez chudými a bohatými, a lze očekávat, že se budou rozevírat stále více. (Nerad, 2020). Vedle již zmíněných společenských dopadů, které byly spíše kratšího charakteru, nelze opomenout ani ty dlouhodobé. V tomto smyslu lze pandemii koronaviru SARS-CoV-2 vnímat na jedné straně jako zkoušku každého jednotlivce a celé společnosti zároveň (Nerudová, 2020), ale také jako příležitost, která může vést po dlouhé době k posílení vědomí příslušnosti k relativně abstraktní entitě národa a poté k jeho stmelení se. (Vácha, 2020)

2 Praktická část

V této části jsou popsány vybrané výzkumné strategie a je vysvětlen výběr techniky sběru dat a metody zpracování dat. Dále se kapitola zaměřuje na výběr výzkumného vzorku, je popsán jak průběh výzkumu, tak i etická stránka výzkumu.

2.1 Cíl práce

Cílem výzkumu bylo analyzovat dopady pandemie SARS-CoV-2 na sociální služby, a to především na pracovníky v přímé péči, a výzvy, které před ně byly postaveny.

2.2 Výzkumná otázka

Na základě vytyčených cílů výzkumu byla stanovena hlavní a zastřešující výzkumná otázka.

- Jaké měla pandemie SARS-CoV-2 dopady na pracovníky sociálních služeb v přímé obslužné péči?

Tuto zastřešující otázku lze poté rozdělit do více linií či podotázek: Jak se pracovníci vyrovnávali se zvýšenými pracovními nároky, psychickou zátěží či jak se jim dařilo za těchto podmínek kombinovat osobní a pracovní život?

3 Metodika

V rámci výzkumu byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru, částečně se jedná o řízený rozhovor s předem připravenými otázkami. Pořadí otázek se může v průběhu rozhovoru měnit a důležitou součástí je pokládání doplňujících otázek. (Mioviský, 2006) uvádí, že si vytváříme určitá schémata, která jsou pro tazatele závazná. Je možné pořadí otázek měnit a doplňovat dalšími otázkami, abychom tím maximalizovali efektivitu rozhovoru.

Ke kvalitativnímu výzkumu (Hendl, 2016) uvádí, že někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií nebo jako protipól ve vztahu k jednotné na přírodovědeckých základech postavené vědě. Kvalitativní výzkum postupně získal v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. (Sedláková, 2015) uvádí, že kvalitativní přístup vysvětluje subjektivní motivy sociálního jednání aktérů.

Kvalitativní výzkum se zabývá vztahy mezi lidmi, jejich životem a vzorci chování a prožívání. (Hendl, 2005) uvádí, že práce výzkumníka je možné přirovnat k činnosti detektiva, který vyhledává a analyzuje veškeré informace, které mohou přispět k osvětlení výzkumných otázek. Seznamuje se s novými lidmi, pracuje v terénu. Sběr dat a jejich analýza probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník vybírá na základě své úvahy místa pozorování nebo jedince, které potom sleduje v různých časových intervalech. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně, po provedené analýze se rozhodne, která data potřebuje, a začíná znovu se sběrem a analýzou.

Pro interpretaci získaných dat používáme kódování, které může být otevřené, axiální a selektivní. (Hendl, 2005) uvádí, že tyto procedury se nemusí používat odděleně. Představují různé způsoby, jak pracovat s textem, a výzkumník má možnost mezi nimi podle potřeby přecházet. Analýza začíná otevřeným kódováním a ke konci analýzy se může provádět selektivní kódování. Během celého procesu si výzkumník tvoří poznámky jako podklad pro zdůvodnění vznikající teorie.

Otázky do výzkumné části byly připravené předem a v případě potřeby jsem do rozhovoru vstupovala doplňujícími otázkami. Seznam otázek na pracovníky v přímé péči je uveden v příloze č. 1.

3.1 Výzkumný soubor

Pro konstrukci výzkumného souboru byl zvolen záměrný výběr. Výzkum probíhal u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb v Jihočeském kraji. Jednalo se o pracovníky v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Pracovníky jsem oslovila s prosbou podílet se na výzkumu, a to telefonicky. Podmínkou bylo, že s výzkumem budou souhlasit. Všichni oslovení s výzkumem souhlasili, a tvoří tak výzkumný vzorek. Výzkumný soubor se skládá z 11 respondentů, z toho 10 žen a 1 muže. Nejstarším respondentem je žena ve věku 58 let a nejmladším respondentem je žena ve věku 25 let. Průměrný věk respondentů je 43 let. Výzkum probíhal velmi dobře, všichni respondenti byli maximálně otevření ve svých odpovědích, vstřícní a součinní při podílení se na výzkumu.

Tabulka 1 - Základní informace o komunikačních partnerech

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice
KP 1	Muž	51 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 2	Žena	42 let	Aktivizační pracovník
KP 3	Žena	43 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 4	Žena	58 let	Vrchní sestra, vedoucí zdravotního úseku
KP 5	Žena	40 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 6	Žena	26 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 7	Žena	47 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 8	Žena	25 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče

KP 9	Žena	44 let	Vedoucí přímé obslužné péče
KP 10	Žena	45 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče
KP 11	Žena	57 let	Pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče

Zdroj: vlastní výzkum

3.2 Realizace výzkumu

Rozhovory byly realizovány v lednu 2022, šlo o polostrukturované rozhovory, které obsahovaly doplňující otázky. Výzkumný soubor tvořili pracovníci v přímé péči u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb. Termíny pro realizaci rozhovorů byly domluveny předem a rozhovory probíhaly na pracovišti respondentů. Získaná data byla nahrávána po ústním souhlasu komunikačních partnerů na záznamník v mobilním telefonu. Délka jednoho rozhovoru se pohybovala od 45 minut do 60 minut. Následně proběhl přepis audiozáznamů do písemné podoby, tedy doslovné transkripce. (Hendl, Remr, 2012) popisuje doslovnou transkripci jako proces převodu mluveného slova, rozhovoru nebo diskuze do písemné podoby.

3.3 Vyhodnocování dat

Pro analýzu dat byla zvolena metoda otevřeného kódování. (Hendl, 2016) popisuje, že výzkumník provádí otevřené kódování při průchodu dat a zároveň lokalizuje témata v těchto datech a přiřazuje se jim označení, tím vzniká seznam kódů, který si výzkumník později třídí a organizuje. (Švaříček, Šedřová 2007, str. 211) tento způsob vyhodnocování definují následovně: „Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“. (Hendl 2016) uvádí, že otevřené kódování znamená stálé srovnávání fenoménů, případů, pojmů a formulací otázek ohledně textu, jde o proces nepřetržitého srovnávání. Přitom se k částem empirického materiálu přiřazují označení neboli kódy, které jsou nejdříve pojmově velmi blízké textu a později se stávají stále abstraktnější.

3.4 Etika výzkumu

Etická oblast při sběru dat byla ošetřena před zahájením výzkumu. Komunikační partneři byli seznámeni s tématem a cílem výzkumu. Všichni oslovení souhlasili s poskytnutím

rozhovoru a zároveň byl před samotným rozhovorem od komunikačních partnerů udělen ústní souhlas s nahrávkou rozhovoru. Důraz byl kladen na to, že veškerá data a informace budou použity pouze pro potřeby tohoto výzkumu. Komunikačním partnerům bylo garantováno zachování diskrétnosti, anonymity a uvedení minimálních identifikačních údajů v prezentaci výzkumných dat. Účastníci výzkumu budou seznámeni s výsledky výzkumu. (Hendl, 2016) uvádí, že při rozhovorech se často hovoří o citlivých tématech, a z toho důvodu je potřeba zachovávat emoční bezpečí. Etika má velký význam ve společenskovědním výzkumu.

