

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Bakalářská práce

2020

ALEXANDRA ŠÍMOVÁ

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Komparace přístupů práce s riziky u seniorů v ambulantní, terénní a pobytové službě

Bakalářská práce

Autor: Alexandra Šimová
Studijní program: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové, 2020



Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor: Alexandra Šímová

Studium: U17010

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Komparace přístupu práce s riziky u seniorů v ambulantní, terénní a pobytové službě**

Název bakalářské práce AJ: A Comparison of the Approach to Working with Risks at Seniors in Outpatients, Field and Stay Service

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ: Práce s riziky je často opomíjenou, avšak nedílnou a důležitou součástí individuálního plánování. Cílem bakalářské práce je srovnání přístupu práce s riziky ve třech typech sociální služby pomáhající řešit nepříznivou životní situaci seniorům. K dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Ivana HAVRÁNKOVÁ. Sociální služby se zaměřením na problematiku seniorů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-453-3. KUBALOVÁ, Naděžda, Hana TRÁSKOVÁ a Jarmila RUSKOVÁ. Individuální plány péče: přání uživatelů - možná rizika : [první pomoc pro uživatele a poskytovatele v sociálních službách]. Doubrava: Gordon, 2007. ISBN 978-80-903699-2-4. HAUKE, Marcela. Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7. HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hořiněvsi dne 5. 4. 2020

.....

Alexandra Šimová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky a také za čas, který mi věnovala při konzultacích k mé bakalářské práci.

Anotace

ŠÍMOVÁ, Alexandra. *Komparace přístupů práce s riziky u seniorů v ambulantní, terénní a pobytové službě*. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá komparací přístupů práce s riziky u seniorů v terénní, pobytové a ambulantní službě. Zaměřuje se na to, jaká rizika v těchto službách při práci se seniory mohou nastat a jakým způsobem pracovníci v těchto typech služeb s riziky pracují. V teoretické části jsou uvedeny základní klíčové pojmy a charakteristika sociálních služeb a možných rizikových situací. Praktická část je zaměřena na srovnání práce s riziky v jednotlivých typech služby za použití kvalitativního výzkumu polostrukturovanými rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách všech tří typů.

Klíčová slova: ambulantní služba, pobytová, riziko v sociálních službách, terénní, změny ve stáří

Annotation

ŠÍMOVÁ, Alexandra. *A Comparison of Approach to Working with Risks to Seniors in Outpatient, Field and Stay services*. Hradec Králové, 2020. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts. Thesis supervisor Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

The bachelor's thesis deals with the comparison of approaches to working with risks to seniors in outpatient, field, and stay services. It focuses on the risks in these services when working with seniors and how workers in these types of services work with risks. In the theoretical part, the basic key terms and characteristics of social services and possible risk situations are presented. The practical part is focused on the comparison of work with risks in individual types of services using qualitative research through semi-structured interviews with social workers and workers in social services of all three types.

Keywords: changes in old age, field, residential and outpatient services, risk in social services

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část	11
1.1 Sociální služby	11
1.1.1 Pobytová služby	12
1.1.2 Terénní služby.....	12
1.1.3 Ambulantní služby	14
1.2 Změny ve stáří.....	14
1.3 Riziko v sociálních službách.....	18
1.3.1 Přiměřené riziko.....	20
1.3.2 Zvýšené riziko.....	20
1.3.3 Nepřiměřené riziko	21
1.3.4 Rizika vyplývající z tělesných změn ve stáří.....	21
1.3.5 Rizika vyplývající z psychosociálních změn ve stáří	24
1.3.6 Rizika vyplývající z demence ve stáří	27
1.4 Proces práce s riziky v sociálních službách	28
1.4.1 Forma a metoda zpracování plánu rizik.....	29
1.4.2 Vyhodnocování plánu rizik.....	30
1.4.3 Sdílení informací a zodpovědnost za práci s rizikem	31
1.4.4 Sřet zájmů v rámci ochrany práv klienta	31
1.5 Shrnutí teoretické části	32
2 Metodická část	33
2.1 Formulace cíle výzkumu	33
2.2 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie	34
2.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	35
2.4 Zdůvodnění výběru výzkumného vzorku a jeho charakteristika	39
2.5 Průběh výzkumu.....	40
2.6 Způsob zpracování získaných údajů	42
2.7 Etická a jiná rizika výzkumu.....	42
3 Zpracování získaných výzkumných údajů.....	44
3.1 DVC 1: Komparace rizik vyplývajících z tělesných, psychosociálních změn a demence ve stáří.....	44

3.2 DVC 2.: Komparace procesů práce k identifikovaným rizikům v terénní, ambulantní a pobytové službě.....	50
3.3 Shrnutí výzkumné části	61
Závěr a diskuze	65
Seznam použitých zdrojů.....	67
Seznam tabulek	69

Seznam zkratk

DVC	dílčí výzkumný cíl
SP	sociální pracovník
PSS	pracovník v sociálních službách

Úvod

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s nedostatkem informací o rizicích spojených s prací se seniory v sociálních službách. Vnímám mezi pracovníky na různých setkáních, že pojem riziko nebo plán rizik dost často neznají nebo s ním nepracují. Většinou však do té doby, než nějaká riziková situace nastane. Považuji tuto problematiku za důležitou, jelikož z vlastní zkušenosti mám dojem, že existuje jen velmi málo informací, které by pomohly pracovníkům orientovat se v rizikových situacích. Jakým způsobem zjistit, zda o rizikovou situaci jde, a jakým způsobem s ní pracovat, je dost často názorově odlišné, jelikož vnímání rizika je různé. **Cílem práce je komparace přístupů práce s riziky u seniorů v ambulantní, terénní a pobytové službě.** Myslím si, že řada sociálních služeb s riziky pracuje často i nevědomě, ale nemají dostatečně zpracovaný plán rizik nebo rizikové situace řeší, až když u seniora nastanou. Výhodu částečně vidím u pobytových služeb, kde jsou opatření nastavena systémově. Naopak jako těžší se mi jeví práce s riziky v domácnostech seniorů. V prvním dílčím cíli bych se chtěla zabývat komparací rizik vyplývajících z tělesných, psychosociálních změn a demence ve stáří ve všech třech typech služby. Zajímá mě, s jakými nejčastějšími riziky se pracovníci v těchto službách setkávají. Na základě tohoto zjištění v druhém dílčím cíli budu komparovat přístup pracovníků k identifikovaným rizikům v ambulantní, terénní a pobytové službě.

Teoretická část se zabývá seznámením se se základními pojmy bakalářské práce. Nejdříve se budu věnovat sociálním službám. Vydefinuji, jaké typy sociálních služeb mohou senioři využít a co svým klientům nabízejí. V další kapitole se budu věnovat změnám ve stáří, a to v oblasti tělesné, psychosociální a demence. Následuje vymezení pojmu rizika v sociálních službách a rozdělení rizik dle jejich míry závažnosti. V této kapitole se zároveň zabývám riziky vyplývajících ze změn ve stáří. Nedílnou součástí této kapitoly vnímám proces práce s riziky. Tato část mé práce seznamuje s tím, jakou formou a metodou probíhá práce s plánem rizik a jakým způsobem se tento plán vyhodnocuje. Současně se zabývá tím, kdo má odpovědnost za tvorbu a vedení plánu rizik, s kým tyto informace sdílí a zda může dojít ke střetu zájmů v ochraně práv klienta.

V metodické části formuluji cíle výzkumu a zdůvodňuji vybranou výzkumnou metodu. Tu jsem pro tento výzkum zvolila formou polostrukturovaného rozhovoru. Dále pak transformuji dílčí cíle do tazatelských otázek. Charakterizuji výzkumný vzorek a zdůvodním jeho výběr. Poté se budu věnovat samotnému průběhu výzkumu, způsobu zpracování získaných dat a možnosti etických rizik.

Poslední kapitola se zabývá analýzou a interpretací dosažených výsledků výzkumu. Seznamuji zde s tím, jak vnímají problematiku práce s riziky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v jednotlivých typech služby.

Doufám, že tato práce přiblíží informace o tom, jak jednotlivé typy sociálních služeb poskytující péči seniorům, přistupují k práci s riziky ve svých zařízeních, a to jakým způsobem s nimi pracují. Ověřím, zda se tyto postupy při práci s riziky v závislosti na typu služby v něčem liší a co mají společného.

1 Teoretická část

V této kapitole se budu věnovat třem typům sociálních služeb, které poskytují podporu seniorům, a zároveň, jaké typy sociální pomoci nabízejí.

1.1 Sociální služby

Před rokem 1989 byly sociální služby poskytované lidem se sníženou soběstačností v ústavních institucích. To se změnilo v devadesátých letech, kdy dostaly prostor poskytovat sociální služby i nestátní subjekty, jako různé neziskové organizace a charity. Ty se řídily zákonem o sociálních službách č. 108/2006, který specifikoval, kdo a jakým způsobem může takovou službu poskytovat (Truhlářová, Levická, Vosečková, Mydlíková, 2015).

Pod pojmem sociální služby můžeme hledat komplexní pomoc klientům, kteří se ocitnou v nepříznivé životní situaci. Forma, jakou jsou poskytovány, může být krátkodobá nebo dlouhodobá. Cílem těchto služeb je zvýšit kvalitu života lidem, kteří ji potřebují, nebo ji zachovat a udržet jejich soběstačnost. Zároveň pomáhají chránit zájmy klientů. Mezi základní služby pomoci, které jsou poskytovány, patří především stravování, ubytování, pomoc s hygienou a s domácností, kontakty se společenským prostředím, poradenství, prosazování práv klientů a další (Matoušek, 2003).

Hlavním záměrem sociálních služeb, poskytovaných seniorům, je zlepšení kvality života a zároveň udržet co možná nejdéle jejich místo ve společnosti. Podpořit je v soběstačnosti ve svém přirozeném prostředí a snížit tak rizika, která by mohla nastat. Pomoc a podpora klientů musí mít své principy, které zaručí, že budou dodržena práva a svobody klienta, jeho důstojnost. Bude mu poskytnut individuální přístup, který povede k jeho rozvoji nebo alespoň k zachování jeho kompetencí. Samozřejmostí je zajištění kvalitní sociální péče (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Sociální služby jsou dle §33 zákona 108/2006 o sociálních službách poskytovány terénní, pobytovou nebo ambulantní formou.

1.1.1 Pobytová služby

Podle §33 zákona č.108/2006 O sociálních službách jsou termínem pobytové služby označovány takové služby, které poskytují ubytování v zařízení sociálních služeb a je možné rozdělit na prevenci a péči.

Typy pobytových zařízení

§34, zákona č. 108/2006

- §49 Domovy pro seniory – pobytová služba poskytována seniorům, kteří se z důvodu věku nebo ztráty soběstačnosti nedokážou o sebe postarat a potřebují pomoc druhé osoby;
- §50 Domovy se zvláštním režimem – pobytová služba pro lidi se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo různými typy demence;
- §44 Odlehčovací pobytové služby – služba poskytována lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, o které je pečováno běžně v domácím prostředí. Je tedy cílem poskytnout pečující rodině nezbytný odpočinek;
- §51 Chráněné bydlení – skupinové nebo individuální bydlení pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo duševního onemocnění;
- §52 Sociální lůžka a lůžka ve zdravotnických zařízeních – služba poskytující péči osobám, které se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nedokážou obejít bez pomoci druhé osoby, proto jim je do doby zajištění péče rodinou poskytnuto terénní nebo ambulantní službou sociální lůžko.

1.1.2 Terénní služby

Služby, které jsou zřizovány obcemi nebo charitními organizacemi a poskytují sociální služby lidem se sníženou soběstačností, kteří z důvodu věku, zdravotního handicapu nebo chronické nemoci si nevládnou zajistit bez pomoci jiné osoby životní potřeby. Podpora a pomoc klientům se provádí v jejich přirozeném prostředí. Cílem takové pomoci není jen poskytnout péči klientovi, ale zároveň podporu pečujícím osobám. Kombinace takovéto služby může pomoc zachovat pracovní

a rodinný život pečujícím a zároveň přispívá k poskytování kvalitní péče, kdy se klient má možnost setkávat i s jinými lidmi než jen rodina (Truhlářová, Levická, Vosečková, Mydlíková, 2015).

Typy terénní sociální služby

§34, zákona č. 108/2006

- §40 Pečovatelská služba - pracovníci terénních služeb klientům na základě smlouvy o poskytování služby nejčastěji pomáhají s hygienou, údržbou domácnosti, zajištěním nákupů a pochůzek a při prosazování jejich práv. U řady klientů je setkávání s pečovateli přínosem, neboť je pro ně často jediným partnerem pro komunikaci. Formální pečovatelé jsou odborně vzdělávání a díky všímavosti, pozorováním a spoluprací s rodinou dokážou včas reflektovat zdravotní nebo sociální problémy, které se mohou včas řešit. Svým klientům poskytuje sociální poradenství. Kalvach (2011) uvádí, že v posledních letech je tato forma péče o seniory žádoucí. Z důvodu demografického stárnutí obyvatelstva se klade důraz na co možná nejdelší setrvání seniorů v domácím prostředí. Nedostatek míst v pobytových zařízeních a následně nákladná péče o ně je velkým problémem současnosti, a ještě větším budoucnosti;
- §41 Tísňová péče – podle zákona č. 108/2006Sb. §41 o sociálních službách je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci;
 - b) sociálně terapeutické činnosti;
 - c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

- §39 Osobní asistence – typ terénní služby, kdy je klientovi se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení poskytována pomoc v jeho přirozeném prostředí bez časového nebo místního omezení kdykoliv, kdy klient pomoc potřebuje. Asistence další osoby pomáhá klientovi hlavně v oblasti biologické a kulturní.

1.1.3 Ambulantní služby

Je to typ služby, který je poskytován bez ubytování. Klient do zařízení dochází sám, je dopraven nebo provázen další službou nebo rodinou (Dvořáčková, 2012).

