

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**HODNOCENÍ PRACOVNÍCH PODMÍNEK ZAMĚSTNANCI
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY**

Diplomová práce

Autorka práce: Bc. Dagmar Ušiaková

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D

23.5. 2011

Abstract

Working Conditions of the Staff in Social Centres for Seniors

With life expectancy continuing to rise, more and more clients of social services are seniors. The quality of the care provided is closely associated with professional and pleasant staff attitude to clients. Senior social care is a highly demanding job for all workers taking care of clients' well-being. This thesis is focused on working conditions in senior services facilities and their impact on staff job performance which affects directly clients' perception of the care.

The study was carried out in various facilities of the Pilsen region provided social services to seniors, e.g. senior homes, daily stationaries, day care centers, personal assistance, social welfare institutions, assisted living, rehabilitation facilities, residential long-term care, emergency assistance, social therapeutic activities for seniors and disabled and weekly stationaries.

The work is aimed at identification of the moments which significantly affect working conditions. It studies which of them are accepted positively and which make job performance more difficult or even impossible to complete. To collect the data of the survey, the questionnaires were used. While 180 questionnaires were distributed, only 134 of them were given back which means 74% return rate. The questions were focused on differences of working conditions between residence and field social workers, and the impact of further education and changes resulted from introducing quality standards for social care. The findings of the study will help identify and gradually improve working conditions of social care staff.

Abstrakt

Hodnocení pracovních podmínek zaměstnanci sociálních služeb pro seniory

Nejpočetnější skupinu uživatelů sociálních služeb tvoří senioři, neboť u nich dochází přirozenou cestou k souběhu nepříznivých zdravotně sociálních faktorů. Subjektivní vnímání kvality poskytované péče klientem je podstatnou měrou utvářeno právě lidským přístupem a profesionalitou jejich zaměstnanců. Práce v sociálních službách pro seniory zaznamenává stále významnější nárůst požadavků na zaměstnance, kteří jsou hlavními nositeli kvality péče svým individuálním, empatickým, profesionálním přístupem. Tato práce zkoumá, jak pracovní podmínky v zařízeních péče o seniory ovlivňují úsilí zaměstnanců sociálních služeb. Co přináší tomuto nejdůležitějšímu, byť většinou přehlíženému článku procesu uspokojování potřeb seniorského uživatele. Ve výzkumu byli osloveni zaměstnanci zařízení v Plzeňském kraji, ve kterých je většinovým uživatelem služeb osoba v seniorském věku (domovy pro seniory, denní stacionáře, centra denních služeb, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, sociální služby v zdravotnických zařízeních ústavní péče, sociálně terapeutické činnosti pro seniory a osoby zdravotně postižené, týdenní stacionáře). Cílem práce bylo identifikovat významné momenty ovlivňující kvalitu pracovních podmínek. Zkoumá, které skutečnosti pracovníci přijímají jako pozitivní a přínosné, a které jim naopak práci ztěžují, tedy v konečném důsledku brání uskutečňovat to, co je jejich hlavním úkolem a posláním. Výzkum byl uskutečněn dotazníkovou formou sběru dat, distribuováno bylo 180 dotazníků, kde mohli zaměstnanci vyjádřit svůj názor na danou problematiku. Vráceno bylo 134 dotazníků, což představuje návratnost 74 %. Práce srovnává pracovní podmínky zaměstnanců pobytových a terénních poskytovatelů sociálních služeb, vlivy dalšího vzdělávání pracovníků a změn vzniklých zaváděním standardů kvality péče z pohledu zaměstnance. Získané informace pomohou identifikovat, a následně na úrovni poskytovatelů, zřizovatelů i celé společnosti pracovat na postupném zlepšování problematických faktorů pracovních podmínek zaměstnanců sociálních služeb pro seniory.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích 23. 5. 2011

Bc. Dagmar Ušiaková

.....

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., vedoucí této diplomové práce, za cenné rady a připomínky, které mi při práci velmi pomáhaly, i její chápavý a podporující přístup. Rovněž bych chtěla poděkovat členům své rodiny, protože jen oni ví, jak moc jsem jim v dlouhých chvílích přípravy práce chyběla, a svým kolegům v práci za jejich pochopení, podporu a trpělivost.

Bc. Dagmar Ušiaková

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Stárnutí, stáří, vymezení pojmů	8
1.1.1 Dělení stáří, pojem senior	8
1.1.2 Projevy stáří	9
1.1.3 Fyzické projevy stáří	9
1.1.4 Psychické projevy stáří	10
1.1.5 Demografické prognózy stárnutí populace	11
1.1.6 Důchodová politika v ČR	12
1.1.7 Ekonomická situace osob ve vyšším věku	13
1.1.8 Stárnutí, šedá revoluce	18
1.1.9 Prožívání stáří v dnešní době	21
1.1.10 Vzdělávání a rozvoj osobnosti ve vyšším věku	18
1.1.11 Trénování paměti	19
1.2 Sociální služby	19
1.2.1 Sociální služby, vývoj po r. 1989	20
1.2.2 Financování sociálních služeb	21
1.2.3 Dělení sociálních služeb	23
1.2.3.1 Dělení sociálních služeb z hlediska trvání poskytované péče	25
1.2.3.2 Dělení sociálních služeb podle formy poskytování	25
1.2.3.3 Dělení sociálních služeb podle formy úhrady	26
1.2.4 Kvalita péče	26
1.2.5 Plánování v procesu poskytování služeb	28
1.2.6 Schéma služeb dle potřeb klienta	29
1.2.7 Sociální služby pro seniory	30
1.2.8 Předpokládané trendy v péči o seniory	34
1.3 Pracovníci sociálních služeb pro seniory	35

1.3.1 Pomáhající profese, předpoklady výkonu činnosti	35
1.3.2 Základy profesionálního přístupu pracovníků	35
1.3.3 Způsobilost pracovníků a jejich odbornost	36
1.3.4 Základní struktura pracovních pozic v kontextu nových trendů péče	38
1.3.5 Etické požadavky na zaměstnance v sociálních službách	40
1.3.6 Stresové faktory zaměstnání, syndrom vyhoření	40
1.3.7 Prevence nehromadění stresu, syndrom vyhoření	41
1.4 Pracovní podmínky zaměstnanců sociálních služeb pro seniory	42
1.4.1 Vymezení pracovních podmínek, právní rámec	42
1.4.2 Aspekty pracovních podmínek obecně	44
1.4.3 Specifika pracovních podmínek v sociálních službách	44
1.4.4 Pracovní doba	45
1.4.5 Finanční a mzdové podmínky	45
1.4.6 Bezpečnost práce a hygienické podmínky	46
1.4.7 Pracovní vztahy	50
1.4.8 Vzdělání a společenské ocenění	50
1.4.9 Osobní uspokojení z práce	51
1.4.10 Společenské ocenění práce v sociálních službách	51
2. Cíl práce a hypotézy	53
2.1 Cíl práce	53
2.2 Hypotézy	53
3. Metodika	54
3.1 Metody výzkumu	54
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	55
4. Výsledky	56
5. Diskuse	97
6. Závěr	110
7. Seznam použitých zdrojů	113
8. Klíčová slova	119
9. Přílohy	120

Úvod

Oblast sociálních služeb v současné době stále prochází obdobím masivních systémových a kvalitativních změn. Problematika sociálních služeb a sociální práce s potřebnými lidmi se svou důležitostí dostává stále více do popředí zájmu společnosti. V České republice se trvale zvyšuje počet osob, které se díky omezením plynoucím z věku, neuspokojivého zdravotního stavu, tělesného či duševního handicapu, případně souhry dalších nepříznivých okolností dostávají do role pravděpodobných zájemců o sociální službu.