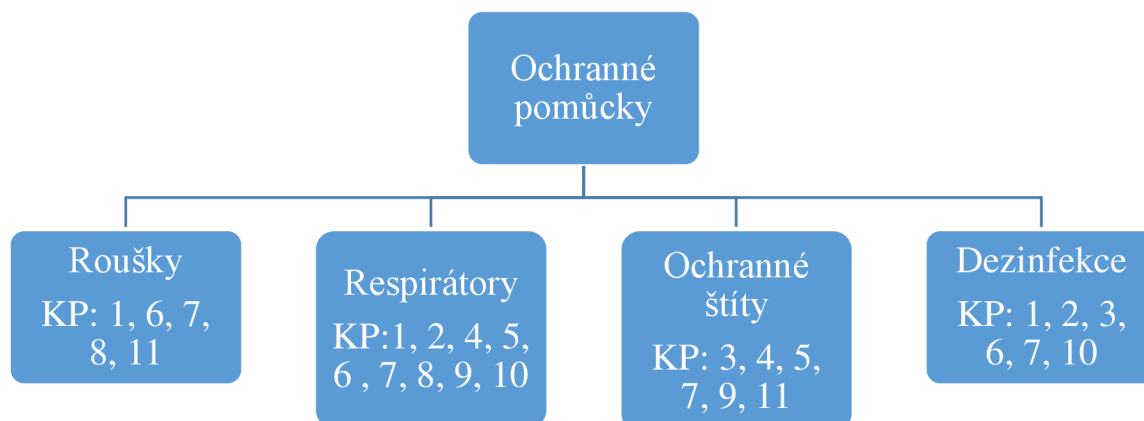
4 Výsledky

V této kapitole představuji získaná data z výzkumu a odpovědi na výzkumné otázky. Výsledky výzkumu byly získány na základě polostrukturovaných rozhovorů s 11 komunikačními partnery. Metodou otevřeného kódování byly výsledky analyzovány a zhodnoceny. (Chrastina, 2019) uvádí, že otevřené kódování je elementárním postupem. Kódování chápeme jako rozložení dat a informací jejich konceptualizací a následnou syntézou. Hlavním mechanismem kódování jsou jednotky, které mají výzkumníkem přidělené kódy, tedy konkrétní význam.

Na základě otevřeného kódování byly vytvořeny významové jednotky, které byly následně rozděleny do kategorií, které jsou popsány níže.

1. Ochranné pomůcky
2. Náročnost při výkonu profese
3. Onemocnění COVID-19 a rodina
4. Propojení pracovního a rodinného života
5. Poskytování informací
6. Ocenění pracovního výkonu/přístup zaměstnavatele
7. Zkušenosti
8. Zvládání stresu
9. Omezení sociálních kontaktů

První kategorií, kterou se zabývá tento výzkum, jsou ochranné pomůcky, které výrazným způsobem napomáhaly k tomu, aby se pracovníci chránili před nemocí COVID-19.



Obrázek 1 – ochranné pomůcky (zdroj: vlastní výzkum)

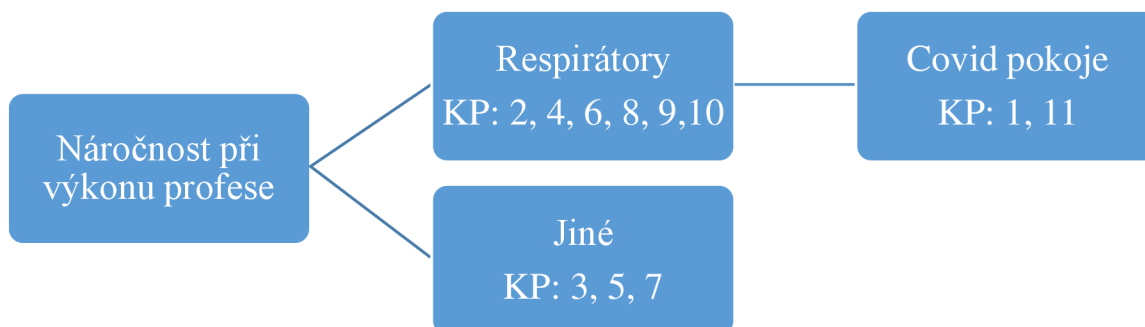
Všichni komunikační partneři uvedli, že měli hned od počátku dostatek ochranných pomůcek, a to po celou dobu pandemie. „Byl dostatek ochranných pomůcek, respirátory, dezinfekce, dostali jsme, co jsme si řekli. Z počátku byly látkové roušky.“ (KP 1) „Od samého začátku byly roušky, šily je rodiny a dobrovolníci, některé nešlo udýchat, když nebyly vyhovující, přinesli nám jiné.“ (KP 7) „Ze začátku hodně pomáhali lidé z venku, šily roušky. Ze dne na den jsme řešili, jak se to bude prát, kdo to bude prát. Prali to na noční směně.“ (KP 9) „Roušky napřed šily kolegové, veřejnost nosila roušky ušité, lidé se semkli ze začátku.“ (KP 11)

Postupem času začala distribuce roušek a poté respirátorů z Krajského úřadu, distribuce probíhala pomocí Hasičského záchranného sboru. „Dostatek respirátorů, rukavic, dezinfekce. Mám aktivizaci pečeni, vaření, při virtuální realitě se muselo taky po klientech vydezinfikovat. Nouzi o respirátory jsem nepocítila.“ (KP 2) „Ochranných pomůcek bylo dostatek, štíty, rukavice, návleky na nohy, pláště, spoustu dezinfekce, čepice.“ (KP 3) „Dostatek byl určitě ochranných pomůcek. Respirátory, rukavice, základní pomůcky, brýle, štíty, návleky, vždy toho byl dostatek. Nikdy jsme nemuseli šetřit.“ (KP 9) „Respirátory, zvýšené množství dezinfekce na chodbách a rukavice.“ (KP 7)

Na zvýšenou ochranu zdraví se dbalo především při vstupu do kontaktu s pozitivním nebo s podezřelým na pozitivitu, kteří byli na speciálních karanténních pokojích. „Respirátory, rukavice na covid pokojích byly pláště, návleky, štíty. Dostatek více méně všeho.“ (KP 5) „U covid pacientů byly obleky, štíty, návleky. Vše, co mělo být, pokrývka hlavy, předem jsme si všechno vyzkoušeli, jak se máme oblékat, jak se vysvlékat.“ (KP 7) „Respirátory, rukavice, to

je klasika, při vstupu do covidového pokoje oblečení od hlavy až dolů, vždycky byl dostatek ochranných pomůcek.“ (KP 8) „Jednorázové pláště, koupací čepice, štíty, rukavice. Návleky pouze na pokoji, tam se vyhazovaly do koše. Brýle, jednorázové pláště.“ (KP 11)

Další kategorie se zabývá tím, co bylo pro pracovníky v době pandemie nejnáročnější především po fyzické stránce.



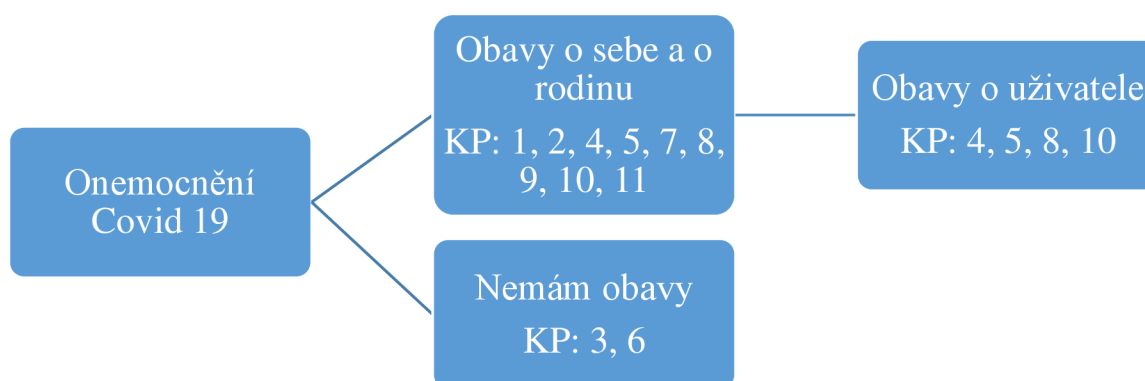
Obrázek 2 – náročnost při výkonu profese (zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku, co považovali za nejobtížnější při výkonu profese, většina komunikačních partnerů uvedla, že pro ně bylo náročné zvyknout si na nové doposud nepoužívané ochranné pomůcky. „Respirátory jsou pro mě obrovské omezení. Nejobtížnější překonávání fyzických bariér, musím v tom pořád mluvit. Na aktivizaci je mluvení nejpodstatnější, je to prostředek, se kterým pracujeme. Nikdo si to neumí představit, jaké je to dva roky žít s respirátorem. Je to těžké po fyzické i po psychické stránce. Nikdy jsem netrpěla na bolesti hlavy jako teď. Stále se snažím všechno dodržovat.“ (KP 2) Pro komunikační partnery bylo velmi náročné zvyknout si na nošení respirátoru a některým z nich to způsobuje i zdravotní komplikace. „Hrozné byly respirátory, naučit se v tom dýchat, nejobtížnější respirátory. Pořád je to náročné, když se v tom koupe, prostě nosit se musí.“ (KP 6) „Naučit se fungovat s respirátorem, celá situace byla obtížná.“ (KP 8) „Zvyknout si na respirátory, špatně se v tom dýchá, když jdu pomoci s koupáním, není to vůbec příjemné.“ (KP 9) „Ochranné pomůcky 12 hodin denně, respirátory, nedá se na to zvyknout. Trpím na migrény a někdy se mi to rozjede.“ (KP 10)