Podle zákona 108/2006 Sb. mezi ambulantní služby patří:

- §44 Odlehčovací služby – Odlehčovací služby ambulantní poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek;
- §45 Centra denních služeb - v centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. *„Poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení, jehož cílem je posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorům v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení“* (Truhlářová, Levická, Vosečková, Mydlíková, 2015, s. 49);
- §46 Denní stacionáře - v denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

1.2 Změny ve stáří

Tato kapitola seznamuje čtenáře, s jakými změnami ve stáří se potýkají lidé v oblasti tělesné, psychosociální a demence.

Příbil (2015) rozděluje pojmy stáří jako konečnou vývojovou etapu lidského života, zatímco stárnutí vnímá jako fyziologický proces, kterému se nemůžeme vyhnout. Hovoří tak o vzájemně propojených procesech v oblasti biologické, psychologické a sociální. „*Stárnutí provázejí změny morfologické a funkční – všeobecně lze říci, že změna struktury má za následek změnu funkce. S přibývajícím věkem člověka podléhají orgány jeho těla různým změnám na úrovni buněk a tkání*“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 31). To je považováno za vnitřní faktory stárnutí. K vnějším pak můžeme zařadit klima, životní prostředí, způsob života a kvalitu bydlení, ale i kožní a plicní komplikace.

Dvořáčková (2013) zároveň tyto změny v lidském organismu rozděluje dle zvyšujícího se věku na:

- Primární stárnutí – tělesné změny stárnoucího organismu;
- Sekundární stárnutí – změny objevující se ve stáří častěji;
- Terciální stárnutí – rychlá a viditelná změna, předcházející smrti.

Tělesné změny ve stáří jsou častými příčinami snížení soběstačnosti u seniorů. Problémy s pohybovým aparátem má až 40 % seniorů po šedesáti letech věku (Vágnerová, 2007). Funkční problémy nenastávají jen po pádech, ale značnou měrou se na nich podílí chronická onemocnění oběhové soustavy, kardiovaskulární choroby, cévní mozkové příhody, nemoci pohybového ústrojí či demence. Starý člověk se mnohdy těžko s těmito změnami vyrovnává a jen těžko přijímá změny, které nastaly. Má pocit, že je zbytečný, bude na obtíž, selhal. S čím se obecně potýkáme všichni během svého života, je vzhled, který se nám všem v průběhu let mění, a to od narození po stáří, s tím se ovšem vyrovnat není až taková nesnáz. Kdo je celý život aktivní a najednou se nemůže hýbat vlivem nemoci nebo úrazu, rychle cítí, jak mu ubývá svalová hmota. Smíření s absencí pohybu u seniora, který žil aktivně, je náročné. Starší senioři mají problémy s termoregulací, která je leckdy zapříčiněna změnou aktivity, léky a podobně. Dochází ke změnám v trávicím a vylučovacím systému. Většinou se sníženou výškou se zvyšuje váha, dochází k inkontinenci moči atd.

Senioři se často projevují introvertním chováním, nedůvěrou. Jsou nejistí, pozorují změny svých tělesných orgánů, pozorují se. S tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychické a sociální stránce (Dvořáčková, 2012).

Psychické změny stárnoucího člověka mají více příčin. Jak je již výše uvedeno, změny psychické souvisí i se změnami tělesnými. Dalšími faktory, které ovlivňují psychický stav seniora, jsou nepříznivé životní situace, se kterými se starý člověk velmi těžko vyrovnává. Mezi tyto změny patří například ztráta životního partnera, stěhování do pobytového zařízení, ztráta někoho blízkého a podobně (Jiránek, 2013).

U seniorů dochází ke ztrátě schopností v oblasti kognitivních funkcí. Získávané informace pomaleji zpracovávají, déle jim trvá, než ji pochopí, a často ji neuchovají. Mají problém s tím, jak na danou situaci nebo informaci adekvátně zareagovat. Senioři jsou často dost rychle unavení a přecitlivělí, proto zvýšený tlak na jejich rychlost je stresuje a mohou chybně reagovat. Obecně mají staří lidé radši pomalejší přístup. Další neméně důležitá příčina psychických změn u seniorů je ztráta nebo ubývání zrakových a sluchových funkcí. To ovlivňuje jejich status ve společnosti, kde si vlivem kompenzačních pomůcek cítí stigmatizováni, a to vede k jejich stažení se mimo společnost. Pro seniora je velmi těžké se smířit se ztrátou sluchu nebo zraku a vede to často k negativní náladě seniora. Někteří staří lidé mají problém s používáním kompenzačních pomůcek, jako jsou naslouchadla či brýle. Často se snaží vydržet bez těchto pomůcek co nejdéle, to však s velkou námahou, která pak vede k značné únavě, napětí a depresím (Vágnerová, 2007).

Stáří přináší nejen tělesné a psychické změny, ale také další významnou změnu, a to sociální. Seniorovi se často zužuje sociální prostor, ve kterém se pohybuje. Zdá se, že starý člověk ztrácí sociální síť. Dochází spíše ke střetávání se v různých institucích, které v rámci svých potřeb navštěvuje, ale ubývá společenských kontaktů. Nejen ztrátou lidí, ke kterým chová celý život citové spojení, ale i těch, které spojují společné zážitky a vzpomínky. Důsledkem těchto ztrát se starý člověk cítí osamělý, a to vede k izolaci od společnosti a samoty. Další příčinou je komunikační bariéra. Starý člověk se obtížně vyjadřuje, ale i obtížněji chápe. To vede spoustu mladých lidí k manipulaci seniora do tzv. pasivního příjemce. Nejen

rodina, ale často i pečující uvádějí seniora do této pozice, kdy mu sice pomáhají, ale nenaslouchají mu, což vede k různým obranným projevům (Vágnerová, 2007).

Podle Dvořáčkové (2012) to, jak změny ovlivňují život seniora, závisí na způsobu jeho života jako celku. Někdo je na stáří připravený a akceptuje svoji roli, tak jak postupně přichází. Umí si nastavit nové cíle a smysl života, ale praxe ukazuje, že takovýchto seniorů je málo.

Demence

V České republice žilo v roce 2014 přibližně 140 tisíc lidí se syndromem demence. Je rozdělena do tří fází. Lehká demence 30 %, středně těžká 40 % a těžká 30 %. Demence je syndrom, soubor příznaků, nejedná se tedy o onemocnění, ale o důsledek různých onemocnění nejčastěji neurodegenerativních a vaskulárních (Lukasová, Hradilová a kol., 2014).

Slovo demence je odvozeno z latinského slova „dementia“ a označuje stav bez mysli nebo bez rozumu. Jde o poruchy kognitivních, psychických a motorických funkcí, které zásadně ovlivňují kvalitu života v běžných denních aktivitách (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Syndrom demence zahrnuje různou skupinu postižení a projevů, které jsou zapříčiněny různou řadou onemocnění, které probíhají různou rychlostí a stádií. Její nástup je buď mírný a pomalu postupující, nebo těžký a rychle postupující. V dnešní době vlivem léků je možné projevy nemoci zpomalit, hlavně u včasně diagnostikovaných klientů.

Objevují se u nich především (Provazníková, Kalvach, 2016):

- Poruchy paměti, úsudku, rozhodování;
- Poruchy schopnosti číst, psát, počítat, poruchy symbolických funkcí;
- Poruchy prostorového vnímání, analyzování a koordinace souběžných vjemů a činností;
- Mění se emocionalita, zájmy, priority, někdy i osobnost.

Hauke (2014) uvádí, že demence je pracovníky v sociálních službách hodnocena jako porucha, u které dochází k nejčastějšímu problému s chováním. U osob

nad 75 let je riziko demence desetiprocentní, nad 80 let dvacetiprocentní a u lidí nad 90 let až padesátiprocentní. Pečovat o seniory s demencí je náročné a je zapotřebí znalost této poruchy a zvládnání problémového chování s ní spojené.

1.3 Riziko v sociálních službách

Tato kapitola pojednává o rizicích spojených s prací se seniory. Je zde uvedeno nejen rozdělení rizik podle míry závažnosti, ale i rizika vyplývající z tělesných, psychosociálních oblastí a demence. Jednotlivá rizika jsou vybrána jak z odborné literatury, tak z vlastní zkušenosti z praxe.

Riziko je celosvětovým tématem. Při práci s rizikem je sice velmi důležitá jejich analýza, ale při posuzování bychom neměli uvíznout v pasti standardizovaných postupů a matematických modulů. Vždy je nutné také komplexní situační posouzení, jinak nedokážeme obsáhnout komplikovanost lidského života. Nejistota by měla zůstat součástí sociální práce. Pokud vede řízení rizik k jistotě, je to špatně. Stejně tak tento seznam nemůže být nikdy konečný. Život nelze standardizovat, jelikož existuje nekonečné množství proměnných, které vstupují do života klienta. Rizika by měla být sebe-odhalena samotným klientem (Janebová, 2018).

Vymětal (2009) uvádí, že riziko je vnímáno jako druh nebezpečí nebo události, která vyvolává nějakou ztrátu nebo újmu. Týká se různých oblastí, jako je tělesná, sociální, psychická nebo finanční. Každý se během svého života setkává s rizikem, ať už jde o řízení vozidla, či nakupování. Záleží na každém jedinci, jak riziko vnímá a dokáže ho zpracovat. Každý z nás se rozhodujeme sám, jakou míru rizika jsme ochotni podstupovat.

V minulosti byl pojem riziko nejednoznačného významu. Od prvopočátku byl tento termín používán v námořní terminologii k varování před nebezpečím. Poté byl tento pojem přeložen do mnoha dalších jazyků a byl spojován s pozitivním překonáváním rizik a objevování nových území. Od 16. století se tento termín používal v byznyse a byl spojován s odvážností v obchodování. V Číně je termín riziko vnímáno pozitivní i negativní formou jako příležitost a nebezpečí. V době osvícenství a průmyslové revoluce došlo ke změnám a věda dala lidem naději, že se na rizika dá reagovat. To však ještě neznamenalo, že by se v této době dala rizika řídit.

K zásadnějším změnám došlo až ve 20. století, kdy se otevřel prostor pro náhodu a ta byla již chápána jako ovlivnitelná a kontrolovatelná. Pojem rizika v managementu vyjadřuje určitou míru nejistoty a pravděpodobnosti v dosažení výsledků. Z tohoto důvodu se nejvíce z managementu přebírají metody a techniky, které by mohly pomoci pracovat s riziky v sociální práci (Janebová, 2018). V současnosti je riziko vnímáno stále spíše jako negativní jev spojený s nebezpečím či ztrátou, i když jeho původní smysl měl spíše pozitivní charakter riskování, pořekadlo „risk je zisk“. Ovšem každý má svou míru zdravého riskování (Šupšáková, 2017).

Rizikové situace v sociálních službách se seniory nastávají okamžitě od počátku spolupráce s klientem, jelikož tím, že ztrácí soběstačnost nebo je v nepříznivé životní situaci, je rizikem ohrožen. Pracovníci by však neměli vnímat práci s rizikem pouze jako nějaké nebezpečí pro své klienty, měli by umět s rizikovými situacemi pracovat tak, aby svými nadměrnými obavami klienty neomezovali na vlastním rozhodování. Každý máme právo v životě riskovat, abychom dosáhli svých cílů. Na to samé mají právo i klienti (Sobek a kol., 2010).

V institucích pobytového typu je předpoklad prostředí s minimální možností rizikových situací, avšak předejít se jim zcela nedá. Pokud i přes veškerá opatření dojde k setkání klienta s rizikem, je to vnímáno jako selhání, které se nemělo stát. Předcházení takovým situacím je odpovědné a v zařízeních se předpokládá, zároveň je nutno říct, že klienti jsou často omezováni ve svých právech a rozhodnutích. Klient, který nemůže o svém životě rozhodovat, se stává netečným a dochází až k agresivnímu nebo problémovému chování. Důležité při práci s rizikem je klienta nechat se rozhodnout v situacích, které nejsou nebezpečné, aby mohl za své rozhodnutí nést odpovědnost. Tím se učí, jak rizikové situace zvládnout (Sobek a kol., 2010).

Hauke (2014) uvádí, že není tolik běžné v pečovatelských službách vést plány rizikových situací jako v zařízeních sociální péče. Na rizikové situace by se měli zaměřit sociální pracovníci již na počátku jednání s klientem, aby vyhodnotili alespoň možná rizika spojená s péčí o klientovu osobu.

Každý člověk, který je vystaven nebezpečným situacím, potřebuje být informován o charakteristice rizikové situace, preventivním opatřením a vhodnému chování při těchto situacích, aby bylo možné včas se na rizikové situace připravit a předejít tak újmě. Události, které vedou ke zmírňování nebezpečných situací nebo jejich následků, se nazývají řízení rizika nebo širším pojetí krizové řízení. Cílem je redukovat nebezpečné situace na úroveň, která je společností tolerována, zajišťují kontrolu a zároveň její monitoring (Vymětal, 2009).

1.3.1 Přiměřené riziko

Takové riziko, které hrozí klientovi stejně tak v pobytové, ambulantní nebo terénní službě, jako seniorovi, který sociálních služeb nevyužívá a žije v běžné domácnosti. Klient je schopný vlastními silami situaci zvládnout. Má své opakované zkušenosti, že je již v minulosti zvládnul. Přiměřené riziko akceptujeme a nesnažíme se ho odstranit. Pouze dáváme pozor, aby se nezvyšovalo. Každý člověk má právo na přiměřené riziko. Nesnažíme se přebírat kontrolu nad vším, co se může stát včetně náhodných situací, které nikterak nejsme schopni ovlivnit. V této oblasti necháváme klientům co možná nejvyšší možnou míru vlastního rozhodování a odpovědnosti (Sobek a kol., 2010). Rodiny často mají obavy o své blízké a čekají, že pracovníci s tím něco udělají. Pracovníkům se může zdát obava rodiny oprávněná, avšak nemůže jít proti rozhodnutí klienta a musí hájit jeho zájmy (Hauke, 2014).

1.3.2 Zvýšené riziko

Jde o situace, kdy z různých důvodů dochází ke zvýšenému riziku než u běžných lidí. V této oblasti však ještě k ohrožení klienta nedochází. Míra zodpovědnosti však již není jen na klientovi, ale zároveň na poskytovateli služeb. Společně s klientem hledají řešení těchto situací, aby se snižovalo riziko na přijatelnou míru. K tomu poskytovatel využívá různé techniky a nácviky, které vedou ke zvládnutí situace klienta. Klienta můžeme seznámit s různými pomůckami jak technického, tak ochranného charakteru.