V této souvislosti je potřeba uvést, že nárůst počtu osob seniorského věku bude v budoucích desetiletích gradovat, a vyžádá si řadu změn v systému sociálních služeb určených zmíněné cílové skupině. Objektlem výzkumu této práce jsou zaměstnanci sociálních služeb pro seniory, poskytující služby v zařízeních na území Plzeňského kraje. Práce zkoumá okolnosti, které celkově ovlivňují prožívání a subjektivní hodnocení jejich pracovních podmínek, jejím cílem je přiblížit jak v atmosféře změn a hledání adekvátní podoby i fungování sociálních služeb vnímají svoji situaci osoby, které jsou bezprostředními nositeli kvality poskytované péče. Tato práce by měla zmapovat problematické aspekty, které ovlivňují pracovní výkon konkrétních zaměstnanců, spektrum příznivě i negativně hodnocených okolností. Souhrn získaných informací umožní získat náhled na celkový obraz výkonu profese i body, kterými bychom se měli v zájmu zkvalitňování poskytované péče zabírat na vysoké i místní úrovni. Stále totiž platí jednoduchá rovnice – spokojený zaměstnanec + spokojený uživatel sociálních služeb = kvalitně poskytnutá služba.

Dalším, neméně důležitým cílem práce je upozornit na potřebu dostat sociální služby ze současné poněkud přehlížené pozice na místo, které jim ve všech směrech po právu náleží.

1. Současný stav problematiky

1.1 Stárnutí, stáří, vymezení pojmů

Stárnutí je normální, nevyhnutelný proces, probíhající celý život a končící smrtí. Buňky organismu se přestávají po určitém počtu životních cyklů dělit, nastává stárnutí a smrt. I přes senzační informace o zaručených medikamentech, prodlužujících mládí a potažmo i život, je délka života i proces stárnutí organismu geneticky spouřčen. Jako stejně významný můžeme označit vliv dědičných onemocnění a rizik, prodělaných chorob, a zejména stylu života daného jedince (1). V ontogenezi života představuje stáří jeho závěrečnou část. Na tento všeobecně známý fenomén lze nahlížet z mnoha rozdílných pohledů a zároveň je možno sledovat promítání jeho důsledků do množství sociálních problémů, jež s sebou negativní projevy opotřebení organismu přinářejí. Podle terminologie Světové zdravotnické organizace /WHO/ je *stařeckým věkem* období života, kdy nastupuje manifestní poškození fyzických i psychických sil člověka v porovnání s obdobími předešlými (35).

1.1.1 Dělení stáří, pojem senior

Rychlost a omezení, které přináší seniorský věk, je značně individuální. Navíc příznačně v některých obdobích života probíhá rychleji, zatímco v jiných pomaleji. Obecně je v populaci za *seniora* považována osoba, která dosáhla 65 let, pobírá starobní penzi a požívá tzv. „zaslouženého odpočinku“. Počátek stáří, nebo též rané stáří, bývá vymezeno věkem 65 – 74 let (tzv. *mladí senioři – young old*) a bývá poměrně aktivní etapou života. Následuje vlastní stáří (tzv. *staří staří – old old*), které datujeme mezi 75. až 80. rokem života. Toto období přináší přechod přes tzv. *uzlový ontogenetický bod* – 75 let, kdy se již většinou ve zvýšené míře objevují zdravotní komplikace závažnějšího charakteru s příslušnými omezeními. Po překročení 85. roku věku vstupuje člověk do stadia dlouhověkosti (tzv. *velmi staří staří - very old old*), ve kterém

se obraz života seniorů opět mění. Provází jej kumulace zdravotních problémů spojená s problematickou soběstačností a osamělostí (9).

1.1.2 Projevy stáří

Celkové průvodní projevy stárnutí představují soubor vzájemně podmíněných fyzických a psychických pochodů, které ovlivňují sociální stránku života jedince. Jde zejména o postupný úbytek sil, vitality a životního elánu, zhoršování smyslových funkcí, celkové opotřebení organismu, snížení produkce hormonů, kumulaci důsledků a projevů nemocí a zdravotní labilitu a vulnerabilitu (39).

1.1.3 Fyzické projevy stáří

K fyzickým změnám náleží snížená výkonnost kardiorepiračního systému, omezení funkcí pohybového aparátu (kosti, svaly a klouby), celkové opotřebení organismu či ochabování svalové síly. Běžné denní činnosti jako stoj a chůze komplikují poruchy rovnováhy s rizikem pádů a následnou imobilitou seniora. Kvalitu života ovlivňuje výrazně negativně bolest, která ve vyšším věku často přechází do chronicity. Pro stáří typicky se výrazně propojují a podmiňují problémy tělesné, psychické, sociální a zdravotní, snižuje se kvalita funkce smyslového vnímání, které lze jen do určité míry korigovat léčebnými postupy nebo kompenzačními pomůckami. (17) Zejména u velmi starých seniorů je typická tzv. stařecká křehkost (*frailty*).

Involuční deteriorizace je charakterizována jako multikauzální, věkem podmíněná, se signifikantními manifestními projevy (39):

- Rozvoj stařeckého fenotypu
- Zhoršování zdatnosti a výkonnosti, odolnosti a schopnosti adaptace
- Úpadek duševních rezerv
- Celkové zhoršení zdravotního stavu (*generalized decline*)

- Přibývání počtu geriatrických symptomů a syndromů

Subjektivní kvalita života a soběstačnost staršího člověka bývá výrazně ovlivněná sociálním a rodinným prostředím, neboť pro stáří je typická provázanost pohody duševní a tělesné, což má významný vliv na pocit zdraví a celkové pohody seniora. Celkový stav je navíc z medicínského hlediska znesnadněn polymorbiditou, nezdědka spojenou s nadměrným užíváním léků (*polypragmazi*). Varovné signály, které je zapotřebí u osob seniorského věku sledovat, se týkají následujících faktorů: genetika, časnost nástupu involučního procesu, vlivy prodělaných chorob a úrazů, vlivu životního stylu. (nevhodná strava, i požívání alkoholu, vlivy prostředí a v neposlední řadě psychiky) (39, 9).