Kromě respirátorů bylo pro pracovníky velkou zátěží používání speciálních ochranných pomůcek, které museli používat na karanténních pokojích. „Covid pokoj, oblékání a svlékání, těžko se v tom dýchalo, byl jsem zpoceny, nebylo to příjemné.“ (KP 1) „Covidový pokoj, kolotoč, bylo nás málo. Práce na pokoji, kompletně se obléct. Vyčerpávající, ta práce v obleku,

snídaně, svačina, koupání. Nedalo se v tom dýchat, dvoje rukavice, v koupelně náročné. Služba na covid pokojích, hodně těžké to bylo.“ (KP 11)

Tato kategorie se zabývá onemocněním Covid-19, jak ho komunikační partneři vnímali s ohledem na své zdraví a zdraví svých blízkých.



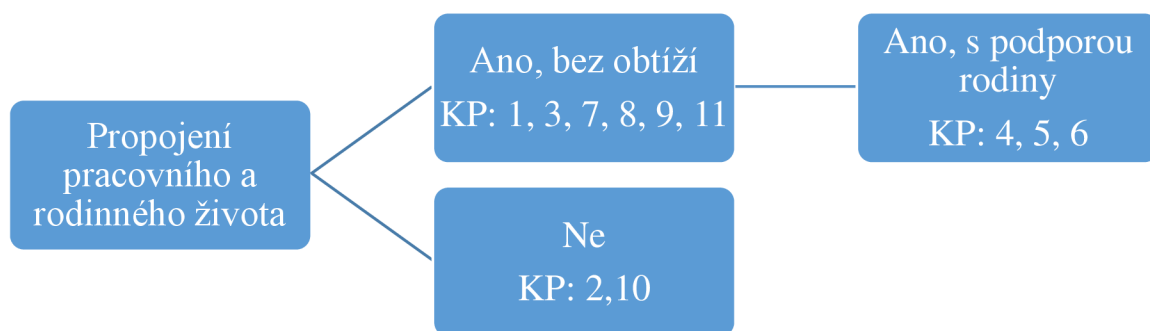
Obrázek 3 – onemocnění COVID-19 (zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku, jak vnímali onemocnění Covid-19, většina komunikačních partnerů uvedla, že mají velké obavy z onemocnění, a to bez ohledu, zda ho prodělali, či nikoliv. „*Velmi citelně, přišel jsem o maminku, ztráta blízkého, nebyla vůbec nemocná. Hodně mě to srazilo, nemám rád odpírání, že to někdo zlehčuje. Apeloval jsem na očkování, chtěl jsem se nechat očkovat. Sám jsem neonemocněl.*“ (KP 1) Z odpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že pokud měli osobní zkušenost s onemocněním u sebe nebo u svých blízkých přistupují velmi pozitivně k očkování. „*Špatně, onemocněla jsem i s manželem a bylo nám hrozně špatně. Vnímám nemoc, vadí mi lidi, kteří to zlehčují, v okolí dost lidí zemřelo a nebyli úplně staří a hodně nemocní. Když bylo očkování, řekla jsem, že půjdu klidně i 10x, hned v lednu jsem se nechala naočkovat, už nechci zažít covid. Měsíc jsem byla doma, 14 dní spala 20 hodin denně, strašné to bylo, kdo to nezažil, je to pro něj nepředstavitelný.*“ (KP 7)

Komunikační partneři také vyslovovali obavy, aby nenakazili uživatele a oni nezemřeli. Řada z nich se bála i o své rodiny. „*Bála jsem se toho, bála jsem se o svoji rodinu i o sebe. Bála jsem se, abych nenakazila uživatele a oni nezemřeli. Ze začátku to bylo hrozné, když jsem viděla svoji zdravou švagrovou, svého 17letého syna, který byl zdravý, hrozné, opravdu hrozné. Strach a respekt, já ho tedy mám.*“ (KP 10) „*Ze začátku jsem byla vyděšená, bála jsem se o svého otce,*

potom partner skončil v nemocnici. O dceru se taky bojím, nejméně se bojím o sebe. Dělam vše proto, abych to nedostala, jsem očkováná, nejsem žádný antivaxer ani nechodím nikam demonstrovat.“ (KP 2) „Kdyby to někdo měl v zařízení, bála bych se, že to přinesu domů, a naopak. Nechci nikoho nakazit v práci ani doma. Ráda jsem si oblíkala a nosila ochranné pomůcky. Mám velký respekt z covidu a nikomu bych ho nepřála.“ (KP 5) „Měla jsem největší strach, že to dostanu, že se nakazím, že selžu a ohrozím chod zařízení. Bála jsem se o své děti a rodiče.“ (KP 4)

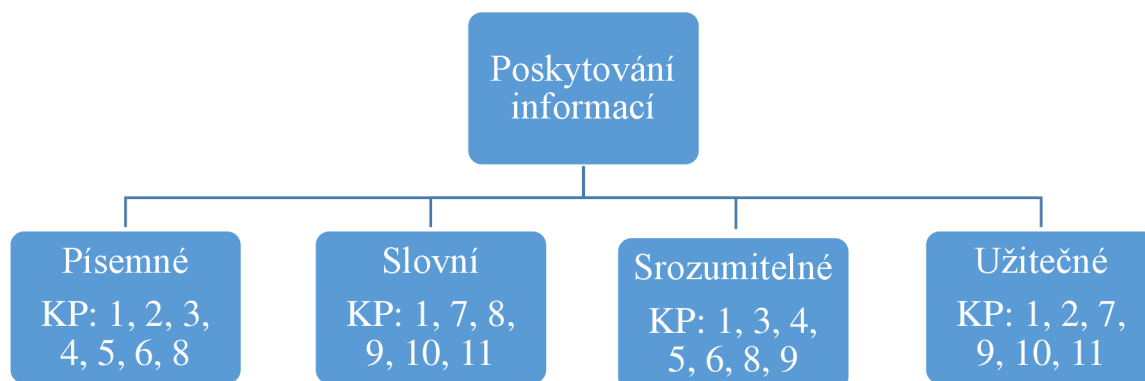
V této kategorii se zabývám tím, jak se dařilo v období pandemie propojit pracovní a rodinný život.



Obrázek 4 – propojení pracovního a rodinného života (zdroj: vlastní výzkum)

Téměř všichni komunikační partneři uvedli, že provázání pracovního a rodinného života nevnímali problematicky. „Mám dospělé děti, syn chodí ještě do školy, byl pár měsíců doma, ale nikoho to neomezovalo. Zřídka kdy jsem měla směny navíc.“ (KP 3) „Pořád stejné, nic jsme nemuseli ladit. Ani v práci jsem nebyla navíc, ani vůči rodině.“ (KP 9) „To se dalo v pohodě, nemám už malé děti, mám velkou dceru.“ (KP 1) „Úplně normálně, děti mám velké. Do práce jsem chodila úplně normálně. Nebyla enormní zátěž.“ (KP 8) „Dobře vzhledem k tomu, že děti už mám velké. Když jsem potřebovala být déle, rodina to pochopila.“ (KP 4) „Bez problémů, děti mám dospělé, žádný problém jsem neměla.“ (KP 11) „Sladilo se to dobře, my jsme to sladili dobře. Se školou se to se to taky dalo sladit. Všichni pomáhali babička, děda se školou, online výukou.“ (KP 6)

Další kategorie se zabývá tím, zda všichni komunikační partneři dostávali informace včas, zda jich byl dostatek a byly pro ně srozumitelné.