1.3.3 Nepřiměřené riziko

Klientova situace je vážná. Může být ohrožen na životě, úrazem nebo jinými újmami. Zároveň již není schopen tyto události bezpečně vyhodnotit a zvládnout. Pokud klientovi hrozí nebezpečí, je poskytovatel povinen dočasně přebrat kontrolu nad situací tak, aby ochránil život a zdraví klienta. Pracovník si musí dát pozor, jak rizikovou situaci vyhodnotí, jelikož ze zkušeností lze říct, že pracovníci většinou situace nadhodnocují a posléze při bližším prozkoumání naleznou řešení, která jsou vstřícnější ke klientům. Zásadní je komunikace s klientem a dohody s ním, nabídnutí různých variant řešení, aby byly pro klienta co nejméně omezující (Sobek a kol., 2010).

Nepřiměřené riziko by měl poskytovatel řešit s rodinou klienta. Ovšem pokud rodina nespolupracuje nebo klient rodinu nemá, obrátí se poskytovatel na lékaře, což už samo je problémová situace (pokud klient nedá souhlas). Lékař může zajistit hospitalizaci, pokud s tím klient souhlasí. V případě, že klient odmítne, nadále zůstává v ohrožující domácnosti. Následně se vyčkává na stav klienta, kdy nebude schopen odmítnout pomoc nebo dojde ke kolapsu. Na jedné straně stojí právo klienta rozhodnout se o vlastním životě a na straně druhé povinnost poskytovatelů zajišťovat služby bezpečně (Hauke, 2014).

Nelze zcela oddělit rizika vyplývající z tělesných, psychosociálních změn nebo demence ve stáří. Všechny tyto oblasti jsou z větší míry propojeny, i když se mohou vyskytovat samostatně na počátku. Tím, jak člověk stárne, více se rizikové situace ze všech oblastí změn u člověka prolínají.

1.3.4 Rizika vyplývající z tělesných změn ve stáří

Během stárnutí dochází k postupnému poklesu fyzické energie a vitality, mění se rychlost a správnost výběru aktivit. Během každodenních činností jako jsou nákupy nebo návštěvy lékaře dochází k únavě a bývají pro seniory velmi náročné. Seniora ohrožují čím dál více nemoci a stává se zranitelnějším než dřív. K nejčastějším příčinám závislosti seniora patří chronické stavy diabetes, hypertenze, artritida, nekontrolované pády atd. (Jiráček, 2013). Následující výčet rizikových situací vychází z mé vlastní praxe se seniory.

Pády

Mezi nejčastější rizika související s tělesnými změnami, je riziko pádu. Až 30 % seniorů nad 65 let jednou za rok upadne. Čím je senior starší, tím se zároveň zvyšuje procento pádů za rok (Kalvach, 1999).

Pády u seniorů často mívají závažné komplikace. K většině pádů dochází ve vnitřním prostoru domácího prostředí nebo ústavního zařízení. V domácím prostředí pak je nejrizikovější místností koupelna, kde dochází k více než polovině pádů (Bicková, 2011).

Nejčastějšími komplikacemi spojenými s pády seniorů jsou především zlomeniny, které jsou ovlivněny častým řídnutím kostí. Mezi další důsledky pádů patří prochlazení, nemožnost vstát, deprese, ztráta soběstačnosti atd.

Hlavní příčiny pádů

Kalvach (1999) rozděluje příčiny pádů na vnitřní, kdy dochází ke zhoršení nervového citění s pohybovou kontrolou, neprokrvování částí mozku spojených s rovnováhou, poklesu krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, těžké formy artrózy nebo vlivem Parkinsonovy nemoci nebo na vnější, které jsou vyvolány okolnostmi. Mezi ně patří užívání léků snižující krevní tlak a mozkovou činnost, alkohol, nevhodná obuv, povrchy a překážky v domácnosti i mimo. Dále pak uvádí možnou příčinu z nepřiměřených činností jako je úklid ve výškách, doprava hromadnými prostředky, náledí či nepřiměřená aktivita zdravotnímu stavu.

Prevence pádů

Pádům klienta můžeme předejít mnoha způsoby. V domácnostech seniorů by měly být odstraněny všechny možné překážky, které by pád mohly způsobit. Nejčastější je odstranění koberečků a prahů mezi dveřmi. Nezbytné je připevnění madel na zeď v domácnosti, zvláště pak v koupelně a na záchodě. Množství by mělo být posuzováno podle stavu seniora. Při pohybu venku je nutné vybírat takový terén, kde je možné eliminovat velké množství překážek, jako jsou obrubníky a nerovnosti. Vzhledem k bezpečnému pohybu podpoří bezpečí a jistotu také kompenzační pomůcky jako jsou různá chodítka, vozíky, či hole (Mlýnková, 2017).

Důležité pro prevenci pádů je taktéž dodržování pitného režimu, předcházení dehydratace. Seniora vysazovat do křesla, pokud je to možné pravidelně procvičovat chůzi a posilovat svaly. Užívání bezpečné obuvi je u seniora zásadní. Ne vždy jde v domácím prostředí oproti ústavnímu zařízení vytvořit bezbariérovost, avšak je důležité odstranit všechny překážky, které by pád mohly způsobit (Kalvach, 1999). U seniorů s poruchou zraku je rizikové nedostatečné osvětlení jak v domácnosti, tak v zařízeních (Kalvach, 2011).

Překážky

V domácím prostředí není často senior na takové změny připraven. To, co ovlivňuje rizikové situace, jsou překážky, které si často sám a ani rodina neuvědomuje. Domácnosti jsou většinou bariérové. Problémem jsou úzké dveře, do kterých často nelze vstoupit s kompenzační pomůckou. Prahý, přes které může starý člověk zakopnout. Nejčastější komplikací jsou bariérové a malé koupelny s vanou nebo sprchovým boxem, kde nelze seniora dostatečně ochránit před pádem. Málolterá domácnost má sprchový kout bezbariérový, vybavený madly a protiskluzovými podložkami. Ačkoli dnes existuje mnoho kompenzačních pomůcek, tak málo seniorů o nich ví, nebo je používat často nechtějí a vymýšlejí domácí „prototypy“, které nejsou bezpečné. Tyto situace se týkají především terénních pečovatelských služeb. Pobytové a ambulantní služby jsou již dnes upraveny bezbariérově. To neznamená, že vlivem překážek se toto neděje i v jiných zařízeních. V terénní službě však jde o to, jak si podmínky vyjedná se seniorem a případně s rodinou (Mlýnková, 2017).

Absence nebo špatný technický stav kompenzačních pomůcek

V pobytových zařízeních se o kompenzační pomůcky a jejich správné využití postará odpovědná osoba. V domácnostech seniorů se často žádné kompenzační pomůcky nenacházejí nebo nejsou v dobrém stavu. To, jak správně vybrat a používat kompenzační pomůcky, záleží na tělesné kondici seniora. Senior dost často ani neví, na jakou pomůcku má nárok ze zdravotního pojištění. Tady je důležitá spolupráce s lékařem a sociálním pracovníkem, který klientovi dokáže pomoci se zajištěním pomůcky, a taktéž školený personál. Případně zajištění dalších služeb jako je tyfloservis, tísňová péče apod. (Mlýnková, 2017).

Posouzení fyzických sil seniora

Ne každý starý člověk dokáže objektivně posoudit své fyzické síly. S tím právě souvisí i potřeba kompenzační pomůcky. Nesprávným zhodnocením náročnosti situace může taktéž dojít k pádu nebo vyčerpání.

Vdechnutí jídla a pití

Toto riziko se netýká pouze změn tělesných, ale může být způsobeno i psychosociálními změnami a demencí. Pokud se senior nedokáže najíst sám a podává mu jídlo někdo druhý, může dojít k vdechnutí nebo při krmení nepolykáním jídla v ústech. Každý, kdo takového seniora krmí, by se měl přesvědčit vložením prázdné lžičky do úst, zda předchozí sousto bylo spolknuto.

Dekubity, poškození kůže

S tělesnými změnami souvisí i různá poškození kůže. Pokud je senior upoutaný na lůžko, hrozí mu změny na kůži. Nejen dekubity, ale starý člověk má velmi tenkou kůži, o kterou je nutné pečovat. Je potřeba tělo promazávat vhodnými přípravky, a hlavně polohovat za pomoci různých antidekubitních pomůcek a polštářů, aby se těmto poškozením v co možná nejvyšší míře předcházelo.

1.3.5 Rizika vyplývající z psychosociálních změn ve stáří

K rizikům v této oblasti změn ve stáří dochází zejména v důsledku snížení schopností kognitivních funkcí seniora. Uvedená možná rizika jsou čerpána z literatury a zároveň doplněna vlastními zkušenostmi z praxe.

Dodržování dietních opatření a potravinových alergií

Senior v domácím prostředí často nedodržuje dietní opatření, které má určené lékařem. V takové situaci je velmi těžké ovlivnit jeho rozhodování. Často je důležitý přístup pečovatelek, které ho dokážou správně motivovat. Rozhodnutí je ovšem na každém. Pečující by měly s tímto rizikem počítat a seniora upozornit na možné následky jeho chování.

Snížená schopnost vyhodnotit potřeby pitného režimu a stravovacích návyků

Není nutné u starých lidí lpět na pitném režimu nějakého objemu. V pobytových zařízeních se často zapisují přesně tekutiny, které senior během 24 hodin vypil. V domácnosti to však nelze uskutečnit. Často jsou klienti pobytových služeb nuceni pít dle nastavených norem, ale klade si někdo otázku, zda ten dotyčný celý život byl zvyklý, že takový objem vypije? Třeba moc nepil celý život a teď je do toho nucen. Kde je tedy míra rizika dehydratace? A kde je právo klienta se rozhodnout, kdy se napije? To je velmi těžké, ač to většina myslí dobře, potlačuje právo seniora. Pečující by samozřejmě měli mít nějaký přehled o pitném režimu a stravování, ale pokud to neohrožuje klienta na životě, měl by být pouze jakousi nápovědou, aby klient nezapomínal si tyto návyky udržet. Důležité je připomínat, ale ne nutit.

Dodržování, udržení hygienických návyků

V pobytových zařízeních jsou hygienické návyky dodržovány pravidelně. U seniorů v domácnosti vlivem opět změn ze všech tří oblastí může docházet k zapomínání provádění hygieny, důsledkem tělesných problémů (senior nedojde do koupelny, upoután na lůžko), ale i vlivem demence. Může docházet k poškození kůže – opruzeniny, vyrážky, zanedbaná péče o tělo. Pečující motivují seniora k provedení hygieny, připomínají mu pravidelnost. Upozornění na možné důsledky v podobě zdravotních problémů.

Obsluha domácích spotřebičů

V pobytových a ambulantních zařízeních je těmto rizikům předcházeno. Starý člověk vlivem změn v psychosociální oblasti ztrácí kognitivní funkce. Přičemž dochází k zapomínání vypínání elektrospotřebičů, jejich špatné ovládání a posouzení míry zvládnutelnosti při práci s nimi. Dochází k zapomenutí vypnutí sporáku. Často staří lidé dávají nevhodné nádobí do mikrovlnné trouby nebo postaví varnou konvici na plotnu. Prevence takového rizika je po domluvě s klientem nebo rodinou odpojení elektrospotřebičů, kartičky s upozorněním, ponechání jen vhodného nádobí atd. (Sobek, 2010).

Snížená schopnost výběru vhodného oblečení

Tím, že senior přichází o rozpoznávací funkce, není často schopen posoudit, jaké vhodné oblečení si má vzít. Stává se dost často, že klient venku promrzne, nastydně. Nazuje si nevhodnou obuv atd. Záleží zase na komunikaci s pečujícím a posouzení, jak je míra rizika vysoká. Jak seniorovi pomůže vhodně ho motivovat ke správnému výběru nebo mu oblečení nachystat.

Sociální izolace

Ve stáří ubývají sociální sítě seniora, bývá izolován často bez rodiny. Každý den je pro něj stejný. Toto riziko je zvýšené opět u seniorů v domácím prostředí, kde vlivem zdravotních změn často již nevychází ani ven nebo do společnosti. Vždy je samozřejmě pozitivní, když je rodina v blízkosti, ale ne vždy se to daří. Pro seniory je tak důležitá alespoň přítomnost pečujících jak formálních, tak neformálních. V pobytových zařízeních dochází k sociální izolaci určitě také, ale možnosti jejího předcházení jsou určitě větší (Vágnerová, 2007).

Zanedbaná domácnost

Rizika vyplývající ze zanedbané domácnosti se opět prolínají ve více oblastech změn ve stáří. Důsledkem takové domácnosti může být jak tělesný handicap, tak i psychosociální změny nebo důsledek demence. Avšak může to být taktéž celoživotní styl člověka. V zanedbané domácnosti se mohou šířit infekční nemoci, může ohrožovat klienta v pádu, ale i ohrožovat samotné pečující. Jak v takovém případě snížit riziko nebo hledat společné řešení? Opět se nám zde promítají práva seniora na vlastní rozhodování. Pokud je senior svéprávný opět můžeme motivovat seniora, spolupracovat s rodinou, nabídnout služby pravidelného úklidu. Používat desinfekční prostředky (Mlýnková, 2017).

Ztráta finančních prostředků, dokladů

Častým rizikem u seniorů bývá ztráta peněz nebo dokladů. Většinou jde o problém se zapomenutím, kam si klient peníze a doklady uklidil. V pobytových zařízeních klienti nemají větší finanční obnosy přímo u sebe. V domácnosti je tato situace náročná jak pro pečovaného, tak pro pečujícího, který může být klientem označen

za zloděje apod. Mnoho klientů nevyužívá bankovního sektoru a své finanční hotovosti mají doma. S tím souvisí podezíravost, která je jedním z nejčastějších projevů raného stadia demence (Hauke, 2014). Pečující by vždy měli dbát na to, aby předcházeli vzniku nedorozumění a klientům v domácnosti finance ani doklady neuklízeli, nebrali do rukou. Vždy dát klientovi čas, aby si v klidu mohl důkladně vše prohlédnout. Případně zavolat policii.