1.1.4 Psychické projevy stáří

Z hlediska psychologického prochází člověk jedním z nejtěžších období své existence, neboť je zde konfrontován s konečností svého života, s poznáním, že co nezvládl vykonat do této chvíle, se nemusí podařit uskutečnit již nikdy. Odchod z aktivního života do penze navozuje pocit bezcennosti a neužitečnosti. U osob, které se nedokázaly vyrovnat s přirozenými změnami, může docházet ke snižování sebevědomí a sebeúcty, někdy až k depresím a uzavírání se před světem a životem. Se zvyšujícím se věkem začíná ubývat přátel, osob, se kterými si byl člověk vždy blízký, ze života postupně mizí příležitost k prostému lidskému dotyku, pohlazení a blízkosti. Jak přiznává mnoho seniorů, absence láskyplného pohlazení, možnosti položit svoji hlavu někomu na rameno, je velmi stresující a mnoho seniorů toto postrádá. Významným faktorem ovlivňujícím kvalitu stáří je jednoznačně jeho osamělost (9). Ztrátou z nejbolestnějších bezesporu bývá ztráta životního partnera. Ani pro osoby nadané životním optimismem není lehké tyto bolestné ztráty vnímat a vyrovnávat se s nimi. Pokud se navíc přidávají i problémy s vlastním zdravím, stavy provázené bolestí, bezmocí a uvědoměním si vlastní nemohoucnosti, bezradnosti i samoty, může takový stav přerůst až v ztrátu smyslu života a v krajním případě volbu tzv. bilanční sebevraždy, jak uvádí Vágnerová, nejčastěji se tento krok objevuje u starších, nemocných osob. Důvodem je odmítnutí

života, degradovaného chronickou bolestí, pocitem bezvýchodnosti, omezujícím těžkým či letálním onemocněním na pouhé přežívání (30). Významné jsou dále problémy spjaté s obtížným přizpůsobením změnám situace a prostředí, způsobené prostým stárnutím mozku a zhoršováním vstřípivosti nových vjemů. Stav ještě zhoršují poruchy paměti, ve vyšším věku stále běžnější, s projevy dezorientace a zmatenosti, úzkosti a depresí. Zvláště ve vysokém věku dochází často ke změnám osobnosti vlivem degenerativních onemocnění mozku a onemocnění psychických (65). Nejčastěji se objevuje *Alzheimerovská demence*, způsobená postupnou atrofií šedé kůry mozkové kardiiovaskulárního původu, nebo důsledkem poruch krevního zásobování mozku, tzv. *multiinfarktové demence (MID)*, lišící se zejména mírou vzhledu seniora na závažnost situace, neboť v tomto případě si člověk zhoršování paměti obvykle uvědomuje, ale nedokáže jej ovlivnit nebo zastavit. Výsledkem je v obou případech shodně radikální zhoršování paměti a psychických funkcí, vedoucí postupně k celkové destrukci osobnosti a chování (10). U zhruba 15 % případů, za jejichž problémy stojí demence, je možné pozorovat kombinaci obou nejčastějších typů postižení, existují však mnohé další druhy (24).

1.1.5 Demografické prognózy stárnutí populace

V současné době dochází k výraznému stárnutí populace. Ačkoli k nejrazantnějšímu zvyšování věku lidí, a tedy k stárnutí společnosti dochází v Africe a Asii, nejznepokojivěji je situace prezentována v západní Evropě, tedy i v České republice. Například v roce 2010 představovaly střední hodnoty naděje dožití hodnoty 74,5 let u mužů a 80,6 let u žen; v roce 2030 jsou její projekce 79,5 let u mužů a 85,1 let u žen (73). Prognostické údaje o situaci stárnutí populace není v našich podmínkách v žádném případě optimistická. Projekce obyvatelstva předpokládá v následujícím období další pokles podílu dětí v populaci (*stárnutí relativní*), snižovat se bude i zastoupení osob ve věkové skupině 15-64 let, přičemž bude výrazně přibývat obyvatelstva nad 65 let - nejvýznamněji osob nad 80 let (*stárnutí absolutní*). Obyvatelstvo starší 65 let tvoří v současnosti přibližně jednu sedminu všech obyvatel ČR, do roku 2050 by se však podle

střední varianty jeho podíl mohl přiblížit až k jedné třetině (34). Rostoucí počty občanů ve vyšším a vysokém věku tak budou znamenat silné ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku. Celkově vzroste i průměrný věk v populaci, do roku 2050 až o 10 let, tedy na hodnotu 48 – 50 let. V současnosti jsou demografické změny zejména důsledkem stárnutí starých osob, očekávaný populační vývoj tedy ovlivňuje prodlužování věku dožití. Narůstá významně počet velmi starých lidí. Česká republika patří dle prognóz mezi státy s rychlým vývojem stárnutí. Do roku 2050 narostou počty osob starších 80 let až na 33% obyvatelstva. Z hlediska rozložení poměru ekonomicky aktivních osob (15-64) vůči seniorům (65+) pak vychází dvě osoby ekonomicky aktivní na jednoho člověka v seniorském věku. Prognózu vývoje stárnutí populace v České republice v následujících letech naznačuje tabulka č. 1 (34).

Tab. č. 1 Prognóza stárnutí populace v ČR do roku 2060

Rok	Celkem populace v tis.	65+	80+	Procento obyvatel 80+
2008	10 345	1 515	349	3,4
2010	10 394	1 600	373	3,6
2020	10 543	2 132	432	4,1
2030	10 429	2 391	691	6,6
2040	10 158	2 674	853	8,4
2050	9 892	3 060	921	9,3
2060	9 514	3 175	1 274	10

Zdroj: MPSV

1.1.6 Důchodová politika v ČR

Ústava ČR zaručuje každému právo na důstojné a přiměřené zabezpečení ve stáří, úkolem demokratického státu pak je zajistit prosperitu i následujícím generacím. V současné době patří Česká republika v mezinárodním srovnání států Evropské unie

k zemím s nejnižším podílem chudoby u seniorů (tedy počtu osob s příjmem pod 60% mediánového příjmu) (20). Nepříznivý demografický trend vede k nutnosti transformace důchodového systému, což aktuálně přináší nepopulární potřebu zavádět razantní, dlouhodobě diskutované změny v důchodové politice. Česká správa sociálního zabezpečení /ČSSZ/ vybrala na důchodovém pojištění v roce 2010 celkem 308,5 miliardy korun, přičemž na důchodech bylo ve stejném období vyplaceno 337,8 miliardy Kč - deficit tedy jen v tomto jediném roce dosáhl částky 29,4 miliardy korun (23). V letošním roce /2011/, vrcholí příprava legislativních podkladů pro doplnění stávajícího, tzv. *průběžně financovaného důchodového systému*, založeného na přerozdělování příjmů v daném roce vybraných na vyplacené důchody. Nově bude s ohledem na zajištění dlouhodobé udržitelnosti finančního krytí výplaty důchodů stávající systém základního důchodového pojištění doplněn o tzv. *kapitalizační pilíř*, vzniklý dobrovolnou účastí klienta ve fondovém penzijním spoření, čímž bude posílena individuální odpovědnost jednotlivce za úroveň vlastního života ve stáří. Vzniklá soustava s více pilíři, které mají účelně kombinovat pojetí solidární výplaty penzí s prvky kapitálového spoření, umožní rozložení rizik a stabilizaci celého penzijního systému (36). V současné době je průběžně analyzován stav důchodového pojištění a přijímaná opatření směřují ke zvýšení fungování a vytváření přiměřeného zabezpečení osob důchodového věku. Mezi významné nástroje patří progresivní zvyšování důchodového věku /zejména u žen/, nenavyšování výdajové části důchodového systému, a současná minimalizace dopadů na nejzranitelnější skupiny obyvatel. Ke schválení tzv. Malé důchodové reformy by mělo dojít ideálně již v tomto roce (25).