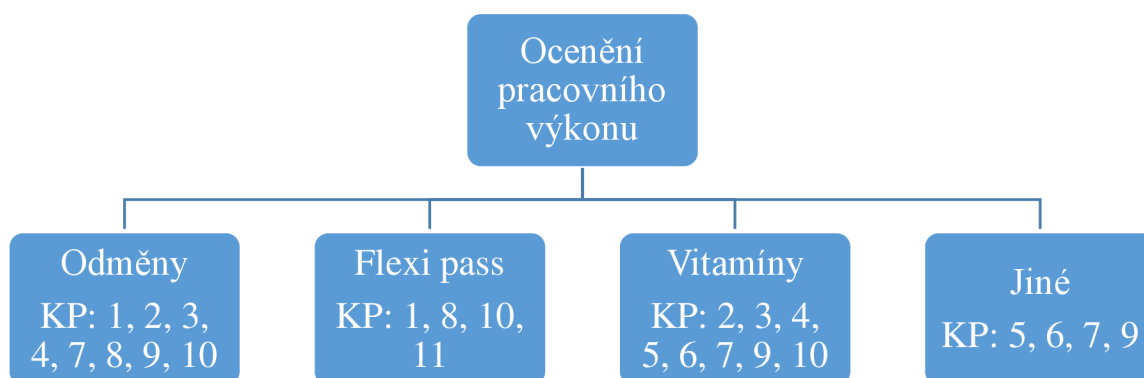


Obrázek 5 – poskytování informací (zdroj: vlastní výzkum)

V oblasti poskytování informací se všichni komunikační partneři shodli, že informací měli dostatek, byly pro ně užitečné a srozumitelné. „Paní ředitelka vše aktualizovala včas. Bylo těch změn za dva roky tolik. Informace jsme vždy dostávali, přesně sepsané informace od paní ředitelky, nic, v čem bych se ztratila. Strašné, kdy je karanténa, kdy není, to se mění hodně, to není věc paní ředitelky. Nezaobírám se detaily, všichni jsme vyčerpaní strašlivým způsobem. Jsem ve stavu rezignace.“ (KP 2) „Srozumitelné ano, kde je covid pokoj, jak se oblékat a vysvlékat, jak přistupovat k uživatelům. Postupy u návštěv a jak budou probíhat.“ (KP 5) Informace si předávali pracovníci i mezi sebou. „Dostávali jsme je každý den na hlášení, co je nového, pokud byla změna během dne, dostali jsme tuto informaci hned. Informace jsme si předávali i mezi sebou, informace byly, a pokud nevím, zeptám se. Přesné informace, co nastane, když bude klient pozitivní, nahlásit komu, přestěhovat kam, udělat zástěny.“ (KP 7) „Určitě, co a jak, co se děje, jaké jsou v domově opatření. Museli jsme si zkusit oblékat obleky, jak máme postupovat, kdybychom to dostali. Informace byly, jak ze strany paní ředitelky, tak i přímé nadřízené.“ (KP 10) „Informace byly písemně, slovně, dostatek informací, když jsme šli na noční, přečetli jsme si informace, byl papír na viditelném místě, většinou na nástěnce.“ (KP 1) Aktualizované informace dostávali pracovníci každý den na ranním hlášení. „Informace byly vždycky na ranním hlášení, ředitelka nám sdělila, zda vzrostla čísla, jaká jsou nová nařízení. Nesměli jsme spolu jíst. Každý den jsme měli čerstvé informace, které byly srozumitelné a potřebné. Měli jsme informace dopředu pro případ uzavření domova, kde budeme spát, kde se budeme koupat, nevěděli jsme, jak to bude.“ (KP 9) „Všechny informace, co nám dali číst, byly srozumitelné, jak se oblékat, svlékat, jak postupovat při přímé nákaze, taky jsme si to

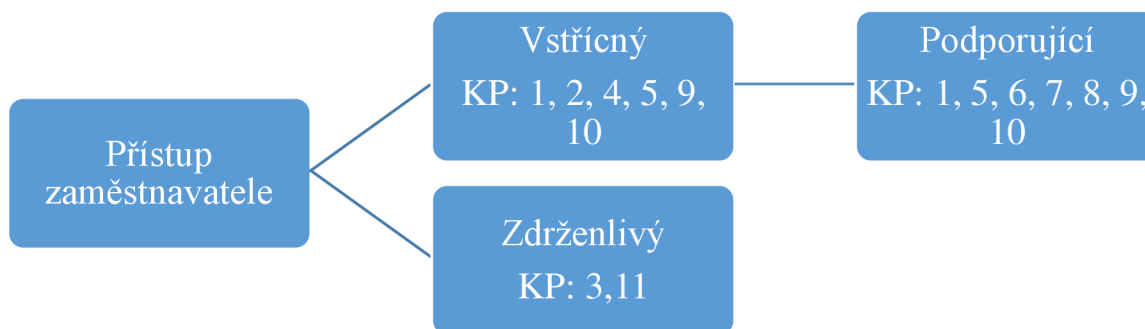
nacvičovali.“ (KP 6) „Pani ředitelka nás o všem novém informovala, co vláda nařídila a zakázala, bylo to srozumitelné. Máme desky s covid opatřením, když bude uživatel nemocný, co máme dělat, jak postupovat, včetně postupu u návštěv. Na nástěnce máme vyvěšené informace ohledně očkování, testování, jaký test, jak dlouho platí.“ (KP 8)

V této kategorii se zaměřuji na benefity včetně finančních odměn, dále se zabývám otázkou, jaký přístup měl zaměstnavatel k jednotlivým pracovníkům.



Obrázek 6a – ocenění pracovního výkonu (zdroj: vlastní výzkum)

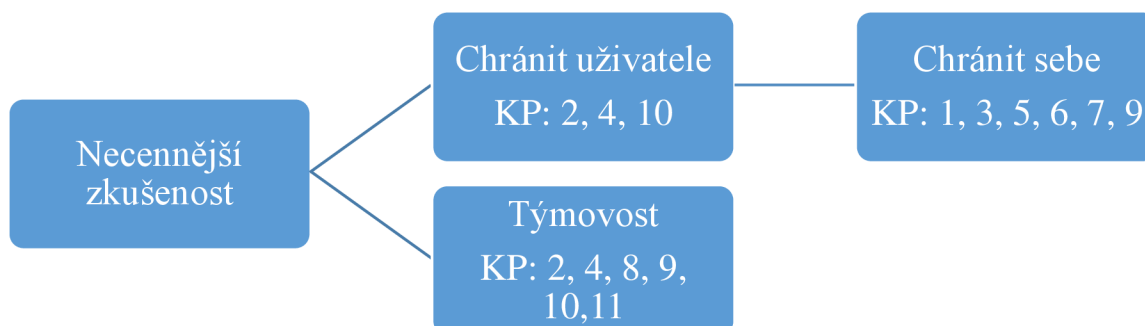
Komunikační partneři vnímali, že byli za svoji práci dostatečně odměněni a většinově vyjádřili i spokojenost s benefity, které měli během pandemie k dispozici. „Oceněn jsem byl dobře, dostatečně covidové peníze. Taky jsme dostali flexi pass, mohl jsem si z toho zaplatit dovolenou, byl jsem rád, že jsem si mohl odpočinout.“ (KP 1) „Dostali jsme covid odměny dvakrát, flexi pass a možné dřívější odchody ze směny kvůli dopravnímu spojení.“ (KP 8) „Určitě jsem byla náležitě oceněna. Dostali jsme odměny, vitamíny.“ (KP 4) „Dostali jsme vitamíny, covid odměny. Byli jsme ohodnoceni docela dost, ještě jsme dostali flexi pass.“ (KP 10) „Vitamíny, květiny k MDŽ, odměny potěšily. Jen jsem si říkala, zda si ty odměny zasloužíme. Výkon byl určitě oceněn náležitě.“ (KP 9) „Byla jsem zaskočená, co všechno jsem dostala. Flexi pass, to mě vyděsilo, neznala jsem to, myslela jsem si, že to neutratím. Nakoupila jsem za to vitamíny, testy, tlakoměr, nevyužila jsem ani možnost fitness. Využila jsem to na nákupy v lékárně pro celou rodinu.“ (KP 11)