1.3.6 Rizika vyplývající z demence ve stáří

V této oblasti se prolínají rizika z předešlých dvou změn ve stáří. Spojují se zde časem jak změny v oblasti kognitivních funkcí, tak i v těch tělesných.

Náročnost péče

Pro pečujícího představuje péče o seniora s demencí velkou zátěž. A to nejen v pobytových, ambulantních a terénních službách, ale i pro neformální pečovatele. Náročné je uvědomění si trvalého stavu, kdy pečovaný musí být pod neustálou kontrolou. Dochází k tomu, že je brán jako pasivní člen, se kterým se již nepočítá. U neformálních pečujících nastává problém i s tím, že o následcích nemoci často nic nevědí nebo si je nepřipouští. Nechápu změny v chování, které nedělá schválně, jen jim sami nerozumí. Pak často dochází k nervozitě, ponižování, a nakonec k vyhoření pečujícího (Hauke, 2014).

Agresivita

Agresivní chování se taktéž může objevit z různých příčin vlivem různých změn ve všech předchozích oblastech. Agresivita může mít různé příčiny. Může být způsobem dosažení cíle, emoční reakcí, chybném chápání reality, povahovým rysem, který se dříve dal lépe zvládat (Hauke, 2014). Vždy je důležité zabránit střetu. Zkušený pečující by měl takové situace umět předvídat, jedná se především o situace, které u seniorů vyvolávají strach z bolesti, stud nebo rozpaky. Není nutné nad klientem zvítězit, někdy odložení, vysvětlení a hledání vhodné jiné cesty k dosažení cíle vede k uklidnění situace. Důležité je zachovat klid, protože reakce druhých v nás vyvolává reakce podobné. Vždy je dobré sledovat klientovi reakce jak verbální, tak i neverbální, tzv. varovné signály ukazující na střet. Tam

je pak potřeba využít zklidňující prostředky. Zpomalit a zklidnit tempo a způsob řeči, negestikulovat. Seniora nepoučovat, ale naopak ho vyslechnout, pochopit (Venglářová, 2007).

Toulání, bloudění

Častým projevem demence je bezcílné chození. Při tomto chování může dojít k řadě rizik jako je pád, zranění, ztracení a následné zanedbání péče, psychické strádání z nenalezení cesty zpět (Zvěřová, 2017).

Důležité je zmapování situace, zjistit, co seniora vede k odcházení (smutek po někom). Snažit se o kontakt s osobami, které hledá. V pobytových zařízeních se snažit asociovat domov (Venglářová, 2007).

Paranoidita

Senior s demencí si špatně interpretuje realitu, má pocit, že mu druhý něco schovává, přemísťuje. V pobytových zařízeních je náročné sladit zájmy všech klientů a zachovat vzájemnou toleranci, která se však ve vyšších fázích demence ztrácí. Pečující by si měl zachovat pochopení a být profesionál (Venglářová, 2007).

1.4 Proces práce s riziky v sociálních službách

Tato kapitola přibližuje proces práce s rizikem v sociálních službách. Zabývá se jakou formou a metodou se rizika zpracovávají, jakým způsobem se vyhodnocují a kdo získané informace v procesu sdílí. Zároveň se zabývá odpovědností a střetem zájmů v rámci ochrany práv klienta. Práce s rizikem v sociálních službách je součástí individuálního plánování. Každý poskytovatel sociálních služeb je povinen dle standardu kvality v sociálních službách č. 5 přílohou č. 2 vyhlášky 505/2006 S b, plánovat společně s osobou průběh služby, vyhodnocovat, zda jsou naplňovány osobní cíle a zároveň získávat a předávat mezi zaměstnanci potřebné informace.

Vztah k riziku v sociálních službách se během posledních třiceti let výrazně změnil. Došlo k vývoji sociálních služeb, který nadále probíhá. Práce s rizikem je nedílnou součástí individuálního plánování služby. Každý klient má své schopnosti, potřeby a přání a sociální pracovník by měl mít výborné komunikační schopnosti, aby dobře zhodnotil možná rizika v poskytování péče klientovi. Cílem pracovat s rizikem

je umožnění předvídat a bezpečně zvládat rizikové situace, které mohou během poskytování služby nastat. Není to samozřejmě o tom, že všechna rizika z klientova života můžeme odstranit, ale spíš najít jinou cestu, jak je zvládnout bezpečným způsobem. Úkolem je zajistit pro klienty co možná největší bezpečí, ale zároveň jim umožnit prožívat běžné situace v životě, které obnášejí přiměřená rizika (Sobek, 2010).

1.4.1 Forma a metoda zpracování plánu rizik

Vzhledem k tomu, že každý klient je jiný a má jiné problémy, tak také každému klientovi hrozí jiná rizika. Vždy závisí na již na prvotním šetření u seniora a vyhodnocení nepříznivé životní situace. Již tady může sociální pracovník nalézt oblasti, ve kterých je pravděpodobnost rizikových situací vyšší. To znamená, že se na ně od počátku pečující mohou připravit a situace sledovat. Nedostatek informací o klientovi zvyšuje míru rizika. Posoudit takové situace je dost obtížné, jelikož každý vnímáme riziko různě. Důležité je, aby posuzování rizikových situací nepodléhalo subjektivním dojmům, mylným předsudkům a odhadům. Posuzovaná situace by měla být co nejvíce nezaujatá a neměla by být posuzována pouze jedním pracovníkem. Jak správně zpracovat plán rizik a kdy záleží na spolupráci všech zúčastněných. Pokud se tým shodne, že klientova situace je riziková určí, jaká je pravděpodobnost, že se naplní a jaké následky klientovi mohou hrozit. Důležité je si stanovit kdo všechno je při této situaci ohrožen, zda má pro klienta nějaký přínos a jestli on sám si je tohoto rizika vědom (Sobek, 2010).

Hauke (2014) uvádí, že plán rizik je na místě zpracovat v tu dobu, kdy tým vyhodnotí, že riziko u klienta je již nepřiměřené. V tomto se více přikláním k Sobkovi (2010), kde zmapování a posléze zpracování rizika začíná již na úrovni rizika přiměřeného. A to z toho důvodu, že pracovníci, kteří poskytují službu, mohou sledovat průběh rizikových situací. Snadněji takto posoudí, zda se riziko nějakým způsobem mění. Pokud se zvyšuje, zpracovat adekvátní opatření, jehož hlavním úkolem je najít společnou cestu s klientem, případně s rodinou a bezpečně ho zvládnout. Pokud je riziko vysoké, tedy nepřiměřené, je nutné toto dobře popsat a stanovit opatření, která povedou ke zmírnění situace a učiní je opět přiměřenými. Jedná se především o situace, které klient není schopen posoudit, zvládnout vlastními

silami a může ho ohrožovat na životě. V této metodě zpracování rizik se shodují Hauke (2014) i Sobek (2010), každý ale v písemné formě v jiný čas vzniku rizika.

Bicková (2011) rozděluje práci s riziky na dvě fáze. První fáze míra přiměřených rizik, to znamená prevenci a předcházení rizikových momentů. Druhá fáze, kde míra rizika je vysoká, a zde se již pracuje s krizovým plánem. U tohoto rozdělení mi chybí ta fáze, kdy se to riziko teprve zvyšuje a je možné s klientem nebo rodinou najít společnou cestu ke snížení rizikové situace, než bude míra rizika vysoká.

Ztotožňuji se s formou zpracování rizik dle Sobka (2010), kdy je jakýmsi druhem semaforu, kdy přiměřená rizika jsou označena zelenou barvou „volná cesta bez překážek“, zvýšená rizika barvou oranžovou jako „pozor něco se děje, připravme se na to“ a nepřiměřená rizika barvou červenou „stop, musíme s tím něco udělat“.

V praxi při práci s klienty, jejich množstvím a obměnou pracovníků může být takové rozdělení rizik u klientů velmi přehledné a každý pracovník se může orientovat v rychle získaných informacích, které při své práci potřebuje. Takový rizikový plán by měl obsahovat jméno klienta, bydliště (terénní služby), jaké úkony klientovi poskytujeme, zkušenosti pečovateli z poskytování služby. Dále jaké riziko klientovi hrozí a řešení (opatření), na kterém se domluvíme s klientem, rodinou. Tento plán by měl být po nějakém čase opět vyhodnocen. Celý dokument je nutné mít podepsaný od všech zúčastněných. Rizikový plán se tvoří nejen pro ochranu klienta, ale i pracovníka (Hauke, 2011).

1.4.2 Vyhodnocování plánu rizik

Hlavním důvodem vyhodnocování individuálního plánu je skutečnost, že se vše kolem nás mění. Tudíž se mění i potřeby, schopnosti, přání a rizika klienta. Zpravidla k němu dochází pravidelně po šesti měsících, pokud nedojde ke změně v nepříznivé situaci dříve, nebo pokud klientovi nepomáháme rozvinout nějakou kompetenci, to se pak vyhodnotí plán po nácviku (Sobek, 2010).

Vyhodnocováním plánu rizik se zabývá opět celý tým spolupracovníků, aby si mohli předat zkušenosti a informace z poskytování péče u konkrétního klienta a tím vyhodnotili, zda se rizikové situace dařilo eliminovat, či musí přistoupit k dalším opatřením (Hauke, 2011).

1.4.3 Sdílení informací a zodpovědnost za práci s rizikem

Správným definováním rizik, určením preventivních opatření a plánu rizik chrání klíčový pracovník klienta. Stará se o to, aby celý tým dodržoval jednotný postup v poskytování péče. Zároveň ale chrání i sám sebe, že postupuje dle pravidel organizace. Každý pracovník musí postupovat dle plánu rizik. Jsou však situace, kdy přes veškerou snahu nelze riziku zamezit. To znamená, že v konečném důsledku odpovídá za sebe a svůj život sám klient. Sdílení informací v týmu by měla být samozřejmost. Vždy je však potřeba dbát na to, aby nebyla porušena práva klienta a ochrana jeho osobních údajů. K informacím mohou mít přístup pouze kompetentní osoby (Bicková, 2011).

1.4.4 Střet zájmů v rámci ochrany práv klienta

Dle §88 zákona 108/2006 Sb., má povinnost každý poskytovatel písemně zpracovávat vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by mohlo docházet k porušování lidských práv a svobod, a postupy, jak takovýmto situacím předcházet. Zároveň vymezuje, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů u osob, kterým službu poskytuje, a vnitřní pravidla pro přijímání darů. Důležitými dokumenty, kterými se poskytovatel musí řídit je Základní listina práv a svobod, Standardem č. 2 Ochrana práv osob, dále pak zákonem č.110/2019 Sb., O zpracování osobních údajů.

Každý senior stejně jako ostatní lidé mají právo na důstojný život, zacházení s respektem k jedinečnosti lidské bytosti a na vlastní rozhodování. Aby byla služba poskytována kvalitně, musí být základem znalost vlastní vůle klientů. Jejich rozhodování o sobě a svých záležitostech je základním právem klienta. I pro seniora v nepříznivé životní situaci je důležité se rozhodovat sám. A to i senior, který je zbaven způsobilosti k právním úkonům, má právo v některých věcech se rozhodnout samostatně. To znamená, že si rozhodne, co bude jíst nebo v kolik hodin půjde spát. Klientovi v rozhodování může případně pomoci někdo jiný, ale nesmí vyvinout na klienta nátlak. V případě, že by u jednání o poskytování služby senior vůbec nefiguroval, je popřeno jeho právo a poskytovaná služba by nemusela být kvalitní a pro klienta přínosná. V těchto situacích by měl být

sociální pracovník podporou klientovi a vytvářet mu podmínky pro vlastní rozhodování (Tomeš a kolektiv, 2014).

Ke střetu zájmů může docházet při poskytování péče klientovi, kdy rodina má představy o potřebách jiné než klient. V takovém případě se pracovník vždy řídí rozhodnutím klienta. Ke stejným situacím může docházet i ze strany pracovníků, kdy mají pocit, že klient se musí umýt nebo obléknout a podobně. I tady dochází ke střetu zájmů ochrany práv klienta. V pobytových zařízeních je otázka ochrany práv klienta diskutabilní. Tato zařízení mají svá pravidla, organizaci dne a léčebného režimu, a proto se klienti musí z větší míry přizpůsobovat.

1.5 Shrnutí teoretické části

Práce s rizikem v sociálních službách není vůbec jednoduchá, a ne vždy zcela dobře posuzovaná z hlediska správného přístupu. Jen identifikování rizik, která mohou při práci se seniorem nastat, je velmi složité a liší se v typu poskytované sociální služby. Každý pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník vnímá rizika jiným, často i odlišným způsobem. To, co jednomu připadá jako přiměřené riziko, může druhý vnímat už jako riziko zvýšené, či nepřiměřené. Proto práce s riziky by měla být prací týmovou, aby nedocházelo k tomu, že jsou seniorům potlačována jejich práva, a na druhou stranu, aby nedocházelo k větší míře péče o klienta, kterou ještě zvládne provést sám nebo pouze s pomocí. Je vhodné, aby senioři byli vystavováni přiměřenému riziku, na které je můžeme upozornit, ale měli by mít možnost na to riziko zareagovat sami. V metodické části se proto zaměřím na rizika, s kterými se pracovníci v oblasti tělesných, psychosociálních změn a demence setkávají a jak s nimi pracují.

2 Metodická část

Ve druhé části své bakalářské práce se budu věnovat metodické části výzkumu. Určím si hlavní a vedlejší cíle výzkumu a pomocí transformační tabulky převedu cíle výzkumu do tazatelských otázek. Poté si vyberu výzkumnou strategii, kterou ve své práci použiji. Uvedu, jakým způsobem bude probíhat celý výzkum, a poté analyzuji sesbíraná data z výzkumu. V závěru výzkumné části se budu věnovat etickým rizikům, která mohou být s průběhem výzkumu spojená.

2.1 Formulace cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je komparace přístupů práce s riziky u seniorů v terénní, ambulantní a pobytové službě.

K naplnění hlavního cíle práce jsem si stanovila jednotlivé dílčí cíle, které mi k tomu pomohou.