1.1.7 Ekonomická situace osob ve vyšším věku

V období po odchodu do penze lidé většinou nepocítují restriktivní omezení vlivem závažných zdravotních problémů. Občasný přivýdělek k penzi prací (většinou menšího hodinového rozsahu), který současná legislativa umožňuje a vítá, představuje jednak zpestření struktury všedního dne, jednak možnost navázat další přátelské styky a vnímat

sebe sama jako osobu, která je ještě užitečná. V neposlední řadě přináší zajímavý finanční efekt souběhu mzdy a penze, případně možnost zvýšení (při dodržení zákonem stanovených podmínek) částky vlastního starobního důchodu (6). Dle statistik současné příjmové situace starších osob v porovnání se situací v EU se čeští senioři z hlediska jejich příjmů umístili těsně pod úroveň průměru zemí EU 25. (Mediánový disponibilní příjem osob 65+ tak činí asi 82 % mediánového příjmu osob 0-64let.) (22). Vyplácené starobní důchody jsou dle zákona o důchodovém pojištění valorizovány v závislosti na indexu růstu spotřebitelských cen pro domácnosti pravidelně nebo i mimo pravidelné termíny, podle indexu růstu cen za dané období (37). Tímto způsobem legislativa předchází vzniku chudoby u občanů odkázaných na starobní důchod a naplňuje ustanovení Ústavy ČR.

1.1.8 Pojem šedá revoluce

Významný rakouský vědec Konrád Lorenz, in Šiklová (2007), hovoří o současné epidemiologii stáří a přelidnění jako o jednom z osmi smrtelných hříchů lidstva, dle jiných definic bývá tento proces vnímán jako sekundární tranzice z pohledu sociologického. Stárnutí se stalo významným fenoménem života moderní společnosti, který prolíná aktuálními demografickými trendy a vyvstává jako stále palčivější problém fungování dnešní společnosti (2). V České republice řeší na národní úrovni problematiku stárnutí programový dokument *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*, který vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev nastolených demografickým stárnutím je zapotřebí vydefinovat strategické oblasti a priority a takto vytýčené cíle ve spolupráci prosazovat napříč sektory a na všech úrovních veřejné správy. Prioritní směry programu Národní přípravy na stárnutí jsou shrnuty v následujících stěžejních bodech (22):

- Aktivní stárnutí

- Prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- Podpora rodiny a pečovatelů
- Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

Politika přípravy na aktivní stárnutí by měla reagovat na dvě základní výzvy: integrovat starší osoby podle jejich individuální situace do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit *věkově inkluzivní společnost*, tedy společnost, která je připravena na skutečnost, že v příštích letech dojde k rapidnímu zvýšení počtu osob seniorského věku, se všemi důsledky a potřebami, které lze v tomto ohledu předpokládat (22). Jak zmiňuje Šiklová, počet starých lidí narůstá ve světě o 1,6% rychleji, než jsou hodnoty přibývání populace. Tento revoluční zvrát v demografické skladbě, odlišná relace věkových skupin, by měl být provázen i změnami hodnotové orientace společnosti, promítnutými do politiky, výroby a spotřeby, architektury měst, kultury a potažmo do celkového životního stylu společnosti. Proto je možné očekávat nárůst významu sociálních služeb, které budou podle všech předpokladů v budoucnu suplovat dřívější tradiční funkce rodiny, podporovat seniory v nezávislém životě s možností volby formy poskytování služeb, bez ohledu na to, zda půjde o podporu života ve vlastním bytě (péči o seniora přizpůsobeného) nebo o péči rezidenční (26). Již nyní se hovoří o tzv. „*gray revolution*“. Staří lidé vytváří svébytnou subkulturu, hlásí se o svá práva a umožnění inkluze, tedy začlenění do společnosti i ve vyšším věku (18). Ze zmíněných myšlenek vychází v rámci EU iniciativa *Bonnská deklarace pro stříbrnou ekonomiku /2005/*, (21) která usiluje o vytváření partnerství a spolupráce mezi regiony při rozvoji služeb pro starší populaci, se záměrem napomáhat rozvoji služeb a produktů pro seniory v oblasti zdravotnictví, financí, cestovního ruchu a dalších odvětví.

1.1.9 Stáří v dnešní době

Na začátku nového tisíciletí dochází k radikálním změnám ve vývoji dosavadního způsobu života. Vnímání role seniora a její prožívání v průběhu období stáří, tedy poměrně rozsáhlé periody, představující nezřídka i 30-40 let, doznává v poslední době

výrazných změn. Stáří bývá různě dlouhé i subjektivně kvalitní v návaznosti na individuální schopnosti, fyzickou i duševní formu, životní podmínky a míru optimismu v přístupu konkrétního člověka. Během této doby se životní styl a tempo seniora výrazně mění a prochází vývojem. Stáří už není zdaleka konec života, představuje spíše další vývojovou etapu, pro kterou je typický důraz na uchování aktivních pohybových schopností a současně rozvoj, nebo alespoň zachování funkčnosti psychosociální stránky osobnosti. Současná medicína přináší zajímavé možnosti v léčbě akutních i mírnění chronických nemocí, výrazně hůře často v praxi vypadá osobní zodpovědnost člověka za péči vlastní zdraví (3).

Období stáří – pozitivní aspekty

Zejména u mladších seniorů představuje toto období života naplno prožívané dny uprostřed činnosti, intenzivních rodinných i přátelských kontaktů, období, kdy má člověk konečně příležitost uskutečnit roky odkládané plány, na které během pracovních let nezbýval čas. Dnešní senioři jsou aktivní a znají svou cenu - sportují, cestují, užívají si života, disponují nepominutelnou kupní silou. Nedocenitelné je v tomto období kvalitní rodinné zázemí, kontakt s dětmi a vnoučaty. Pokud starší člověk touží po vzdělání, má dnes otevřenou možnost se plně realizovat v rozvojových a studijních programech. Existuje celá řada spolků, zájmových sdružení a aktivit, zaměřených na komplexní rozvoj člověka ve vyšším věku. Pro mnoho seniorů je velkou výzvou zvládnutí práce na počítači, nebo alespoň užívání mobilního telefonu (9).