Obrázek 6b – přístup zaměstnavatele (zdroj: vlastní výzkum)

Do benefitů také respondenti zahrnuli celkový přístup zaměstnavatele v období pandemie k pracovníkům. „Přístup zaměstnavatele hodnotím velice kladně. Paní ředitelka to má zmáklé, včas informovala, pomůcky jsme měli.“ (KP 4) „Přístup hodnotím určitě kladně, měl se zachovat, jak se zachoval, podstatné informace byly. Když přišla vakcína, byla nám nabídnuta, ochranné pomůcky byly zajištěny. Určitě jsem byla nespokojená s tím, že se zavřely sociální služby a uživatelé šli se zdravotním stavem dolů. Zaměstnavatel poskytl pro uživatele tablety, aby mohli komunikovat s rodinou.“ (KP 8) „Přístup hodnotím dobře, paní ředitelka je hodně opatrná, ale poctivá.“ (KP 2) „Skvělá komunikace, ve všem nám vedení vycházelo vstříc, přímá nadřízená nám chodila pomáhat, jsem tu 8 let a super, ale i během pandemie dobrý.“ (KP 10) „Přístup perfektní, vše nám vysvětlili, informace byly dostatečné. Věděla jsem, co mám dělat, měla jsem větší jistotu, že to dělám dobře.“ (KP 5) „Měli jsme dostatek informací, pomůcek, hodnotím to velmi kladně.“ (KP 9)

Tato kategorie se zabývá zkušenostmi, které pracovníci v přímé péči během pandemie nasbírali.



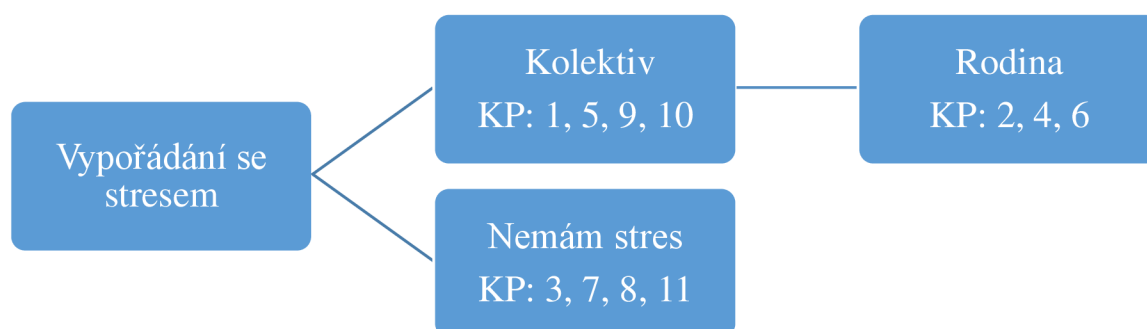
Obrázek 7 – nejceněnější zkušenost (zdroj: vlastní výzkum)

V odpovědích na otázku, jakou nejceněnější zkušenost jim pandemie přinesla, převládaly odpovědi z obav o zdraví uživatelů i o zdraví své. „Rozhodně mi ukázala, co se může stát. Za každou cenu jsme chtěli uživatele chránit. Chápu to, bylo to kruté, smutné, jak dokázali být opuštěni. Strašně nedocenená profese, nikdo si neuvědomí, co to obnáší, když jsme omezení pravidly. Ne všechny rodiny jsou chápavé, ne všechny dcery a synové jsou hodní lidé. Spousta lidí je odloží, za některými nikdo nebyl, jak je rok dlouhý. Covid nám hodně ukázal o lidských povahách a lidské společnosti, je to smutný.“ (KP 2) „Bylo mi líto lidí, že nemůžou k rodinám a rodiny za nimi. Snažili jsme se to lidem vynahrázovat, dělali jsme více aktivit a více se jim věnovali i o víkendech.“ (KP 4) „Bylo mi líto uživatelů, že za nimi nemohly rodiny, bylo to náročné pro nás i pro uživatele. Potom komunikovali přes skype, byli rádi, že vidí své rodiny. Covid je něco nového. Začala jsem si vážit každého dne, kdy jsem viděla některé lidi, a vážit si každého dne, kdy jsem s nimi. Vyhýbala jsem se lidem, abych to nepřinesla sem ani domů.“ (KP 10) Komunikační partneři se snažili chránit, aby onemocnění nepřinesli do domova. „Víc dávat na sebe pozor, abych covid nepřinesla sem do zařízení, abychom nikoho nenakazili, to by nám svědomí nedovolilo.“ (KP 6) „Že se mám hodně chránit před všemi nemocemi. Dávat si pozor na jiné infekční nemoci, nejenom na sars.“ (KP 1) „Vážít si svého zdraví, vím, že pracujeme s nejohroženější skupinou.“ (KP 9)

Od řady komunikačních partnerů také zaznělo, že pro ně byla cenná zkušenost v tom, jak se dokázali jako tým semknout. „Nás to stmelilo, všichni jsme si uvědomovali, že když budeme vše dodržovat, že to přežijeme.“ (KP 4) „Zdálo se mi, že jak byli lidé vyplašení, semkli jsme

se, fungovali jsme jako jeden tým lidí. Otupěli jsme, drželi jsme za jeden provaz, pomáhali si. Náš domov funguje dobře, jsme malé zařízení. Snažíme se útočit na nezodpovědné rodiny, sundávají roušky, jsou hubatí, ale nás to neodradí.“ (KP 11) „Ukázalo to sounáležitost lidí, že dokážou táhnout za jeden provaz.“ (KP 2) „Semknutí pracovníků, jsou zodpovědní, když někdo vybočoval, tak sami na to upozornili.“ (KP 9) „Kolegové jsou k sobě více ohleduplní, když je zle, umíme se k sobě chovat hezky.“ (KP 8) „Ukázalo mi to, že v těžkém období super kolektiv, nepoložilo nás to, jdeme dohromady. Covid se nám vyhnul, protože jsme se chránili, tady jsme si to ustáli.“ (KP 10)

Tato kategorie se zabývá tím, jak se zaměstnancům v období pandemie dařilo vypořádávat se stresem.

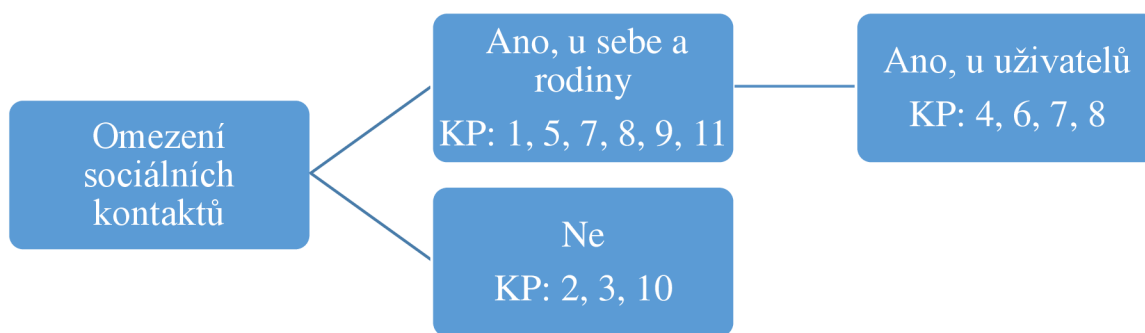


Obrázek 8 – vypořádání se stresem (zdroj: vlastní výzkum)

Komunikační partneři se se stresem vypořádali relativně dobře. Uvedli, že nejvíce jim pomohl kolektiv a rodina. „Pomohli mi spolupracovníci, nejvíc se u mě projevil stres, když mi umřela mamka na covid.“ (KP 1) „Pomáhal mi kolektiv, že to bude dobrý, že to zvládneme. Snažili jsme se na covid zapomenout. Stres jsem měla z toho, že bychom to měli zavřít, že se nebudu moc starat o lidi, že už je nevidím, že to může někdo chytit a já mu nebudu moct pomoci.“ (KP 5) „Pomáhala nám nadřízená i paní ředitelka. Máme dobrý kolektiv, taháme se vzájemně nahoru. Večer jsme si řekli, že už nemůžeme, a ráno to bylo zase lepší.“ (KP 10) „Pomohla mi rodina, mám malé dítě, jezdíme na výlety. Mám spoustu koníčků, čtu, hraju hry. Zatím jsem nedošla do fáze, že bych se pod tím zhroutila.“ (KP 2) „Když jsem ve stresu, vezmu si vnučata. Pomáhala mi rodina a vnučata, to já se při nich nabijím. (KP 4) „Mám podporu v rodině a v přítelovi, tady jsme se snažili všechno řešit v klidu.“ (KP 6)