DVC 1.: Komparace rizik vyplývajících z tělesných, psychosociálních změn a demence ve stáří

- **DVC 1.1:** Komparovat, s jakými riziky vyplývajících z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní, ambulantní a pobytové službě;
- **DVC 1.2:** Komparovat, s jakými riziky vyplývajících z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci terénní, ambulantní a pobytové službě;
- **DVC 1.3:** Komparovat, s jakými riziky vyplývajících z demence ve stáří se setkávají pracovníci terénní, ambulantní a pobytové službě.

DVC 2.: Komparace přístupů pracovníků k identifikovaným rizikům v terénní, ambulantní a pobytové službě.

- **DVC 2.1:** Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v terénní službě;
- **DVC 2.2:** Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v ambulantní službě;

- **DVC 2.3:** Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v pobytové službě;
- **DVC 2.4:** Komparovat proces práce s riziky u seniorů všech tří typů služeb.

2.2 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie

Pro svou bakalářskou práci jsme si vybrala kvalitativní výzkumnou strategii. *„Termín kvalitativní výzkum zahrnuje řadu teoretických, epistemologických, metodologických a metodických linií, přístupů a pozic a je doménou řady humanitních a sociálních věd. Nejen díky specifickým potřebám jednotlivých oborů těchto věd, ale i díky soupeření se zastánci kvantitativního výzkumu, prošel kvalitativní výzkum a jeho pojetí od okamžiku své renesance způsobeného velkou paradigmatickou změnou na konci šedesátých let 20. století značným vývojem a rozrůzněním.“* (Pavlásek, Nosková, 2014).

Kvalitativní výzkum se snaží sdělovat pohledy aktérů, jejich postojů, emocí a zkušeností na základě sbírání dat z velkého množství informací od malého počtu osob. Proto jsem si vybrala ke svému výzkumu polostrukturovaný rozhovor. Ten umožňuje na základě předem připravených otázek vést rozhovor tak, aby zkoumaný vzorek měl možnost o otázce přemýšlet a v případě, že jí neporozumí, se také doptat. Během polostrukturovaného rozhovoru umožňuje tazateli pokládat doplňující otázky, které získané informace mohou ještě prohloubit. Na polostrukturovaný rozhovor měl by mít tazatel připraven dostatek otázek s otevřeným koncem, není vhodné požívat otázky s odpovědí ano nebo ne (Hendl, 2008).

2.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka č. 1

Dílčí výzkumný cíl č.1	Dílčí výzkumný cíl druhého řádu	Indikátor	Sada tazatelských otázek
Komparovat rizika vyplývající z tělesných změn ve stáří.	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní službě.	Tělesné změny: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajícími z tělesných změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v ambulantní službě.	Tělesné změny: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajícími z tělesných změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v pobytové službě.	Tělesné změny: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajícími z tělesných změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Komparovat, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní, ambulantní a pobytové službě.	Tělesné změny • Situace	• Komparovat, s jakými nejčastějšími rizikovými situacemi se setkávají pracovníci všech tří služeb.
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Komparovat, jak vnímají hranici přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníci všech tří služeb.
Komparovat rizika vyplývající z psychosociálních změn ve stáří.	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní službě.	Psychosociální změny: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajícími z psychosociálních změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými	Psychosociální změny:	• S jakými

	nepřiměřenými riziky vyplývajícími z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci v ambulantní službě.	• Situace	nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajících z psychosociálních změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci v pobytové službě.	Psychosociální změny: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajících z psychosociálních změn jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Komparovat, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní, ambulantní a pobytové službě.	Psychosociální změny • Situace	• Komparovat, s jakými nejčastějšími rizikovými situacemi se setkávají pracovníci všech tří služeb.
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Komparovat, jak vnímají hranici přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníci všech tří služeb.
Komparovat rizika vyplývající z demence ve stáří.	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z demence ve stáří se setkávají pracovníci v terénní službě.	Demence: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajících z demence jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z demence ve stáří se setkávají pracovníci v ambulantní službě.	Demence: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajících z demence jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Zjistit, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z demence ve stáří se setkávají pracovníci v pobytové službě.	Demence: • Situace	• S jakými nejčastějšími rizikovými situacemi vyplývajících z demence jste se setkali?
		• Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika	• Kde je pro vás hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika?
	Komparovat, s jakými nepřiměřenými riziky vyplývajícími z demence ve stáří se setkávají pracovníci	Demence • Situace	• Komparovat, s jakými nejčastějšími rizikovými situacemi se setkávají pracovníci všech tří služeb.

	v terénní, ambulantní a pobytové službě.	<ul style="list-style-type: none"> Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika 	<ul style="list-style-type: none"> Komparovat, jak vnímají hranici přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníci všech tří služeb
--	--	--	--

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2: Transformační tabulka č. 2

Dílčí výzkumný cíl 2.	Dílčí výzkumný cíl druhého řádu	Indikátor	Sada tazatelských otázek
Komparace procesů práce s identifikovanými riziky v terénní, ambulantní a pobytové službě.	Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v terénní službě.	Proces práce s riziky:	
		• Filtrační otázka	• Je běžné ve vaší organizaci vypracovávat plán rizik?
		• Forma	• Máte plán rizik vypracovaný písemně?
		• Zodpovědnost	• Kdo se podílí na řešení rizikových situací? • Kdo ho vypracovává?
		• Situace	• Kdy usoudíte, že je plán rizik potřeba zpracovat?
		• Vyhodnocování	• Jakým způsobem ho vyhodnocujete?
		• Metoda	Jakým způsobem zpracováváte plán rizik?
		• Sdílení informací	Jakým způsobem jsou o plánu rizik seznámeni ostatní, kteří se podílejí na péči?
		• Střet zájmů	Jaké Vás napadají střety zájmů v rámci ochrany práv klienta?
	Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v ambulantní službě.	Proces práce s riziky:	
		• Filtrační otázka	• Je běžné ve vaší organizaci vypracovávat plán rizik?
		• Forma	• Máte plán rizik vypracovaný písemně?
		• Zodpovědnost	• Kdo se podílí na řešení rizikových situací? • Kdo ho vypracovává?
		• Situace	• Kdy usoudíte, že je plán rizik potřeba zpracovat?
		• Vyhodnocování	• Jakým způsobem ho vyhodnocujete?
		• Metoda	Jakým způsobem zpracováváte plán rizik?
		• Sdílení informací	Jakým způsobem jsou o plánu rizik seznámeni ostatní, kteří se podílejí na péči?
		• Střet zájmů	Jaké Vás napadají střety

			zájmů v rámci ochrany práv klienta?
	Komparovat proces práce s riziky u seniorů všech tří typů služeb.	<ul style="list-style-type: none"> Sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách vše tří typů služeb. 	Komparace odpovědí pracovníků všech tří typů služeb na proces práce s riziky: <ul style="list-style-type: none"> Filtrační otázka Forma Zodpovědnost Situace Vyhodnocování Metoda Sdílení informací Střet zájmů

Zdroj: vlastní zpracování

2.4 Zdůvodnění výběru výzkumného vzorku a jeho charakteristika

Při výběru výzkumného vzorku jsem přemýšlela, zda vést rozhovory pouze se sociálními pracovníky nebo i s pracovníky v sociálních službách. Když jsem nad tím přemýšlela, říkala jsem si, že pokud budou rozhovory vedeny pouze se sociálními pracovníky, budou získaná data spíše administrativního charakteru. Naopak pokud rozhovor bude veden pouze s pracovníky v sociálních službách, budou získaná data z větší míry z praxe s klienty. Záměrně jsem se rozhodla, že oslovím v každém zařízení sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, aby získaná data byla v rovnováze.

Jako výzkumný vzorek jsem oslovila sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách terénní pečovatelské služby Obecný zájem z.ú., Smiřice, terénní pečovatelskou službu města Dobruška. Dále sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pobytového zařízení Domova důchodců Černožice a Domov pro seniory Česká Skalice. Z ambulantních zařízení jsem vybrala a požádala o rozhovor sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách Městského střediska sociálních služeb Oáza a denní stacionář pro seniory Domovinka Hradec Králové.

Tabulka 3: Respondenti

Označení respondenta	Doplňující informace
SP1	Domov pro seniory Česká Skalice
PSS1	Domov pro seniory Česká Skalice
SP2	Domov důchodců Černožice
PSS2	Domov důchodců Černožice
SP3	Pečovatelská a odlehčovací služba Smiřice
PSS3	Pečovatelská a odlehčovací služba Smiřice
SP4	Pečovatelská služba města Dobruška
PSS4	Pečovatelská služba města Dobruška
SP5	Denní stacionář Domovinka Hradec Králové
PSS5	Denní stacionář Domovinka Hradec Králové
SP6	Denní stacionář Oáza Nové Město nad Metují
PSS6	Denní stacionář Oáza Nové Město nad Metují

Zdroj: vlastní zpracování

Pro označení respondentů jsou použity zkratky SP = sociální pracovní a PSS = pracovník v sociálních službách.

2.5 Průběh výzkumu

Na počátku výzkumu jsme se seznámila s odbornou literaturou, kterou jsem použila v teoretické části. V něm jsem měla pocit, že k tomuto tématu není dostatek odborné literatury, která by mi pomohla jasněji rozdělit přístupy k práci s riziky ve všech typech sociální služby poskytované seniorům, které byly předmětem zkoumání. Informace, které jsem získala, byly zaměřené spíše na jeden typ služby, a to pobytovou. Může se zdát, že by to mohlo stačit, jelikož práce se seniory je v každé službě stejná, ale už z pohledu typu služby se mohou některé způsoby práce s klienty lišit, a to nejen z místa poskytování, ale i druhu poskytované služby včetně práce s riziky.

V druhé etapě jsem se věnovala předvýzkumu, kterým jsem se chtěla ujistit, že tazatelské otázky jsou vhodně nastaveny a že jim respondenti rozumí. Během

předvýzkumu jsem své otázky zaměřila na sociální pracovníky. Při rozhovorech jsem si uvědomila, že nestačí pohled pouze sociálního pracovníka, který problematiku práce s riziky víceméně zná anebo má o ní povědomí, ale že je nutné oslovit i pracovníky v sociálních službách, kteří se v přímé péči s těmito riziky setkávají více. Přišlo mi vhodné mít vyvážené rozdělení, aby nedošlo během výzkumu buď k častějším teoretickým poznatkům, než zkušenostem z praxe.

Před zahájením samotného výzkumu všichni respondenti souhlasili, že si rozhovor budu přepisovat. Oslovení sociální pracovníci neměli problém se sdělením jména, ovšem pracovníkům v sociálních službách bylo viditelně nepříjemné jméno sdělovat, proto jsem se rozhodla, že u respondentů nebudu uvádět jméno, ale případně místo a typ služby. Délku rozhovoru jsem dopředu orientačně změřila na předběžných třicet minut s jedním pracovníkem. Otázky k rozhovoru jsem dopředu zaslala nebo sdělila osobně. Samotné rozhovory v zařízeních byly prováděny v kanceláři sociální pracovnice, a to s každou oslovenou pracovnící zvlášť.

Při oslovování jsem začala u sociálních pracovníků. Měla jsem při každém domlouvání schůzky pocit, že mají strach z hodnocení jejich kvality práce, o což mně primárně nešlo. Každé sociální pracovníci jsem představila záměr své bakalářské práce a vysvětlila cíl výzkumu. Zároveň jsem ujistila, že výzkumem nechci hodnotit, jak které zařízení kvalitně pracuje s riziky, ale že mi primárně jde o to, abych komparovala společné a odlišné znaky přístupů práce s riziky v jednotlivých typech služby a zároveň rizikové situace, které jsou typické pro daný typ zařízení. Po tomto vysvětlení mi byly sociální pracovnice oslovených zařízení velmi nápomocny i zajištěním pracovníka v sociálních službách.

K samotným rozhovorům jsem připravila doplňující otázky tak, abych při špatném porozumění mohla otázku dovysvětlit. K odlehčení situace a navození příjemného klima jsem na začátku vyzdvihla pozitivní dojem (prostředí, informace, místo) ze zařízení. Také jsem respondenty podpořila v jejich důležité a nelehké práci. Tím se atmosféra uvolnila a vzájemně jsme si vyměňovali pozitivní zážitky ze svého působení v práci se seniory. Rozhovor pak byl uvolněnější a myslím, že pro všechny příjemný.

2.6 Způsob zpracování získaných údajů

Odpovědi respondentů jsem od počátku zapisovala. Z předvýzkumu bylo zřejmé, že respondenti se budou cítit lépe a uvolněněji, když nebudou nahráváni na diktafon. Po ukončení všech rozhovorů s pracovníky ze všech tří typů služby jsem odpovědi roztřídila dle výzkumných otázek. Hledala jsem odpovědi jednotlivých pracovníků, které se shodovaly. Zároveň jsem se utvrdila v tom, že sociální pracovníci své odpovědi rozvíjeli daleko více než pracovníci v sociálních službách a zároveň některé výzkumné otázky i po vysvětlení, jimi nebyly zcela správně pochopeny nebo říkali, že se ve své práci s tímto tématem neseťkali. Samozřejmě znalosti pracovníků této problematiky se lišily v různých typech zařízení.

2.7 Etická a jiná rizika výzkumu

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu toho, že se ve své každodenní práci s riziky neustále zabývám. Zajímalo mě tedy, zda ostatní zařízení, která poskytují služby seniorům v nepříznivých životních situacích, vnímají práci s rizikem stejně. Trochu jsem se bála, abych nebyla zaujata svým pohledem na přístup k práci s rizikem v sociálních službách, ale již po prvních rozhovorech a návštěvách v zařízeních jsem přesvědčena o tom, že je můj pohled objektivní. Z hlediska validity riziko vidím u menšího množství oslovených zařízení. Na druhou stranu z rozhovorů s pracovníky těchto zařízení jsem nabyla dojmu velmi podobných odpovědí, tudíž si myslím, že větší množství některých zařízení by mohlo získaná data zkreslovat. Reliabilita výzkumu může mít svá rizika v informacích, zda ve skutečnosti v praxi funguje to, co pracovníci těchto zařízení sdíleli při rozhovorech.