Období stáří – negativní aspekty

V následujících letech se životní tempo zpomaluje, životní prostor i okruh myšlenek seniora jako by se uzavíral a zaměřoval na krátkodobější cíle a bližší vzdálenosti. Čím dál významněji se hlásí obtěžující projevy stárnutí a s nimi spojená omezení, přinášející bariéry fyzické i duševní, a jako logický důsledek tělesných a duševních problémů rovněž omezení sociálních kontaktů, včetně zásadní redukce dřívějšího okruhu přátel a známých. Ubývá možnost sdílet s vrstevníky generační problémy, neboť i když je senior

obklopen kruhem rodiny nebo péčí personálu v zařízeních sociálních služeb, často chybí ochota sdělená poselství vnímat (40). Nedostává se vůle přeladit aktuální rychlé, na plnění úkolů zaměřené jednání na pozvolné tempo seniora, aktivně a empaticky naslouchat. Významný stresor představuje smíření se s projevy zhoršujícího se zdravotního stavu, snížení výkonnosti, obratnosti, psychické i fyzické odolnosti, mentálních schopností. (9, 40) Snad nejbolestnější je ztráta životního partnera; u velmi starých seniorů není výjimkou nutnost vyrovnat se i se ztrátou vlastních dětí. Souběh nepříznivých okolností může mít za následek apatii, ztrátu smyslu života, bilanční myšlenky, zabývající se uzavíráním vlastního života, a psychickou přípravu na poslední okamžiky (9).

Pohledy na stáří

První, naprosto jednoznačný a rozřazující pohled na stáří je *pohled chronologický*, který vymezuje kalendářní věk osoby a je jedinou objektivní měřitelnou veličinou ve vztahu k mnohosti a pestrosti projevů, důsledků a atributů stáří. Tato kategorie je zároveň jednou z nejošidnějších, neboť variabilita skutečné kondice seniora může být značně odlišná i u jedinců náležejících mezi vrstevníky. Kde jeden zvládá veškeré činnosti bez jakékoli cizí pomoci, tam síly druhého nestačí a jeho život by nebyl bez zásahu a intervence, ať už ze strany rodiny nebo organizací a osob poskytujících péči, naprosto myslitelný. Ve vztahu k mnohosti a pestrosti projevů, důsledků a atributů stáří není tedy kalendářní věk příliš vypovídající. Zapojení do společnosti může být i v případech naprosto stejných zdravotních problémů u dvou jedinců diametrálně odlišné.

Neoddiskutovatelnou stránkou stáří je otázka *sociální a mezilidská*, provázená mnoha zjednodušujícími předsudky a společensky vžitými pohledy, které okolí vnímá a s kterými je člověk v seniorském věku často velmi necitlivě konfrontován. Naše společnost je poznamenána představami o stáří, jako zosobnění nemoci, zoufalství a sociální izolace. Tyto mýty mohou být zdrojem nepřátelství ke starým osobám, až *ageismu*, nebezpečnému postoji s aktivním znevýhodňováním seniorů v zaměstnání, sociálních, zdravotních i jiných službách. Prostupuje přístupem k starším lidem

v rodinách i na veřejnosti, dokonce i smýšlením samotných seniorů (38). Ageistické postoje společnosti jsou z valné většiny vedeny pohledem ekonomickým, který spojuje většinu sporných bodů. Diskrepanci vyvolávají antagonistické postoje seniorů, kteří se dožadují očekávaných sociálních jistot, které by jim měla společnost poskytnout, a populace v ekonomicky aktivním věku, na kterou tíživě doléhá povinnost poskytnout finanční krytí ve formě daní a odvodů na stále vyšší sociální výdaje státu. Kritérium, stanovící jakým způsobem bude uplatňován princip sociální spravedlnosti při nakládání a přerozdělování prostředků určených na více či méně štedré výdaje na sociální oblast, podléhá vlivům ekonomickým, ale i politickým. Rozhodujícím hlediskem by měla být stabilita státu (67).

1.1.10 Vzdělávání a rozvoj osobnosti ve vyšším věku

Proces vzdělávání přispívá k navození pocitu sebedůvěry, pozitivního sebehodnocení, zvýšení orientace v užívání moderních technologií. V neposlední řadě jej můžeme označit za vhodnou prevenci poruch kognice a faktor podporující nezávislost osob vyššího věku (3). Nejznámější alternativou vzdělávání seniorů v České republice v současné době nabízejí programy tzv. *Univerzity třetího věku /U3V/*. Počátky vzdělávání seniorů při vysokých školách se datují od r. 1986 (Univerzita Palackého v Olomouci). V současnosti je nabízí téměř všechny vysoké školy, včetně Jihočeské univerzity. Možnost rozšířit si obzory využívá několik tisíc studentů v seniorském věku (4). Studium nabízí dostatečně širokou paletu rozmanitých a dostatečně odlišných vzdělávacích programů, součástí je možnost užití nových komunikačních technologií.

Další alternativou rozvoje osobnosti ve vyšším věku přinášejí *univerzity volného času*, disponující silným sociálním zaměřením a mezigenerační strukturou. Bariéru nevytváří ani finanční aspekt, neboť zápisné bývá zpravidla symbolické. Univerzity volného času jsou výrazně flexibilnější, vznikají při domovech důchodců, knihovnách, soukromých agenturách či občanských sdruženích, jsou tedy pro seniory snadno dostupné. Bez nadsázky je možné tvrdit, že aktivní přístup k procvičování myšlení patří ve vyšším věku k nejvýznamnějším tématům (66).

1.2.11 Trénování paměti

Výzkumy dokazují, že asi polovina populace po dosažení věku padesáti let zaznamenává zhoršení paměti připisované věku - u osob po sedmdesátém roku je to již 70% osob. Opakované vědecké studie dokázaly, že snížení kognitivního výkonu není nevyhnutelnou součástí procesu stárnutí, je možné se mu aktivně bránit. Zajímavým nástrojem práce s vlastní schopností vštípení a uchování informací jsou dnes již poměrně rozšířené kurzy trénování paměti, kde se senioři naučí pracovat hravou formou s mnemotechnikami, jejichž užívání přináší okamžitý efekt s účinky vykompenzování nedokonalostí paměti. Tyto projevy člověk hodnotí subjektivně velmi kladně, což zpětně stimuluje jeho motivaci zkoušet nové postupy a umožňuje zlepšení kvality života celkově (5, 65).

1.2 Sociální služby

Spojení služby, tedy činnosti, která je poskytována ve prospěch jiné osoby za úplatu, nebo i zdarma, s termínem sociální – tedy účelově existující pro lidi /a jejich potřeby - vytváří zvláštní novou významovou kvalitu. Přináší možnost využívat činnost, která uspokojuje potřeby osob znevýhodněných, v případech, kdy bychom je jiným způsobem nedokázali zabezpečit. Zároveň naznačuje, že k možnosti poskytnutí služby svým podílem přispívá stát, kterému záleží tom, aby jeho občané dokázali na uspokojení svých potřeb vůbec dosáhnout. Míra podpory pak záleží na typu sociálního státu, ekonomické situaci a dalších podmínkách. Jak zmiňuje Průša, (2009) v širších souvislostech ovlivňují rozsah potřeby sociálních služeb tyto základní faktory (19):

- Demografický vývoj společnosti
- Sociálně ekonomické faktory
- Společensko-politické souvislosti
- Mezinárodní aspekty

Sociální služby mají sloužit lidem společensky znevýhodněným. Hlavním cílem pak je zlepšení kvality života a začlenění uživatelů do společnosti, případně tuto společnost

chránit před riziky, které vyplývají z nevhodných vzorců jejich chování. Působení sociálních služeb není cíleno pouze na uživatele jako jednotlivce, ale zároveň na širší prostředí, v kterém se daná osoba nachází **(33)**.