Několik komunikačních partnerů uvedlo, že stresem netrpěli. „*Nemám stres, hodně odpočívám. Jsem spíše pozitivní člověk a nenechám se vystresovat nějakými maličkostmi.*“ (KP 3) „*Netrpím na velký stres, ono je to o nervy každý den. Osobně jsem z toho žádný stres neměla. Byla malá nemocnost uživatelů.*“ (KP 7) „*Nemám stres, jsem flegmatik, z ničeho jsem se nehroutila, nic si nepřipouštím.*“ (KP 11) „*Vzhledem k tomu, že tady v podstatě žádný covid v podstatě nebyl, ani z rodiny ho nikdo neměl, nebyla jsem ve stresu, do práce jsem taky mohla chodit.*“ (KP 11)

Poslední kategorie se zabývá tím, jak pracovníci v přímé péči vnímali omezení sociálních kontaktů.



Obrázek 9 – omezení sociálních kontaktů (zdroj: vlastní výzkum)

Většina komunikačních partnerů na otázku, jak vnímali omezení sociálních kontaktů, odpověděla, že se to dotýkalo jich samotných nebo uživatelů. „*Bylo mi líto našich uživatelů, rodiny sem nemohly, všechno bylo po skypu. I v rodině jsme to měli trochu omezené, ze začátku se všichni báli, potom jsme to začali pomalu rozvolňovat.*“ (KP 4) „*Určitě omezení kontaktů s přáteli jsem pocítila, ale pořád existují telefony, pořád jsme byli nějak v kontaktu. Uživatelé tady, to bylo horší, trpěli nejvíc, že nemohli vidět svoji rodinu, bylo jim smutno.*“ (KP 8) „*Mám ráda cestování, bylo to strašný. Mamka má příbuzenstvo na Slovensku, nemohli jsme je vidět.*“ (KP 5) „*Bylo mi líto, že nebyl vánoční večírek. Na jaře jsme si chodili s kolegy sednout, mrzelo nás to. Neutužovali jsme kolektiv. Bylo nám to líto, ale říkali jsme si, že bude zase líp.*“ (KP 9) „*Bylo mi trochu líto, že nemohu posedět s kamarády, sejít se s nimi. Bylo mi líto uživatelů, když plakali u skypu, že se nemůžou vidět se svými blízkými.*“ (KP 7)

Menší část komunikačních partnerů uvedla, že omezení sociálních kontaktů jim nečinilo žádné problémy. „*S omezením kontaktů se vyrovnávám dobře, využívám internet pro své*

přátele. Jsem introvert, nemám problém trávit čas sama, jsem za to někdy i vděčná.“ (KP 2)
„Jsem radši sama, nevyhledávám nikoho, jsem radši s rodinou. Kino nevyhledávám, odpočínám si, když jsem sama. V létě jsem dělala na zahradě, to je pro mě dobíječka. Kytky, zahrada, skleník. Radši si zalezu na zahradu, než bych šla na kafe.“ (KP 10) „Nevnímala jsem omezení kontaktů. Jsou telefony, skype, všechno se dá dohnat.“ (KP 3)

5 Diskuze

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem pandemie SARS-CoV-2 a jejími dopady na pracovníky sociálních služeb v přímé péči. Za účelem této otázky byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, která byla aplikovaná metodou polostrukturovaného rozhovoru s celkem jedenácti komunikačními partnery. Na základě výpovědí komunikačních partnerů byly pomocí otevřeného kódování vytvořeny kódy, jež byly poté rozděleny do devíti jednotlivých kategorií.

Na základě vytyčení cílů výzkumu byla stanovena hlavní a zastřešující výzkumná otázka: „Jaké měla pandemie SARS-CoV-2 dopady na pracovníky v sociálních službách v přímé obslužné péči?“ Tato zastřešující tematická otázka se rozdělila na základě rozhovorů na dva základní okruhy. První z nich představuje dopady na pracovníky v jejich profesní rovině, druhý se týká osobních prožitků z pandemického období. Ačkoliv by se mohlo zdát, že tyto dvě množiny spolu spíše nekomunikují a jsou odděleny, na základě našeho výzkumu lze konstatovat, že jsou navzájem propojené.

Nejčastějším dopadem pandemie SARS-CoV-2 na pracovní rovinu dotazovaných byla povinnost nošení do té doby nevyužívaných hygienických pomůcek, která vyplývala z mimořádných opatření, jež všem poskytovatelům sociálních služeb nařídila v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem nejen nosit ochranné prostředky, ale také vyčlenit lůžkovou kapacitu pro oddělení těch uživatelů, u kterých se prokázalo onemocnění Covid-19. Zároveň zaměstnanci, již přišli do kontaktu s osobami, které měly prokazatelně nemoc Covid-19, se nesměli potkat s ostatními spolupracovníky ani uživateli (MZDR 13719/2020-1/MIN/KAN; MZDR 13894/2020-1/MIN/KAN). Povinné využívání např. ochranných obleků při styku s infikovanými uživateli, především pak ale respirátorů, které tázané omezovaly v provádění fyzicky náročných pracovních úkonů, označily za zásadní zátěž více jak dvě třetiny komunikačních partnerů. Ti zároveň uvádějí, že jim používání respirátorů způsobuje zdravotní komplikace a stále si na jejich nošení nemohou zvyknout. Také se shodují v tom, že používání respirátorů po celou směnu je pro ně velmi fyzicky náročné. Nejlépe to vystihuje KP 2, který uvedl: „Respirátory jsou pro mě obrovské omezení, nejobtížnější je překonávání fyzických bariér.“ Za velmi náročné také označili komunikační partneři práci na izolačních pokojích, a to především s ohledem na dodržování veškerých nařízení, neustálé oblékání a vysvlékání speciálních ochranných pomůcek. Nejlépe to vystihl KP 11, který uvedl: „Vyčerpávající práce v obleku, nedalo se v tom dýchat, služba na covid pokojích, hodně těžké to bylo.“ Vysokou

náročnost práce s používáním osobních ochranných pomůcek potvrzuje ve svém odborném příspěvku i Šeblová (2020).

Zároveň více jak dvě třetiny komunikačních partnerů v rozhovorech akcentovaly omezení sociálních kontaktů. Tato problematika nebyla zátěží pro ně samotné, jelikož, jak vyplývá z jejich výpovědí, jsou přivyklí využívat moderní komunikační platformy, např. v podobě sociálních sítí, ale náročně se vyrovnávali se skutečností, že uživatelé, o které pečovali, nemohli osobně komunikovat se svými rodinami a blízkými. Tuto skutečnost potvrzuje také zpráva pracovní skupiny Rady vlády pro duševní zdraví, která zkoumala dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 na duševní zdraví populace a z níž vyplývá, že restriktivními opatřeními byli silně zasaženi senioři v institucionální péči, a to zejména sociální izolací způsobenou omezením volného pohybu, tedy zákazem návštěv (Zpráva Rady vlády pro duševní rizika). Významný zásah pandemie do sociálních a komunikačních vazeb uživatelů sociálních služeb byl potvrzen i v některých dalších prvotních studiích, zabývajících se dopady pandemie na sociální služby. (Nota, 2021)

Poměrně nepřekvapivé byly obecné odpovědi související s otázkou na obavy z infekce a případného onemocnění. V této širší rovině pouze dva respondenti uvedli, že z infekce ani onemocnění neměli obavu, zbylých devět dotazovaných naopak vyjádřilo strach. Možná částečně nečekaně se nejednalo o strach z možné infekce spolupracovníků a uživatelů, a tím ohrožení chodu pobytového zařízení, který vyjádřili ve svých odpovědích pouze čtyři tázaní, ale naopak o obavu z onemocnění rodiny, blízkých či jich samotných, která se projevila u většiny komunikačních partnerů. Šeblová (2020) uvádí, že na zdravotníky a pracovníky v sociálních službách dopadla pandemie v oblasti profesní, což byla především nejistota a zodpovědnost za uživatele. V oblasti osobní to byl strach, nejistota, rozpory mezi odpovědností vůči uživatelům a svým blízkým, obava z přenesení nákazy do rodiny.