Jedním z rizik, se kterým jsem se potkala již na počátku výzkumu, bylo, že jsem svůj výzkum nejprve směřovala k sociálním pracovníkům, a po provedení předvýzkumu jsem přehodnotila své rozhodnutí, jelikož odpovědi pracovníků byly spíše administrativního charakteru a chyběla mi tam zkušenost z přímé péče u klienta. Proto jsem rozhovory vždy uskutečnila i s pracovníkem v sociálních službách. To se mi osvědčilo, protože pohled z druhé strany byl více z praxe a zase s menší znalostí administrativy.

Další riziko vnímám u samotných respondentů, a to spíše u pracovníků v sociálních službách. Připadalo mi, že práce s riziky nemají někteří pracovníci podané v souvislostech a nemusejí dostatečně chápat jejich postavení při práci se seniory. V některé službě pracovník odpovídal tak, jako by žádná rizika v jejich službě nikdy nenastala. To hned vyvrátil sociální pracovník. Nemyslím si, že pracovník by se s riziky nikdy při své práci nesešel, nýbrž situace nevnímá jako riziko.

Neméně důležitým faktorem bylo také zvolené téma. Na otázku práce s riziky v sociálních službách není přesně daný přístup, který by byl společný pro všechny tři typy služby. Je na každé službě, aby si své popisy, postupy, časová rozhodnutí vypracovala sama a podle toho se v organizaci řídila. Proto dochází k tomu, že některé služby vnímají práci s rizikem jako významnou součást poskytování služby a jiné spíš jako směřující k ukončení poskytování dané služby.

Další, nad čím se můžeme zamýšlet, je pravdivost odpovědí respondentů. Při osobních rozhovorech může docházet ke zkreslování odpovědí na rozdíl od anonymních dotazníků. Musím říct, že kromě jednoho zařízení jsem neměla problém s oddělenými rozhovory sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. V jednom zařízení jsem měla pocit, že pracovníci mají strach, aby každý neodpověděl něco jiného.

3 Zpracování získaných výzkumných údajů

V této kapitole se budu zabývat odpověďmi na jednotlivé dílčí výzkumné cíle a následně je interpretuji v jednotlivých tématech. Na závěr odpovědí na dílčí cíle shrnu a případně doplním o další zjištěné informace z výzkumu.

3.1 DVC 1: Komparace rizik vyplývajících z tělesných, psychosociálních změn a demence ve stáří.

Tímto cílem jsem chtěla komparovat rizika související se změnami ve stáří v oblasti tělesné, psychosociální a demence.

DVC 1.1: Komparovat, s jakými riziky vyplývajících z tělesných změn ve stáří se setkávají pracovníci v terénní, ambulantní a pobytové službě.

Tabulka vyjadřuje společná rizika v oblasti tělesných změn identifikovaná v jednotlivých službách.

Tabulka 4: Rizika vyplývající z tělesných změn.

Riziko vyplývající z tělesných změn.	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Pády a úrazy.	x	x	x
Vznik dekubitů.	x	x	
Nedostatečný příjem tekutin.	x	x	
Neschopnost se podepsat, oční a sluchové změny.	x	x	
Ztráta společenského prostředí a sociálních vazeb.	x	x	
Nevhodné domácí prostředí.		x	

Zdroj: vlastní zpracování

Vyjádření vnímání hranic přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníky

Tabulka 5: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti tělesných změn

Hranice přiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Časová prodleva	x „Přiměřené riziko pro mě znamená, pokud nedochází k časové prodlevě, to znamená, že nedochází k ohrožení života, ale spíše k ohrožení důstojnosti a kvality života a nemá další následky a lze ho eliminovat zvýšeným dohledem, podporou nebo slovním vedením“	x SP1 a SP3 uvádějí, že vnímají ve své praxi i zvýšené riziko, kdy ještě nedochází k ohrožení života, ale je narušena kvalita a důstojnost.	
Ohrožení důstojnosti	x	x	
Kvalita života	x	x	
Hranice nepřiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Újma na zdraví	x „Nepřiměřené riziko vnímám jako život neohrožující, zároveň se v naší službě zabýváme i zvýšeným rizikem, kdy společně s rodinou vytvoříme taková opatření, aby klient byl ochráněn a riziko bylo zase	x	x SSP5 „S riziky mimo možné pády se v práci nesetkávám“

	zmírněno na přiměřené“		
Ohrožení života	x	x	x

Zdroj: vlastní zpracování

DVC 1.2: Komparovat, s jakými riziky vyplývajícími z psychosociálních změn ve stáří se setkávají pracovníci terénní, ambulantní a pobytové služby.

U tohoto cíle jsem se zaměřila na komparaci rizikových situací v psychosociální oblasti.

Tabulka vyjadřuje společná rizika v oblasti psychosociálních změn identifikovaná v jednotlivých službách.

Tabulka 6: Rizika vyplývající z psychosociálních změn.

Rizika vyplývající z psychosociálních změn	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Požár	x		
Konflikty	x		
Narušování soužití	x		
Ztráta věcí, dokladů	x	x	
Sociální izolace		x	
Ztráta orientace	x		x
Napadání	x		
konflikty	x		
Obsluha domácích spotřebičů		x	
Nedostatečné hygienické návyky		x	
Podávání léků			x
Vulgární chování	x		
Domácí násilí		x	
Zanedbaná domácnost		x doplňili zkušenostmi domácností, kde klienti zapomněli zavřít kohoutek u plynových vařičů nebo vkládání nevhodného nádobí do mikrovlnné trouby	
samota		x	

Zdroj: vlastní zpracování

Vnímání hranic přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníky.

Tabulka 7: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti psychosociálních změn

Hranice přiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Časová prodleva	x „I tady osobně vnímám určitou hranici, kdy může dojít k narušení kvality života a zachování důstojnosti všech zúčastněných a je s tím potřeba pracovat“	x .	
Ohrožení důstojnosti	x	x	
Kvalita života	x	x	
Hranice nepřiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Újma na zdraví	x	x	x
Ohrožení života	x	x „Je to pro mě takové riziko, kdy dochází k ohrožení zdraví nebo života nejen svého, ale i někoho dalšího v okolí“	x

Zdroj: vlastní zpracování

DVC 1.3: Komparovat, s jakými riziky vyplývajícími z demence ve stáří se setkávají pracovníci terénní, ambulantní a pobytové službě.

V tomto dílčím cíli se budu věnovat odpovědím pracovníků na rizikové situace, které potkávají seniory s demencí.

Tabulka vyjadřuje společná rizika v oblasti demence identifikovaná v jednotlivých službách.

Tabulka 8: Rizika vyplývající z demence

Rizika vyplývající z psychosociálních změn	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Ztráta orientace	x	x	
Samostatné bydlení		x	
Agresivní chování	x		
Odcházení	x		x
Neužívání léků	x		
Zanedbávání hygieny		x	
Špatné umístění klienta		x	
Absence rodiny		x	
Nedostatečný příjem stravy a tekutin	x		x
Nevhodné prostředí		x	
Spolupráce s obvodními lékaři		x	
Neodhadnutí svých možností		x	
Vulgární chování	x		
Ztráta orientace		x	
Přístup partnera a rodiny k demenci		x	
Nadužívání nebo zapomínání užití léků		x	
Bloudění	x	x	
Osamělost		x	

Zdroj: vlastní zpracování

Vnímání hranic přiměřeného a nepřiměřeného rizika pracovníky.

Tabulka 9: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti demence

Hranice přiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Časová prodleva	x	x	
Ohrožení důstojnosti	x	x	
Kvalita života	x	x	
Hranice nepřiměřeného rizika	Pobytová služba	Terénní služba	Ambulantní služba
Újma na zdraví	x	x	x
Ohrožení života	x	x	x
Agrese, vulgární chování	x PSS1 „Jako hranici nepřiměřeného rizika vnímám agresi a vulgární chování“		
Přepečovávání			x SP5 „Hranici nepřiměřeného rizika vidím přepečovávání a jinak uzpůsobená prostředí doma a ve stacionáři“

Zdroj: vlastní zpracování

3.2 DVC 2.: Komparace procesů práce k identifikovaným rizikům v terénní, ambulantní a pobytové službě

V tomto dílčím cíli komparuji, jak přistupují pracovníci k rizikům při práci se seniory na svém pracovišti.

DVC 2.1: Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v terénní službě

Filtrační otázka

Zaměřím-li se na to, zda je běžné v organizaci vypracovávat plán rizik, tak se obě organizace shodly na tom, že **plán rizik ve své terénní službě vypracovávají**.

Forma

Zároveň organizace odpověděly na otázku dalšího indikátoru formy. Zdali ho vypracovávají písemně, uvedly, že **písemně a je součástí osobního plánu**, který má každý klient zpracovaný individuálně.

Zodpovědnost

Pracovníci shodně uvedli, že **na řešení rizikových situací se podílejí jak sociální pracovníci, tak pracovníci v sociálních službách**. SP3 navíc uvedla, že často spolupracují s obvodními lékaři klientů a se sociálním pracovníkem města. Sociální pracovníce SP3 vypověděla: „*Hlavním problémem ve spolupráci s lékaři je u nás špatná prezentace sociálních pracovníků a určitá nadřazenost lékařů, kteří často neberou problémy vážně a podceňují potřebu řešit situace některých klientů*“. Dále v rámci organizace také s metodikem a ředitelkou organizace. SP3 doplňuje důležitost kolektivní spolupráce na řešení rizikových situací. „*Tím, že tyto situace řešíme v rámci kolektivu na základě různých zkušeností jednotlivých pracovníků s klientem a jeho rodinou, snáze dokážeme eliminovat vyhrocenost situace a ohrožení klienta*.“ Pracovníci SP4 a PSS4 uvedli, že plán rizik vypracovávají společně. SP3 plán rizik vypracovává sama na základě kolektivního výběru vhodného opatření, a to z důvodu, aby plán rizik byl vypracovaný ve vhodné a jasně přehledné formě.

Situace

Zaměřím-li se na to, kdy pracovníci usoudí, že je potřeba plán rizik zpracovat. Shodně **obě organizace uvedly, že s rizikovými situacemi pracují od počátku spolupráce s klientem**. Pracovníci SP4 a PSS4 pracují s rizikem spíše monitorováním změn u klientů, přičemž hodnotí, zda není ohroženo klientovo zdraví nebo život. Pokud dojde k situaci, kdy již předpokládají, že může být ohrožen,

zpracují plán rizik. Pracovníci SP3 a PSS3 mají v organizaci vypracované karty klientů, které obsahují popsané úkony, které má klient sjednané, dále pak poznámky, kam pracovníci v sociálních službách zapisují výrazné změny u klientů, či nestandardní situace v domácnosti klienta. Zároveň mají kartu barevně odlišenou. Zelenou barvou jsou označena přiměřená rizika, oranžovou zvýšená rizika a barvou červenou nepřiměřená rizika. SP3 uvádí: *„Tento systém se nám při poskytování péče u klientů v domácnosti velmi osvědčil. Tím, že pracovníci monitorují rizika, která klientovi mohou v domácnosti hrozit, zmenšují tím ohrožení a sami si možných rizik všímají. Zároveň se snažíme o to, aby nedocházelo zcela k odstranění přirozených rizik z domácího prostředí, kdy pracovník klienta na možná rizika upozorní. Pokud dojde ke zvýšenému riziku, tak konzultujeme s klientem a rodinou opatření, která povedou k opětovnému snížení rizik. Nepřiměřená rizika jsou konzultována taktéž s rodinou, lékařem a případně sociálním pracovníkem města. Pokud k těmto rizikům dochází, tak ve většině případů se již stáváme nevhodnou sociální službou a snažíme se pomoc rodině spolu s výše uvedenými k adekvátnímu umístění seniora do jiného zařízení.“*

Metoda

Pracovníci obou organizací uvedli, že **hlavními metodami, kterými pracují s riziky, jsou zjišťování, pozorování, rozhovory s klienty a rodinami.** Tím, že pečovatelky domácnosti ve většině případů navštěvují pravidelně, tak monitorují rizika u klientů.

Sdílení informací

V těchto organizacích se liší uspořádáním pracovníků. SP3 s PSS3 **sdílí informace v rámci celého organizačního týmu.** Druhá služba SP4 a PSS4 sdílí informace v rámci týmu pracovníků a sociálního pracovníka. **Způsob předávání informací v obou službách probíhá v rámci porad, knihy hlášení.** SP3 navíc uvádí **předávání informací i v rámci karet klientů, kde každá změna nebo opatření jsou uvedeny.**

Střet zájmů v rámci ochrany práv klienta

V tomto se opět shodly obě dvě služby. Jako nejčastější situaci uvádějí potřebu klienta a požadavky rodiny, které se často od sebe liší, a rodina má pocit, že za seniora přebírá právo rozhodování. SP4 uvádí „*Je velmi těžké rodině vysvětlit, že jejich rodič má právo se rozhodovat sám.*“ SP3: „*Vždy se snažíme s rodinou a klientem vyjednat takové podmínky, abychom si při poskytování služby a řešení rizikových situací byli partnery a nebylo potlačováno právo klienta, který je pro nás samozřejmě na prvním místě.*“ Jako další možné střety uvádějí zneužívání moci pečovatelky nebo upřednostňování provozních podmínek nad přání klienta.

DVC 2.2: Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v ambulantní službě.

Filtrační otázka

V ambulantní službě nebylo zcela jednoduché zjistit, jakým způsobem pracovníci s rizikem pracují. Pracovníci v sociálních službách uvedli, že **plány rizik nevypracovávají**. To sice sociální pracovnice vyvrátily, ale proces je zcela odlišný. U filtrační otázky, zda je běžné plán rizik vypracovávat, uvedli, že ne, protože pokud dojde k rizikové situaci, ukončují smlouvu.

Forma

Práce s riziky spočívá v tom, že mají **v individuálních plánech klientů uvedena přiměřená rizika a případně jejich vývoj**. Tím se vysvětluje i to, že vnímání rizika u jednotlivých zařízení může být jiné. Oslovená zařízení měla kapacitu mezi 12 a 15 klienty.