1.2.1 Sociální služby, vývoj po r. 1989

V návaznosti na politický a ekonomický vývoj po roce 1989 došlo k zásadní změně koncepce státní sociální politiky. Sociální systém si vývojem sociální situace vyžádal komplexní přestavbě včetně struktury participujících subjektů, neboť stávajícími nástroji nebylo možné řešit sociální důsledky ekonomické transformace. Ruku v ruce s ekonomickými změnami dochází k vývoji koncepce péče o potřebné osoby, k jejich profesionalizaci a zvyšování kvality poskytovaných služeb. Pevný právní rámec sociálním službám dodalo schválení a praktická implementace zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., **(28)** přelomový bod v mnoha aspektech sociálních služeb a přínos jasného koncepčního a legislativního ukotvení celé oblasti. Alarmující skutečností byla nehospodárnost ve financování sociálních výdajů z veřejných rozpočtů, proto se novým cílem stalo zefektivnění a racionalizace ve vynakládání prostředků. Při vytváření adekvátní podoby sociálních služeb průběžně dochází v jejich poskytování do jisté míry ke komercionalizaci a marketizaci. Spektrum působnosti poskytovaných služeb se také významně rozšířilo od pouhého zajišťování základních potřeb k etablaci odborné specializované služby pro minoritní skupiny zdravotně postižených. Do oblasti razantně vstoupil občanský a neziskový sektor vedený profesionály v sociální oblasti, jehož prostřednictvím bylo umožněno začít poskytovat moderní a výrazně flexibilněji fungující sociální služby. Jejich vznik rozhodně nepostrádal rizika, jak v oblasti financování, které se posunulo k větší pluralizaci zdrojů, tak odborného vedení a vývoje metod práce s klienty. Celou problematikou prolíná snaha o deinstitucionalizaci a decentralizaci péče o klienty sociálních služeb **(15)**. Současná podoba sociálních služeb se blíží aktuálním trendům moderní sociální péče. V souladu s aspekty sociální politiky Evropské unie dochází k přechodu od paternalistického poskytování sociálních služeb směrem k posílení neformálního sektoru komunit, rodiny a neziskových i komerčních

organizací, čímž mimo jiné dochází k přenesení odpovědnosti za závislé členy přímo na jedince a rodiny. Celá oblast prochází vývojem směřujícím k dosažení vysoké profesionality zúčastněných poskytovatelů služeb, zavádění nových metod práce s jejich klienty. Stále většího významu nabývá tendence vnímat uživatele holisticky – tedy způsobem, který reflektuje všechny stránky klientovy osobnosti. Nejvýznamnějším cílem orientace na uživatele je zvýšení kvality a efektivnosti ustanovením procesu přijímání zpětné vazby mezi uživateli a poskytovateli služby. Důležité je zvýšení samostatnosti uživatele, včetně participace na veřejném životě, což odpovídá obsahu sociálních práv. Nové principy a cíle promítající se do chodu sociálních služeb jsou shrnuty v následujících bodech **(41)**:

- Demonopolizace sociálních služeb
- Decentralizace státní sociální správy
- Demokratizace státní správy
- Pluralizace zdrojů financování sociálních služeb
- Změna statusu člověka při poskytování sociálních služeb
- Vznik nových forem poskytování sociálních služeb
- Přiměřenost sociální pomoci konkrétní sociální potřebě
- Personifikace sociální pomoci
- Profesionalizace sociální pomoci

Uživatel tak může být vnímán jako občan, disponující svými právy (*welfaristický pohled*), spotřebitel s právem volby (*spotřebitelský pohled*), nebo jako koproducent, ovlivňující způsob poskytování služby (*participační pohled*). V praxi bývají uplatňovány většinou strategie obsahující prvky všech tří zmíněných pohledů **(12)**.

1.2.2 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb je determinováno druhem poskytované služby a právní formou organizace. Tradiční zdroje financování představují **(44)**:

- Dotace ze státního rozpočtu

- Dotace z rozpočtů obcí, měst, regionů
- Prostředky z Evropské unie
- Příspěvky zřizovatelů
- Úhrada od uživatelů za poskytnuté služby
- Dary
- Vedlejší hospodářská činnost organizace

Výdaje na sociální služby jsou pevně limitovány objemem veřejných rozpočtů, které jsou sledovány z hlediska poměru k hrubému domácímu produktu. Z tohoto hlediska by redukce nabízených sociálních služeb měla být prováděna vždy po zvážení všech okolností, neboť hrozí nebezpečí zúžení pod adekvátní míru, nebo naopak – vynakládání finančních prostředků bez vazby na jejich efektivní využití **(63)**. Toky financí dlouhodobě představují slabý článek současného systému poskytování pomoci prostřednictvím sociálních služeb, neboť čím více se v současných problematických dobách rekrutuje potřebných osob, tím méně je na pomoc při hledání cest k sanaci jejich potřeb v systému peněz. Financování sociálních služeb má proto každým rokem pro mnohá zařízení charakter boje o holé přežití. Ačkoli se nároky na práci zvyšují, a zdravotní stav klientů se zhoršuje, což vyžaduje vyšší sumu péče, počet pracovníků se nemění **(13)**. Financování sociálních služeb je v našich podmínkách tradičně vícezdrojové. Nejvýznamnějším podílem se na něm účastní podporou svých zájmů stát, dalšími subjekty, které se na financování sociálních služeb svými dotacemi podílejí jsou města, obce a kraje, nestátní neziskové organizace a sami uživatelé služeb. Základní územně samosprávné celky dotují sociální služby 2,59 % celkového rozpočtu (kraje 1,8 %). Města a obce přispívají na sociální služby jimi zřizovaným organizacím až 7,24 % (kraje 4,4%). Zmíněná částka je významná, přesto nelze generalizovat, neboť na financování sociální oblasti se podílí pouze část obcí. To znamená, že poskytovatelé jsou stále odkázáni na osvícenost obcí, neboť mimo velkých měst /Praha, Brno, Ostrava, Plzeň/ není kompetence v sociální oblasti zohledněna v určení daní. Nástrojem

zásadního významu by se měly stát regionální *komunitní plány*, které zohledňují variabilitu místních potřeb a podmínek, tedy i adekvátních služeb. Na komunitní plány místní pak navazuje tvorba střednědobých plánů krajských, což umožňuje vertikální plánování služeb (27). Přejít z řízení zřizovatelských kompetencí na kraje (2003) přineslo pokles objemu výdajů na sociální služby. Tato skutečnost nasvědčuje nedostatku zájmu krajských zastupitelstev o sociální služby, které stále nepatří mezi prioritní oblast jimi zabezpečovaných aktivit (33). Poslední vývoj událostí naznačuje, že i MPSV si tento problém uvědomuje, proto v zájmu ochrany poskytovatelů sociálních služeb zejména z řad neziskových organizací (NNO) bude figurovat jako subjekt poskytující dotace ze státního rozpočtu (prostřednictvím krajů) i nadále ministerstvo. V praxi totiž docházelo k nespravedlivému rozdělování dotací, které údajně znevýhodňovalo poskytovatele z řad nestátních neziskových organizací vůči subjektům zřizovaných kraji.