Osobní i pracovní život se sice mohou zdát oddělené, ale z povahy věci nejsou nikdy oddělené zcela, a to ani v období pandemie. Oproti původním očekáváním výsledky výzkumu ukázaly, že vypuknutí pandemie SARS-CoV-2 nemělo zásadnější dopady na sladění osobního a profesního života.

Na základě výzkumu lze konstatovat, že zmíněné dva okruhy nejsou propojeny pouze v otázce sladění osobního a profesního života. Zásadním pojítkem těchto dvou okruhů, které se objevovalo v celé řadě odpovědí a lze říci, že se táhlo rozhovory jako červená niť, byl stres a pocity strachu a obav z neznámého onemocnění a jeho možných následků. Křivohlavý (1994)

uvádí, že stresem se rozumí vnitřní stav člověka, který je něčím ohrožován, anebo ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečná. Paulík (2010) spojuje stres s obtížnými situacemi a ohrožujícími faktory, které významně narušují rovnováhu organismu a vyvolávají závažné změny. Nakonečný (2003) píše, že stres vzniká, pokud na člověka působí nadměrně silný podnět dlouhou dobu, nebo pokud se člověk ocitne v těžké situaci, které se nemůže vyhnout a zůstává v ní. Dopady pandemie na sociální služby a jejich pracovníky, kteří byli pod velkým tlakem a stresem, byla také potvrzena v prvotních reflexích dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR (Kliment, Nádvořníková, 2020). Zásadní pro překonávání zvýšené míry stresu se poté téměř rovným dílem stalo rodinné prostředí, ale také pracovní kolektiv komunikačních partnerů.

Drtivá většina dotázaných pozitivně hodnotila dostatek takovýchto hygienických pomůcek, stejně jako včasné a kvalitní informování o nových povinnostech, které vyplývaly z jednotlivých nařízení. Včasné a aktuální informace dostávali pracovníci každý den od vedení a přímých nadřízených, také byli v předstihu informováni, jak postupovat v případě nákazy, jaké nařízení platí pro návštěvy, prakticky si nacvičovali užívání speciálních pracovních pomůcek, v neposlední řadě denně dostávali informace o nových nařízeních Ministerstva zdravotnictví. Nejvýstižněji to popsal KP 7, který uvedl: „Informace jsme dostávali každý den na hlášení, pokud byla změna během dne, dostali jsme tuto informaci hned.“ Tyto informace byly v ucelené formě, předávány písemně a uloženy na viditelných místech. Komunikační partneři k tomu uvedli, že jim to dávalo daleko větší jistotu, že dělají věci právně. Celkový přístup zaměstnavatele k pandemii hodnotila pozitivně, zejména s aspektem na poskytování informací a hygienických pomůcek, podobně silná většina komunikačních partnerů. KP 9 uvádí: „Měli jsme dostatek informací, pomůcek, hodnotím to velmi kladně.“

Největšími dopady pandemie na pracovníky byla především fyzická zátěž s nošením respirátorů, práce na izolačních pokojích a s tím spojené povinné nošení ochranných pomůcek, nutnost několikrát denně se oblékat do speciálních obleků, péče o uživatele se tím stávala mnohem náročnější. Neustále se měnící nařízení Ministerstva zdravotnictví a požadavky z Krajské hygienické stanice kladlo na pracovníky ještě vyšší pracovní zatížení. Kromě jiného jim situaci komplikovaly návštěvy rodinných příslušníků, které často nedodržovali příslušná nařízení a po upozornění se často k pracovníkům chovali nevhodným způsobem, což vnímali jako nedocenení jejich profese a demotivovalo je to. Pracovníci se obávali onemocnění COVID-19 u sebe, svých rodin, ale také se obávali, aby neonemocněli uživatelé, snažili se je

maximálně chránit i tím, že vědomě omezovali sociální kontakty, a to vše jim způsobovalo dlouhodobý stres.

Výzkum potvrdil, že pandemie SARS-CoV-2 měla zásadní dopad na profesní i osobní život pracovníků v přímé péči. Museli se vypořádat s náročnou situací ve fyzické rovině, ale i po psychické stránce, některým z nich se v období pandemie zhoršil zdravotní stav. Každodenně se vypořádávali s obavou, strachem nejistou o své zdraví a zdraví svých blízkých, ale i obavou, aby nepřinesli nákazu do zařízení a neohrozili tím chod a uživatele. Z výzkumu také vyplývá, že si komunikační partneři daleko více váží svého zdraví, snaží se před onemocněním chránit a mají kladný vztah k očkování.

Závěr

Doba, ve které žijeme, je velmi složitá. Pandemie SARS-CoV-2 byla bezprecedentní událostí, se kterou se nesetkaly celé generace a která ovlivnila zásadně všechny aspekty života. Od počátku bylo zřejmé, že ohroženi jsou především senioři a že pro pracovníky v sociálních službách bude toto období mimořádně náročné. Tyto důvody mě vedly k tomu zvolit si téma bakalářské práce, které reflektuje, jak se pracovníci v sociálních službách s pandemií SARS-CoV-2 vypořádali. Cílem bylo analyzovat, jaké dopady měla pandemie na pracovníky sociálních služeb v přímé péči.

Výzkum potvrdil, že toto období bylo pro pracovníky náročné, ale zároveň z výzkumu vyplývá, že se pracovníci velmi rychle uměli přizpůsobit dané situaci, naučili se velmi rychle vše, co po nich nový režim práce požadoval, respektive uměli reagovat na změny, které přinášela každodenní nařízení ministerstva zdravotnictví. Díky tomu mají nyní větší jistotu, že dělají věci správně. Nemusí se obávat změn a nových výzev a mohou je naopak vidět jako příležitosti. Pandemie pracovníky spojila, daleko více si váží obyčejných věcí a uvědomují si, co je v životě opravdu důležité. Co bylo dříve naprostou samozřejmostí, v dnešní době berou s velkou pokorou – a může to být pouhý úsměv a poděkování od kolegy nebo pochvala od rodiny, že se dobře starají o jejich blízkého. Snaží se více času trávit se svou rodinou a přáteli. Váží si svého zdraví a zdraví svých nejbližších.

Cíl výzkumu byl naplněn, podařilo se zjistit zásadní dopady pandemie SARS-CoV-2 na pracovníky v sociálních službách v přímé péči, a to dává poskytovatelům sociálních služeb možnost reagovat na tyto výsledky a nastavit pro pracovníky optimální pracovní podmínky s různými podpůrnými prostředky pro jejich další rozvoj.

Přínos bakalářské práce spatřuji v tom, že jsme měli možnost zjistit, co pracovníky v přímé péči v období pandemie ovlivňovalo, jaký to mělo vliv a dopady na jejich profesní a osobní život. Můžeme ji také využít jako reflexi sloužící k tomu, abychom věděli, čeho se vyvarovat v případě další podobné stresové situací či obecně. Z výsledků výzkumu vyplývá, že je potřeba se tomuto tématu věnovat a připravit programy pro pracovníky, které by jim pomohly se co nejrychleji zregenerovat po fyzické i psychické stránce a nabrat další síly do jejich velmi náročné profese. Výsledky bakalářské práce by mohly být použity pro další výzkum, a to především v oblasti dopadů psychiky na pracovníky, kdy vysoké pracovní zatížení a dlouhotrvající stres si může začít vybírat svou daň v následujících týdnech a měsících.

S nálezou a každodenními změnami si pracovníci poradili, ale s dlouhodobým tlakem na psychiku to bývá obtížnější. Stres, který prožívali pracovníci během pandemie, byl obrovský a dlouhodobý. Následky se mohou projevat dlouhodobě, a to i po celkovém zklidnění pandemické situace. Může se projevit posttraumatický stresový syndrom, se kterým se bude potřeba vyrovnat. Jeho důsledky jsou deprese, nespavost, úzkostné stavy a pocity vyhoření.