Zodpovědnost

Za řešení rizikových situací uvedli pracovníci **případně celý kolektiv pracovníků v sociálních službách a sociální pracovnice**. U indikátoru situace, kdy dochází k vytváření plánu rizik, uvedli shodně, že **k tomuto bodu v jejich službě nedochází**. K vyhodnocování plánu rizik nedochází, spíše ke změnám v individuálním plánu. **Zodpovědnost za práci s individuálním plánem má klíčový pracovník a sociální pracovnice, která má informace z prvotního šetření.**

Situace

To, kdy je potřeba zpracovat plán rizik, pracovníci uvedli, že je to výjimečně nad rámec situace.

Vyhodnocování

„Plány rizik nezpracováváme, ale individuální plán vyhodnocujeme jednou za půl roku, pokud to není potřeba dříve“.

Metoda

Pracovníci **informace zjišťují především metodou rozhovoru s rodinou**, kdy pracovnice SP5 uvedla: *„Na sociální šetření jezdím do domácnosti, abych viděla, v jakém prostředí klient žije a jaké jsou jeho zvyky“.*

Sdílení informací

předávání informací v obou ambulantních službách probíhá formou porad nebo SP5 uvádí telefonicky. SP6 dodává: *„Jsme malý kolektiv, informace si předáváme v průběhu dne, pokud není některá v práci, informujeme ji po nástupu nebo si informace přečte v individuálním plánu“.*

Střet zájmů v rámci ochrany práv klienta

Vnímání střetů zájmů v rámci ochrany práv klienta uvádí pracovnice SP5 **odcházení, odmítání služby, právo na rozhodování.** SP6 omezení na vlastním rozhodování a svobodný pohyb.

DVC 2.3: Zjistit, jakým způsobem probíhá proces práce s rizikem v pobytové službě.

Filtrační otázka

Na tom, že zpracovávají plán rizik, se shodují obě pobytová zařízení. SP1: *„V rámci individuálního plánování zpracováváme i rizikový plán klienta, ale pouze u klientů, kteří jsou v ohrožení zdraví nebo života“.* SP2 dodává: *„Možné rizikové situace se snažíme zjistit již na prvotním sociálním šetření, kde je ve většině případů přítomna rodina. Ne vždy však rodina vidí rizika stejně jako pracovníci v zařízení.“*

U obou zařízení dochází ke zpracovávání rizikových plánů až ve chvíli, kdy situace nastanou.

Forma

Ke zpracování plánu rizik shodně uvádějí, že **zařízení mají zpracovány popisy možných rizik a jak jim preventivně zabránit písemně i elektronicky, zároveň také nouzové a havarijní situace, ale individuálně klientovi je plán rizik zpracován až po identifikaci rizika.**

Zodpovědnost

K řešení rizikových situací uvádí shodně celý personál, který se o klienta stará, že s rizikovými situacemi pracují v týmu. *„Jsou sociální pracovníce, vrchní sestry, pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry“*. SP1 doplňuje *„V ideálním případě i rodina“*. V obou pobytových zařízeních **vypracovává plán rizik u klienta klíčový pracovník pod dohledem sociálního pracovníka**. Uvádí se v něm popis rizika, vhodná prevence nebo opatření, informované osoby, popis omezení práv klienta, které vyplývají z režimových opatření, časový plán a vyhodnocení.

Situace, vyhodnocování

Již výše pracovníci uvedli, že plán rizik **vypracovávají v okamžiku identifikace rizik u klienta**. Vyhodnocování plánu rizik probíhá pravidelně v obou službách **po 6 měsících, pokud nedojde ke změně u klienta dříve**.

Metoda

Sociální pracovníci zjišťují možná rizika u klientů **především při rozhovorech s rodinou a poté pozorováním při poskytování péče, kdy se projeví možná rizika**.

Sdílení informací

V obou pobytových službách pracují s informacemi taktéž velmi podobným způsobem. **Pracovníci sdílí informace na pravidelných poradách a na nástěnkách v kancelářích**. Ti, co nejsou v zaměstnání, mají povinnost se se zápisy z těchto schůzek seznámit.

Střety zájmů v rámci ochrany práv klienta

Pracovníci v pobytových službách se shodují na právu na soukromí, zachování intimity a lidské důstojnosti při zajištění potřebné ošetrovatelské péče, právo na majetek a rozhodování u lidí, kteří nerozeznávají hodnotu peněz, právo na svobodu pohybu u lidí dezorientovaných a lidí s demencí. SP1 přidává právo na informace a zachování listového tajemství u lidí se změnami ve vnímání.

DVC 2.4: Komparovat proces práce s riziky u seniorů všech tří typů služeb

Tabulka 10: Komparace proces práce s riziky u seniorů všech tří typů služeb

Tazatelská otázka	Terénní služba	Pobytová služba	Ambulantní služba
Je běžné ve vaší organizaci zpracovávat plán rizik?	Terénní sociální služba s riziky u seniorů pracuje od počátku poskytování péče a to monitorováním, ale i přímým plánem rizik s barevným odlišením závažnosti.	Pobytová služba pracuje s riziky při prvotním šetření, kde je většinou součástí rodina a pak až při vzniklé situaci. Běžně u klientů plán rizik vypracovaný nemají.	U ambulantní služby s riziky zcela nepracují. Obě tato zařízení mají seznam přiměřených rizik jako součást individuálního plánu klienta. Obě služby se shodly, že v případě nepřiměřeného rizika ukončují klientovi smlouvu.
Máte plán rizik vypracovaný písemně?	Plány vypracovávají písemnou i elektronickou formou.	Plány vypracovávají písemnou i elektronickou formou.	--
Kdo se podílí na řešení rizikových situací?	Služba spolupracuje na řešení rizikových situací také sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, metodik, ředitel, obvodní lékař a dost často také sociální pracovník obce.	Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Služba navíc v týmu spolupracuje se zdravotními sestrami a lékaři.	Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. (individuální plán)
Kdo ho vypracovává?	V terénní službě se na zpracování podílí všichni pracovníci, a pokud je to možné i rodina. Sociální pracovník to pak upraví do výsledné písemné a elektronické podoby.	Sociální pracovník společně s klíčovým pracovníkem.	Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. (individuální plán)

<p>Kdy usoudíte, že je potřeba plán rizik zpracovat?</p>	<p>Sociální pracovníci mají těžší identifikaci rizik na počátečním šetření. A to z důvodu toho, že velká část seniorů žije ve svých domácnostech sama a nedokážou zcela objektivně zhodnotit, s jakými riziky se ve své domácnosti setkávají. Většina rizikových situací se proto identifikuje v průběhu poskytování služby, kdy pracovníci v sociální službě monitorují, jak se klientovy schopnosti mění a zda není ohrožen na zdraví a životě. Rizikové situace u jednotlivých klientů jsou od počátku zpracovávány, jelikož každý klient z důvodu snížené soběstačnosti je ohrožen nějakými riziky. Jak pracovníci terénní služby uvádí, je potřeba tyto rizikové situace monitorovat, ne však tím, aby předcházely každému riziku, s kterým se klient v běžném životě může potkat, ale aby byli</p>	<p>Pobytová služba pracuje od začátku poskytování služby s riziky, která zjistí při prvotním šetření zejména v přítomnosti rodiny. Ne vždy však rodina seniora dostatečně zná, jelikož nemusí být v denním kontaktu nebo mohou mít zkreslené představy o tom, co rizikem může být. Pokud je riziko identifikováno již na začátku před poskytováním služby, má klient vypracovaný plán rizik s opatřeními, které sníží rizikové situace, a také práva klienta, která tímto opatřením mohou být narušena. Pokud k identifikaci rizik na počátku nedojde, má klient ve své složce vložen popis přiměřených rizik identifikovatelných v zařízení. Plán rizik se tedy v pobytových službách vytváří až na základě vzniklé rizikové situace</p>	<p>Pokud pracovníci zhodnotí riziko jako nepřiměřené, ukončují klientovi smlouvu. V individuálních plánech klientů mají uvedena identifikovatelná přiměřená rizika příslušného zařízení.</p>
---	--	---	--

	pracovníci schopni včas odhalit nebezpečí, kterému by mohl být klient vystaven. Včasná opatření mohou vést ke snížení zvýšeného nebo nepřiměřeného rizika opět na přiměřené		
Jakým způsobem ho vyhodnocujete ?	Zpravidla k němu dochází pravidelně v šesti měsíčních intervalech. Pokud dochází ke změnám dříve, plán rizik nebo individuální plán se přehodnocuje dle aktuálních potřeb.	Zpravidla k němu dochází pravidelně v šesti měsíčních intervalech. Pokud dochází ke změnám dříve, plán rizik nebo individuální plán se přehodnocuje dle aktuálních potřeb.	Jde zejména o individuální plán.
Jakým způsobem zpracováváte plán rizik?	Nejčastější metodou je rozhovor v prvních fázích sociálního šetření, kde sociální pracovník zjišťuje podstatné informace k tomu, aby služba byla nastavena adekvátně k potřebám klienta. Zde již pracovník může získat potřebné informace k tomu, zda je potřeba zpracovat rizikový plán a jaká vhodná opatření budou eliminovat ohrožení klienta. Další metodou je pozorování při poskytování péče. Pracovníci mohou během	Nejčastější metodou je rozhovor v prvních fázích sociálního šetření, kde sociální pracovník zjišťuje podstatné informace k tomu, aby služba byla nastavena adekvátně k potřebám klienta. Zde již pracovník může získat potřebné informace k tomu, zda je potřeba zpracovat rizikový plán a jaká vhodná opatření budou eliminovat ohrožení klienta. Další metodou je pozorování při poskytování	Nejčastější metodou je rozhovor v prvních fázích sociálního šetření, kde sociální pracovník zjišťuje podstatné informace k tomu, aby služba byla nastavena adekvátně k potřebám klienta. Zde již pracovník může získat potřebné informace k tomu, zda je potřeba zpracovat rizikové situace v individuálním plánu.

	poskytování péče vyzorovat, zda není klient v domácím prostředí ohrožen.	péče. Pracovníci mohou během poskytování péče vyzorovat, zda není klient ústavním zařízením nějakou situací ohrožen.	
Jakým způsobem jsou o plánu rizik seznámeni ostatní, kteří se podílejí na péči?	Informace sdílí všichni, kdo se na poskytování péče podílí včetně metodika a ředitele organizace. Informace jsou sdíleny prostřednictvím porad, knih hlášení v individuálních plánech a kartách klientů. Povinnost se seznámit se změnami po návratu do zaměstnání mají všichni zaměstnanci.	Informace sdílí všichni, kdo se na poskytování péče podílí. Informace jsou sdíleny prostřednictvím porad, knih hlášení, na nástěnkách, v individuálních plánech. Povinnost se seznámit se změnami po návratu do zaměstnání.	V ambulantní službě pracovníci uvedli, že jsou v tak malém kolektivu, kde si předávají informace osobně, zápisem do individuálního plánu nebo při příležitostných poradách.
Jaké Vás napadají střety zájmů v rámci ochrany práv klienta?	Mezi nejčastějšími střety zájmů v rámci ochrany práv klienta pracovníci nejčastěji vnímají právo na soukromí, zachování intimity, právo na majetek a rozhodování u lidí, kteří nerozeznávají hodnotu peněz, právo na svobodu pohybu u lidí dezorientovaných a lidí s demencí.	Nejčastějším střetem, který uvedli, je při sociálním šetření postoj rodiny. Často se setkávají s tím, že představy rodiny se neshodují s potřebami a přáním seniora. Rodina vidí potřeby svého rodinného příslušníka jinak, než je vidí on sám a potlačují jeho právo na vlastní rozhodování. Pracovníci uvedli, že se snaží	Na základě rozhovorů s pracovníky ambulantní služby soudím, že střety zájmů vidí právu na vlastním rozhodování, odmítání služby a právo na vlastní pohyb.

		s klientem i s jeho rodinou navázat takový vztah, aby si byli partnery.	
--	--	---	--

Zdroj: vlastní zpracování

3.3 Shrnutí výzkumné části

Hlavním cílem práce bylo komparovat přístupy práce s riziky u seniorů v terénní, ambulantní a pobytové službě. Zajímalo mě, jestli se ve všech třech typech sociální služby pro seniory pracuje s riziky stejným způsobem. V první etapě mě zajímali spíše informace od sociálních pracovníků příslušných služeb, nicméně jsem si v průběhu předvýzkumu uvědomila, že budu mít spíše odpovědi administrativního charakteru bez pohledu z přímé péče u klientů. Proto jsem se rozhodla své rozhovory rozšířit i na pracovníky v sociálních službách, abych měla ucelenější představu o práci s rizikovými situacemi v příslušných zařízeních.

Dílním cílem 1 byla Komparace rizik vyplývajících z tělesných, psychosociálních změn a demence ve stáří. Jednotlivými dílními cíli druhého řádu jsem komparovala nejdříve rizika vyplývající z tělesných změn v terénní, ambulantní a pobytové službě, poté rizika vyplývající z psychosociálních změn, a nakonec rizika vyplývající z demence. U rizik vyplývajících z **tělesných změn** všechny tři typy služeb uvedly jako **nejčastější riziko pády klientů**. Dalšími riziky, která jsou společná pro pobytové a terénní služby, jsou rizika vzniku dekubitů, nedostatečného příjmu stravy a tekutin a ztráta společenského prostředí a sociální vazby. Terénní služba pak často pracuje s riziky nevhodného domácího prostředí. Jako nejčastějšími riziky z oblasti **psychosociálních změn** se mi dle výzkumu jeví riziko ztráty **orientace**. V tom se shodují všechny typy služeb. V ostatních již má každý typ služby jiné zkušenosti. V terénní službě uvedli jako další rizika, se kterými se potýká jejich služba, obsluha domácích spotřebičů, vkládání nevhodného nádobí do mikrovlnné trouby, sociální izolace, zanedbaná domácnost, ztráta dokladů, domácí násilí. Pracovníci ambulantní služby uvedli navíc riziko podávání léků. U rizik vyplývajících z **demence** se všechny typy služeb shodly na nejčastějším riziku, a to **dezorientace v čase, prostoru**. Pobytové služby řeší jako další rizika zvýšené

agresivní chování, odcházení, nedostatečný příjem tekutin. Z pohledu terénní služby je častou rizikovou situací samostatné bydlení bez rodiny, nevhodné domácí prostředí, osamělost, zanedbaná domácnost. Zároveň vnímají jako rizikové umístění klienta do nevhodné sociální služby a obtížnou spolupráci s obvodními lékaři, kteří klientovu situaci často zlehčují. Pracovníci ambulantní služby uvedli taktéž jako pobytová služba odcházení a nedostatečný příjem stravy a tekutin, ale zvýšenou agresivitu neřeší. Taková situace je pro ně již nepřiměřené riziko a smlouvu ukončují. **Přiměřené a nepřiměřené** riziko vnímají pracovníci víceméně ve všech typech služby stejně. Přiměřeným rizikem je pro ně, když nedochází k časové prodlevě a nemá další následky. Nepřiměřené riziko zase znamená ohrožení na zdraví nebo životě klienta. Sociální pracovnice jedné pobytové a jedné terénní služby uvádějí i zvýšené riziko, kdy v terénní službě s ním aktivně pracují, v pobytové spíše vnímají, že může nastat.