Spíše menší část příjmů v celkovém objemu financí zůstávají nadále úhrady plynoucí od uživatelů služeb, spolu s příjmy z fondů a nadací, výtěžku sbírek a darů sponzorů či drobných dárců. Očekávané zlepšení situace po zavedení příspěvku na péči, na rozdíl od původních názorů že příspěvek na péči přispěje k odstranění problémů, se nepotvrdilo. Trendy odpovídají zkušenostem z Itálie (79). Nově koncipovaný systém financování sociálních služeb (a zejména služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením) je díky „cenové regulaci“ maximální výše úhrad za poskytované služby hluboce závislý na poskytnutých dotacích ze státního rozpočtu, případně zřizovatele. To vede ke konzervaci dosavadního stavu a stagnaci rozvoje zejména terénních (tedy nejefektivnějších) služeb, potažmo i k jeho neefektivnosti (19). Jak naznačuje struktura využití příspěvku na péči, z celkového objemu výdajů v roce 2008, z 18,25 mld. Kč se nevrátilo do systému asi 12,6 mld Kč. To lze jen obtížně interpretovat jako částku, která byla využita na péči z neformálních zdrojů, pravděpodobnější je pokus o zlepšení příjmů uživatelů příspěvku a jeho rodiny. Reakcí na tyto negativní skutečnosti byla změna ve výplatě příspěvku od r. 2011, která přinesla snížení částky vyplácené v prvním stupni závislosti z 2 000 Kč na 800 Kč (tento stupeň příspěvku bývá nejčastěji zneužíván). Zmíněná změna však zcela rezignovala na adresnost, neboť o příspěvek přišlo mnoho uživatelů, kteří jej k tomuto účelu prokazatelně využívali. V koncepci

příspěvku na péči tak přetrvává mnoho otazníků a změny jsou poplatné spíše ekonomickým úsporám, než opravdovému zefektivnění institutu příspěvku na péči.

1.2.3 Dělení sociálních služeb

Systém sociálních služeb poskytovaný registrovanými poskytovateli sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zahrnuje různorodou škálu činností a aktivit, jež se odvíjí od konkrétní situace nebo problému, na který mají reagovat. Sociální služby se dělí podle druhu poskytované služby, podle prostředí, ve kterém je činnost poskytována, podle doby poskytování a případně skutečnosti, zda se klient bude podílet na její úhradě. Podle druhu základní činnosti se sociální služby člení na **(28)**:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství je definováno jako základní a odborné. Základní poradenství směřuje k řešení nepříznivé sociální situace osob dle zákona o sociálních službách a každý poskytovatel sociálních služeb je povinen jej poskytovat. Odborné poradenství je zprostředkováváno systémem odborných pracovišť, specializovaných na užší oblast problematiky (rodinné vztahy, sociální patologie....) Odborné sociální poradenství zahrnuje také možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek **(42)**.

Služby *sociální péče* pomáhají klientům se sníženou fyzickou nebo psychickou soběstačností. Cílem je vyrovnání příležitostí zapojení jedince do života společnosti - případně zajištění důstojného prostředí a zacházení. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje jednotlivé druhy péče, jež svou formou a zaměřením vycházejí vstříc širokému spektru potřeb klientů, a uvádí rozsah základních i fakultativních činností, které jsou pak poskytovány na základě smlouvy mezi klientem a poskytovatelem. Tato smlouva dále stanoví údaje o druhu služby, sjednané úkony, místo a rozsah poskytování, výši úhrady, údaje o možnosti vypovězení smlouvy na obou stranách a poučení o možnosti uplatnění stížnosti.

Smyslem služeb *sociální prevence* je zmírnění nebo odstranění nepříznivých okolností, které mají původ v rizikovém chování osoby, nepříznivém sociálním prostředí, nebo ohrožujícím jednáním jiné osoby proti oprávněným zájmům dané osoby.

1.2.3.1 Dělení sociálních služeb z hlediska trvání poskytované péče

Z hlediska doby, po kterou je služba poskytována, se jedná o služby *dlouhodobé, krátkodobé a střednědobé*.

Doba trvání *dlouhodobé služby* není limitována předem, potřeba služby vychází z konkrétních okolností, odstranění problému není v omezeném časovém horizontu pravděpodobné. Typickými uživateli služeb jsou osoby se zdravotním postižením a senioři, služba bývá spojena se zajišťováním základních potřeb člověka. Poskytování *služeb střednědobých* je adekvátní u problémů, jejichž vyřešení je reálné v průběhu přibližně jednoho roku – domy na půl cesty, terapeutické komunity, azylové domy, odlehčovací služby atd. *Krátkodobé služby* se svým charakterem liší od jednorázového kontaktu až po kontakt trvající až jeden měsíc. Typickou jednorázovou službou je poradenství (43).

1.2.3.2 Dělení sociálních služeb podle formy poskytování

Podle formy dělíme poskytované služby na *terénní, pobytové a ambulantní*.

Terénní sociální práce je vázána na přirozené prostředí klienta, působení by mělo zkvalitňovat jeho život bez stresující nutnosti změny bydliště. Kompenzuje možné limity souhry nepříznivých okolností prezentovaných tělesnými a duševními problémy s bariérami prostředí, které osobě klienta brání účastnit se na běžném životě společnosti. Součástí a nezbytným předpokladem je depistáž, znalost místního prostředí, analýza příčin, druhu a intenzity problému. Zvláštním typem je tzv. streetwork, nabízející sociální pomoc v místech aktuálního pobytu klientů s rizikovými návyky. Zřejmě nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb je pečovatelská služba, poskytovaná

v domácnostech klientů, domech s pečovatelskou službou, denních centrech atd., nabízí pomoc s péčí o osobu klienta, jeho domácnost, hygienu, zajišťování stravy, umožňuje kontakt společenským prostředím.

Ambulantní služby jsou specifické tím, že klient dochází (dojíždí) do místa poskytované služby, ale následně se vrací zpět do jeho domácího prostředí. Typickým představitelem jsou denní stacionáře, pedikúra, aj. Služba neobsahuje možnost ubytování, zajišťuje možnost kontaktu klienta s novými podněty, ale zároveň není narušena vazba na rodinu a přirozené prostředí.

Pobytové služby nabízí možnost intenzivní péče kombinací ubytování, stravování, poskytnutí hygienické i zdravotní péče. Obvykle nabízí aktivizační, výchovné či rozvojové aktivity, zabezpečuje intenzivní 24-hodinovou péči o klienta. Důvodem volby pobytových služeb je zpravidla snížení soběstačnosti a schopnosti sebeobsluhy natolik, že pobyt v přirozeném prostředí již není vhodný a žádoucí. Pobytové služby jsou zajišťovány ve specializovaných zařízeních se zajištěnou škálou odborné péče sociálního i zdravotního charakteru.