Seznam použité literatury

- BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Slabikář sociální práce*. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80-7239-148-8.
- CABADA, L. *Česká liberálně-konzervativní pravice v době (post)koronavirové*. In: TUNGUL, L. (ed). *Doba (po)Covidová: zaměřeno na střední třídu*. Přerov: Jutty, 2020, s. 18-20. ISBN 978-80-88350-06-4.
- CÍLEK, V. *Utíkej brzy, utíkej daleko a dlouho se nevracej*. In: HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zeď, 2020, s. 12-27. ISBN 978-80-907674-4-7.
- Dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 a duševního zdraví populace ČR – zpráva pracovní skupiny Rady vlády pro duševní zdraví, přístupné online <https://www.mzcr.cz/rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/> [cit. 2022-01-18]
- GOJDA, J. *Černá smrt*. In: HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zeď, 2020, s. 142-167. ISBN 978-80-907674-4-7.
- HAVRÁNKOVÁ, I., TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Sociální služby se zaměřením na problematiku seniorů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-453-3.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize: průvodce supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAWKINS.P., SHOHET.R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- HENDL, J., REMR, J. *Kvalitativní výzkum základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802620219-6.
- HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zeď, 2020. ISBN 978-80-907674-4-7.
- CHRASTINA, J. *Případová studie-metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.
- JANEČKOVÁ, H. *Kvalita života seniorů a možnosti jejího zlepšení prostřednictvím kvality péče*. Plzeň: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni, 2004. ISBN neuvedeno.
- JEKLOVÁ, M.,REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-06-1.
- KALVÍNSKÝ, I. Zkušenosti ze supervizních setkání a návrh systému supervize. 2019, přístupné online <https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2021/06/Zkusenosti-ze-superviznich-setkani-a-navrh-systemu-supervize.pdf/>[cit. 2022-01-15]
- KLIMENT, P., NÁDVORÍKOVÁ, L. *Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR*. Fórum sociální práce, 2020, roč. 11, č. 2, s. 20-28, ISSN 2336-6664.
- KNOTOVÁ, D. *Úvod do sociální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7078-3.

- KOHOUTEK, R. a kolektiv. *Základy sociální psychologie*. Brno: Cerm, 1998. ISBN 80-7204-064-2.
- KOL. AUTORU. *Krize a příležitosti, ekonomické a sociální dopady epidemie COVID-19*. Praha: Rosa Luxemburg Stiftung, 2020. ISBN 978-80-907997-1-4.
- KONVALINKA, J. – MACHALA, L. *Kapesní pandemie jménem SARS*. In: HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zed', 2020, s. 124-141. ISBN 978-80-907674-4-7.
- KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 80-7169-121-6.
- KUBAL, M., GIBIŠ, V. *Pandemie*. Kniha Zlín, 2020. ISBN 978-80-7662-047-6.
- KUBALČÍKOVÁ, K. *Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace pečovatelské služby*. Sociální práce, 2011, roč. 11, č. 3, s. 56 – 66. ISSN 1213-6204.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. ISBN 80-239-1051-5.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví, přístupné online <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-narizeni-poskytovatelum-zdravotnich-sluzeb-nasledne-a-dlouhodobu-luzkove-pece-a-poskytovatelum-socialnich-sluzeb/> [cit. 2022-01-18]
- Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví, přístupné online <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-noseni-ochrannych-prostredku-dychacich-cest/> [cit. 2022-01-18]
- Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví, přístupné online <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-zakaz-navstev-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich-a-zarizenich-socialnich-sluzeb-s-vyjimkami/> [cit. 2022-01-18]
- MUSIL, L. *„Ráda bych Vám pomohla, ale-“ dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academie, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
- NERAD, F. *Hra o osudy. Nejen střední třídy*. In: TUNGUL, L. (ed). *Doba (po)Covidová: zaměřeno na střední třídu*. Přerov: Jutty, 2020, s. 35-37. ISBN 978-80-88350-06-4.

- NERUDOVÁ, D. *Jak změni koronavirus společnost*. In: HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zed', 2020, s. 274-283. ISBN 978-80-907674-4-7.
- NOTA, J. *Onemocnění covid-19 v domově sociálních služeb pohledem zaměstnanců*. Caritas et veritas, 2021, roč. 11, č. 1, s. 173-187, ISSN 1805-0948.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- Pandemický plán České republiky, 2011, přístupné online <https://www.mzcr.cz/pandemicky-plan-ceske-republiky/> [cit. 2022- 01-15]
- Pandemický plán ČR, 2006, přístupné online <http://www.szu.cz/tema/krizove-situace/pandemicky-plan/> [cit. 2022-01-15]
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academie, 1997. ISBN 80-200-0607-9.
- PROUZA, T. *Naděje a zklamání koronavirové krize*. In: In: TUNGUL, L. (ed). *Doba (po)Covidová: zaměřeno na střední třídu*. Přerov: Jutty, 2020, s. 48-51. ISBN 978-80-88350-06-4.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3.
- PRUŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: SPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3.
- ŠEBLOVÁ, J., ŠEBLOVÁ, D., PROTOTOPOVÁ, D. *Pandemie SARS-CoV-2 a její dopady na psychické zdraví*. Urgentní medicína, 2020, roč. 23, č. 4, s. 45-52. ISSN 1212-1924.
- ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory*. In Sociální práce. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004. ISSN 1213-624.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7142-841-1.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- TUNGUL, L. (eds)., *Doba (po)Covidová: zaměřeno na střední třídu*. Přerov: Jutty, 2020. ISBN 978-80-88350-06-4.
- VÁCHA, M. *Krize je šance*. In: HONZÁK, R. a kol. *Doba koronavirová*. Praha: Nakladatelství Zed', 2020, s. 284-293. ISBN 978-80-907674-4-7.
- VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. Brno: VÚPSV, 2003. ISBN neuvedeno.
- ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. ISSN 1211-1244.
- ZATLOUKAL, L., HAVLÍK, M., DOLEČEK, Z., ŠOTOLA, J. *Komplexní posuzování potřeb klientů v rámci poradenského rozhovoru z hlediska přístupu zaměřeného na řešení*. Sociální práce, 2011, roč. 11. ISSN 1213-6204.
- ŽANTOVSKÝ, M. *Nový standard*. In: In: TUNGUL, L. (ed). *Doba (po)Covidová: zaměřeno na střední třídu*. Přerov: Jutty, 2020, s. 63-66. ISBN 978-80-88350-06-4.

Seznam příloh a obrázků

Tabulka 1 – základní informace o komunikačních partnerech

Obrázek 1 – ochranné pomůcky

Obrázek 2 – náročnost při výkonu profese

Obrázek 3 – onemocnění COVID-19

Obrázek 4 – propojené pracovního a rodinného života

Obrázek 5 – poskytování informací

Obrázek 6a – ocenění pracovního výkonu

Obrázek 6b – přístup zaměstnavatele

Obrázek 7 – nejcennější zkušenost

Obrázek 8 – vypořádání se stresem

Obrázek 9 – omezení sociálních kontaktů

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Přílohy

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

- 1) Jaké ochranné pomůcky jste během pandemie SARS-CoV-2 používal/a, byl Vám poskytnut dostatek ochranných pomůcek?
- 2) Jaké informace Vám během pandemie SARS-CoV-2 poskytovali nadřízení a byly potřebné a srozumitelné k výkonu Vaší práce?
- 3) Jakou nejcennější zkušenost Vám pandemie SARS-CoV-2 přinesla pro Vaši profesi a změnil se nějak Váš názor na poskytování sociálních služeb?
- 4) Co jste osobně považoval/a za nejobtížnější při výkonu Vaší profese během pandemie SARS-CoV-2 ?
- 5) Jak jste vnímal/a onemocnění Covid-19 s ohledem na své zdraví a zdraví svých blízkých?
- 6) Jaké benefity jste měl/a v období pandemie SARS-CoV-2 k dispozici od zaměstnavatele a byl náležitě oceněn Váš pracovní výkon?
- 7) Co Vám pomáhalo vypořádat se stresem a jak jste s tím pracoval/a?
- 8) Jak se dařilo sladit pracovní a rodinné povinnosti během pandemie SARS-CoV-2?
- 9) Jak jste vnímal/a omezení sociálních kontaktů a mělo nějaký vliv na výkon Vaší profese?
- 10) Jak hodnotíte celkový přístup zaměstnavatele k zaměstnancům v době pandemie SARS-CoV-2?