U dílčího cíle 2 a cíli druhého řádu jsem se zabývala již Komparací přístupů pracovníků k identifikovaným rizikům v terénní, ambulantní a pobytové službě. Nejdříve jsem zjišťovala, jak probíhá práce s riziky u seniorů v **terénní službě**. Položila jsem filtrační otázku, zda je obvyklé v jejich organizaci plán rizik zpracovávat. Obě oslovené terénní služby **zpracovávají plán rizik formou písemnou i elektronickou** a je součástí individuálního plánu klienta. **Zodpovědnost za řešení vzniklých rizikových situací má kolektiv pracovníků přímé péče a sociálního pracovníka. U jedné z terénních služeb uvedla pracovnice, že se na řešení podílí také často sociální pracovník obce, obvodní lékař, metodika ředitelky. Plán rizik zpracovává klíčový pracovník se sociálním pracovníkem.** Práce s riziky dle výzkumu začínají s příchodem klienta do služby. Každý klient se sníženou soběstačností je vystavován situacím, které ho mohou nějakým způsobem ohrožovat. V terénní službě tato rizika monitorují a identifikují v průběhu poskytování služby a volí vhodná opatření ke snížení rizika. Jedna z oslovené terénní služby pracuje s riziky na základě barevného odlišení přímo v kartách klientů, které jim umožňuje lépe monitorovat fázi rizika u klienta v domácnosti. **K vyhodnocování plánů rizik v terénní službě dochází vždy po 6 měsících, pokud nenastanou změny dříve.** V tomto případě se plán rizik upravuje hned. Pro pracovníky v terénních službách je mnohdy těžké identifikovat

riziko již na počátku. Dochází k tomu spíše v průběhu poskytování péče na základě pozorování a rozhovorů jak s klienty, tak s jejich rodinami. **U obou oslovených terénních služeb dochází ke sdílení informací prostřednictvím pravidelných a častých porad, knihy hlášení, změny v kartách a individuálních plánech klientů. Střety zájmů v rámci ochrany práv klienta vidí zejména ve spolupráci s rodinou, kdy představy rodiny jsou často odlišné od potřeb klienta a tím by mohlo dojít k potlačení práva klienta na vlastní rozhodování.** Jako další pak uvádějí moc pečovatelky nad klientem a upřednostňování provozních podmínek nad potřebami klientů.

Při zjišťování, jak pracují pracovníci s riziky u seniorů **v ambulantní službě**, jsem byla překvapená. Pracovníci těchto služeb uvedli, že **pokud dojde k rizikové situaci, ukončují s klientem smlouvu.** Při rozhovoru jsem však usoudila, že rizikové situace vnímají jiným způsobem. Od pracovníků v sociálních službách, kteří mi řekli, že se u nich nevyskytují rizikové situace, jsem se toho moc nedozvěděla. K tomuto tématu mi spíše více sdělily sociální pracovnice. K filtrační otázce, zda pracují **s plánem rizik, však uvedly, že nepracují.** V individuálních plánech mají vložena přiměřená rizika, která se v jejich zařízení mohou vyskytovat, a pokud je nějaký klient, který má specifické potřeby, které se při sociálním šetření objeví, **jsou zaneseny v individuálním plánu a k tomu je uveden vývoj nebo postup,** jakým se pracovníci řídí. Myslím, že toto je právě způsob rizikového plánování, avšak popsán jiným způsobem. Takže forma je taktéž **písemná.** Ohledně zodpovědnosti vnímám práci hlavně sociální pracovnice, i když my bylo řečeno, že pracovníci v sociálních službách pracují s individuálními plány, ale u jednoho zařízení jsem ten pocit neměla. Pracovníci v ambulantní službě sice uvedli, že k situacím s možným rizikem v jejich zařízení nedochází, avšak **uvedli riziko pádu, které vyplývá z tělesných změn, z toho tedy soudím, že vnímají všechna rizika jako přiměřená.** K vyhodnocování plánu rizik tedy zřejmě nedochází, spíše k vyhodnocování celého individuálního plánu klienta jednou za 6 měsíců. **Informace v této službě sdílejí poradami, osobním plánem.** Pracovnice uvedly, že jsou tak malým kolektivem, že i ústně nebo telefonicky. **Ke střetu zájmů v rámci ochrany práv klienta uvedli pracovníci zejména odmítání služby, právo na rozhodování, volný pohyb a odcházení.**

U pobytových služeb jsou informace z rozhovorů velmi podobné. V těchto službách byla filtrační otázka, zda vypracovávají plán rizik zodpovězena totožně. Obě tyto služby ho vypracovávají **písemnou a elektronickou formou** a je součástí individuálního plánování klienta. K rizikovým situacím se snaží dojít sociální pracovníce již na prvotním šetření s klienty a ve většině případů i s jejich rodinami. **Pokud není vypracován již na počátku poskytování péče, zpracovává se ihned při vzniklé rizikové situaci včetně vhodných opatření a potlačení určitých práv klienta. Plán rizik vypracovává sociální pracovník s klíčovým pracovníkem klienta. Plán rizik pobytové služby vyhodnocují pravidelně jednou za 6 měsíců nebo v případě změn. Sdílení informací probíhá formou porad, knih hlášení, informacemi na nástěnkách, v kancelářích pracovníků a v individuálních plánech klientů.** V pobytové službě je větší pestrost pracovníků, kteří potřebují být **informováni o klientech.** Jejich složení odpovídá náročnosti péče o tyto klienty. Jsou to **zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a vrchní sestry, v dalších případech i lékaři.** V možných střetech zájmů se taktéž pobytové služby shodovaly. Nejčastějšími **střety, které vnímají, jsou právo na soukromí, zachování intimity a lidské důstojnosti, právo na majetek a rozhodování u lidí, kteří nerozeznávají hodnotu peněz, právo na svobodu pohybu u lidí dezorientovaných a lidí s demencí.** Pracovník jedné z pobytových služeb přidává právo na informace a zachování listového tajemství u lidí se změnami ve vnímání.

Závěr a diskuze

Je zjevné, že výsledky výzkumu ukázaly odlišnosti přístupů k práci s riziky u třech typů zkoumaných služeb. Je potřeba říct, že ač se práce se seniory zdá být na první pohled ve všech zařízeních stejná, zcela tomu tak není. Z výzkumu vyplývá, že rizika v terénních a pobytových zařízeních jsou částečně podobná. Minimum rizik bylo shodných se službami ambulantními. Po rozhovorech s pracovníky ambulantních služeb spíše nabývám dojmu, že toto téma nebylo silnou stránkou pracovníků. Pracovníci v sociálních službách téměř nedokázali odpovědět na dotaz, a pokud ano, často si nebyli jistí odpovědí. Sociální pracovníci o rizicích věděli, avšak sami uvedli, že v této službě s nimi nikterak dále nepracují. Pokud riziko vyhodnotí na prvotním šetření, mají popsany postup vývoje. V případě, že dojde k rizikové situaci, smlouvu s klientem ukončují. Nabývám tím dojmu, že ambulantní služby nejsou v těchto ohledech tolik rozvinuté, jako zbylé dvě služby. Tím se tyto služby liší. V pobytové a ani v terénní službě toto není možné (pouze ve výjimečných případech). V pobytových službách je postup práce s riziky nastaven systémově. Zařízení mají nastavena určité specifikace rizik ve svém zařízení a k tomu nastaven systém nějakých opatření. K tomu je také uveden seznam práv klienta, kterých se tato opatření týkají. Identifikace rizik probíhá na základě prvotního šetření, kterého s u větší části klientů účastní i rodinní příslušníci. Pokud je na počátku riziko identifikováno, je klientovi vypracován plán rizik. U klientů, kteří nemají specifikována nepřiměřená rizika na počátku, je v poskytování péče klíčovým pracovníkem prováděn monitoring a v případě odhalení rizika se plán zpracovává. U obou zkoumaných pobytových zařízení bylo zřejmé, že rizika jsou shodná a vnímají je pracovníci stejně. Obě sociální pracovnice uvedly, že si jsou vědomy toho, že v těchto zařízeních dochází k porušování práv klientů, i když se snaží o to, aby z větší míry k tomu nedocházelo. To bych i z vlastní zkušenosti potvrdila. Při návštěvě těchto zařízení jsem měla dobrý pocit z přístupu pracovníků ke klientům. Z výzkumu mi vyllynulo, že nejnáročnější je práce s riziky v terénních službách. A to z mnoha důvodů. Ten nejzásadnější vidím už v tom, že klientům terénních služeb jsou péče poskytovány doma. To je samozřejmě to nejžádanější a pro seniora určitě nejlepší řešení, pokud to jde. Ovšem je velmi těžké,

jak z rozhovorů s terénními sociálními pracovníky vyplývá, nějak výrazně ovlivnit prostředí, pokud senior nemá rodinu. Dost často je těžké vykomunikovat potřeby k bezpečnému provedení služby. Jako druhý problém, který vyplynul z výzkumu, je spolupráce s klientem a jeho rodinou. Často rodina tlačí na klienta a snaží se jeho potřeby buď bagatelizovat, anebo v opačném případě nutit do služby, kterou nechce. Jako další odlišnost proti ostatním službám je patrná nedostatečná spolupráce s lékaři. Sociální pracovníci si postěžovali na neprovázanost sociální péče s lékaři, případně i s pracovníky úřadu práce ohledně příspěvků na péči. Kdy často řeší žádosti o příspěvek na péči u klientů v domácnosti a pokud žije klient sám, nemá rodinu a není přítomen ani sociální pracovník zařízení, často dochází k tomu, že na příspěvek nedosáhne. Pracovníci uvádějí, že to není tím, že by ho nepotřebovali, ale spíše v ten okamžik se mohou cítit lépe nebo již nedokážou vyhodnotit, co zvládnou. Obě terénní zařízení pracují s riziky od počátku poskytování služby. U klientů mají definována rizika přiměřená, zvýšená a nepřiměřená. Pracovníci přímé péče každodenně monitorují změny u klientů a v případě identifikovaného rizika okamžitě informují sociální pracovníci, která posléze s celým týmem, případně rodinou a sociálním pracovníkem města zhodnotí situaci, a přijmou se adekvátní opatření. U klientů v domácnostech nejsou jednoznačně stanovena rizika pro všechny klienty stejně a vždy se snaží s klienty a rodinou nepřiměřené riziko snížit opět na přiměřené. Terénní služby tedy pracují s rizikem po celou dobu aktivně. Ohledně práv klientů jsem měla pocit, že k jejich porušování dochází v menší míře a spíše až v pokročilém stádiu vážné nemoci, Alzheimerovy choroby a jiných demencí, kdy klient již nedokáže plně rozhodovat. Všechny tři typy mají společná některá rizika vyplývající ze změn v oblasti tělesné, psychosociální a demence. Každá však s nimi pracuje za jiných podmínek a jiným způsobem. Na závěr bych uvedla, že nelze standardizovat přístupy práce s riziky ve všech službách a hodnotit tabulkově postupy. Každý z klientů je jedinečný, má své specifické schopnosti, potřeby a přání a jeho situace vyžaduje individuální přístup. Nesnažme se zbavovat seniory přiměřených rizik, kterým jsme všichni v životě vystaveni, ale snažme se je přivést a upozornit na to, že taková rizika existují a mohou si je sami uvědomit, pokud jsou toho schopni.

Seznam použitých zdrojů

- BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANEBOVÁ, Radka. Sociální práce: Posedlost sociální práce managementem rizik a rezignace na potřeby. *Sociální práce*. 2018, 2018(6), 39-56. ISSN 1213-6204.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KALVACH, Zdeněk a Blanka HOŠKOVÁ. *Pády ve stáří: cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-139-6.
- KALVACH, Zdeněk a Eva HRABĚTOVÁ. *Senior a já-- já a senior?*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, c2005
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- LUKASOVÁ, Marie a Adéla HRADILOVÁ. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, c2014. ISBN 978-80-87949-03-0.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0131-3.
- PAVLÁSEK, Michal a Jana NOSKOVÁ, ed. *Když výzkum, tak kvalitativní: serpentínami bádání v terénu*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. Etnologické studie. ISBN 978-80-210-6480-5.
- PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- SOBEK, Jiří. *Práce s rizikem v sociálních službách: [příručka pro zaměstnance a poskytovatele sociálních služeb]*. Praha: Portus Praha, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0.
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
- TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha, 2014. Monografie (Linde). ISBN 978-80-7201-938-0.
- TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka č. 1	35
Tabulka 2: Transformační tabulka č. 2	38
Tabulka 3: Respondenti	40
Tabulka 4: Rizika vyplývající z tělesných změn.	44
Tabulka 5: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti tělesných změn	45
Tabulka 6: Rizika vyplývající z psychosociálních změn.....	47
Tabulka 7: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti psychosociálních změn.....	48
Tabulka 8: Rizika vyplývající z demence.....	49
Tabulka 9: Hranice přiměřeného a nepřiměřeného rizika v oblasti demence.....	50
Tabulka 10: Komparace proces práce s riziky u seniorů všech tří typů služeb	57