1.2.3.3 Dělení sociálních služeb podle formy úhrady

Dle skutečnosti, zda se klient účastní finančně na úhradě nákladů za poskytovanou péči, se služby dělí na poskytované *bezplatně, nebo za úhradu*. Mezi služby bezplatné můžeme zařadit základní sociální poradenství a služby sociální prevence, které slouží k ochraně práv jedince i společnosti, případně k předcházení sociálně patologickým jevům. Do výčtu služeb hrazených spadají služby sociální péče, poskytované na základě písemné smlouvy s klientem. Klient si v tomto případě má právo požádat podle zákona o sociálních službách o *příspěvek na péči*, který je poskytován dle zdravotního stavu a schopností osoby ve čtyřech stupních na úhradu nákladů spojených s poskytováním péče.

1.2.4 Kvalita péče

Důležitý nástroj a současně kritérium měření kvality sociálních služeb představují tzv. *Standardy kvality poskytované péče*, obsažené v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb. Standardy slouží jako metodický nástroj pro inspektory kvality, jsou pokusem o definování ideálu dobré praxe. Zároveň umožňují důsledný tlak na poskytovatele, aby soustavně pracovali na implementaci definovaných požadavků do každodenní praxe služeb a průběžně pracovali na kvalitě poskytované péče **(33)**. Požadavky jsou soustředěny na tři základní oblasti problematiky poskytování služeb - *standardy procedurální, provozní a personální*. Systém hodnocení je bodový, 1-3 body podle naplnění kritérií (3 body- splněno výborně, 2 body – splněno dobře, 1 bod – splněno částečně; pokud kritérium není splněno vůbec – 0 bodů) **(14)**.

Procedurální standardy jsou významově nejdůležitější. Stanoví, jak má prakticky proces sjednávání služby vypadat, upozorňuje na problematické otázky jednání se zájemci a doporučuje, jak službu individuálně přizpůsobit potřebám jednotlivého člověka. Velký důraz je kladen na ochranu práv klientů služeb a na vytváření mechanismů, které by měly vést k minimalizaci rizika jejich porušení.

Personální standardy se věnují personálním otázkám zajištění sociálních služeb. Vycházejí z toho, že pokud bude mít zaměstnanec služby dostatečný prostor ke zdokonalování profesionálních dovedností a vzdělání, příležitosti ke sdílení svých nejistot a problémů, přístup k radám odborníků i kolegů z oboru, bude tím současně minimalizováno riziko profesionálního selhání.

Provozní standardy definují adekvátní podmínky pro poskytování sociálních služeb – jejich předmětem jsou požadavky na dostupnost, prostory, ekonomické zázemí i rozvoj kvality **(11)**. Vytvořením standardů kvality není jejich tvorba jednou provždy dána, některé typy standardů vznikají v kontinuálním procesu tvorby, na kterém se nepodílí pouze vedení organizace a její manažeři, ale také její pracovníci a klienti. Tvorba standardů je tak především komplexním procesem vytvářeným pod vlivem provozování služeb a konkrétních situací, které přináší život. Z tohoto kvasu názorů, dějů a připomínek klientů průběžně krystalizují adekvátně postavené standardy kvality péče. Poněkud odlišný pohled na standardy kvality nabízejí Krutilová, Čámský, Sembdner, in

Sociální služby, tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb
(12):

- 1) *Týmové standardy* vznikají společným úsilím zainteresovaných zaměstnanců ověřené praxí, důležité je, že vznikají v diskusi a základem je praxe v organizaci
- 2) *Manažerské standardy* vypracovává management organizace, neboť se zabývají postupy, se kterými se pracovníci nesetkávají, byť částečné zapojení bývá ku prospěchu.
- 3) *Dynamické standardy*, které jsou stále ve vývoji, proto jejich tvorbu nelze nikdy považovat za ukončenou. Čerpají z dynamiky střetávání zájmů klientů a organizace a dopracovávají se v průběhu poskytování péče.
- 4) *Stabilní standardy* představují protipól standardů dynamických. Jejich náplň, pokud je jednou kvalitně vypracována, se již nemění, nevyvíjí.

V budoucnosti lze předpokládat vznik specifických, tzv. *Druhových standardů kvality* péče, jejichž účelem a výchozí myšlenkou by mělo být vyjádření jedinečnosti konkrétního druhu (či poddruhu) služby. Vypracování druhových standardů by nemělo být pro poskytovatele povinné **(15)**.

1.2.5 Plánování v procesu poskytování služby

Povinnost plánovat průběh sociální služby společně s klientem stanoví zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 88 a standard č. 5, v příloze č. 2 vyhlášky 505/2006 k zákonu o sociálních službách **(14, 28)**. Služba by měla vycházet z osobních cílů a potřeb uživatele a zvyšovat jeho autoritu a kompetence k dosahování cílů (vzhledem k možnostem, dovednostem, a zejména potřebám klienta). Plánování vnáší do procesu poskytování služby z pohledu klienta pocit bezpečí a působí jako nástroj ovlivnění vlastního života, rozvíjí schopnost sebeurčení, v ideálním případě má efekt aktivizující a motivační **(11)**.

Jeho počátek lze umístit do jednání se zájemcem o službu, kdy jsou zjišťována očekávání, představy a směry pomoci služby. Stěžejní bod v tomto procesu je

jednoznačně klient sám, ačkoli v praxi můžeme být svědky snahy okolí klienta, jeho rodiny o upřednostňování vlastních představ o podobě péče. Zkušený pracovník by měl dokázat takové snahy identifikovat a odmítnout. Hlavní těžiště práce s klientem při plánování služby se odehrává až v průběhu péče, v době, kdy se klient a klíčový pracovník dostatečně seznámili a jsou schopni pracovat na identifikaci a uskutečňování hlubších cílů klienta. Plány by měly být konkrétní a vyhodnotitelné, vždy reagují na aktuální stav a potřeby klienta (16).

Proces plánování služby je zároveň procesem bourání bariér. Zavádění nového systému je spojeno s řadou opatření, která mohou pracovníci pociťovat jako svazující (vyšší nároky na administrativu, komunikaci s klientem, znalosti). Neměly by být vnímány jen jako systém kontroly, spíše představují návod, jak správně poskytovat službu při důsledném respektu a úctě ke všem nezadatelným právům uživatelů služby (15).

1.2.6 Schéma služeb dle potřeb klienta

Seniorská cílová skupina tvoří nejpočetnější cílovou skupinu, které jsou sociální služby určeny a poskytovány. Vyplývá to z faktu, že ve vyšším věku dochází ke kumulaci nepříznivých faktorů, vyplývajících ze zhoršeného zdravotního stavu, funkce orgánů, úbytku sil, inteligenční kapacity, ztráty schopnosti zvládat nadále obtížné domácí práce, s postupem času často i běžné domácí práce a úkony péče o vlastní osobu. V budoucnu lze předpokládat, že se do klasické péče o seniory začnou ve větší míře prolínat vlivy sociálních problémů, jako jsou bezdomovectví, dluhová problematika či důsledky rizikových životních návyků. V současné době vychází péče o seniory z několikastupňového schématu užití sociálních služeb, podle míry potřeby potřebnosti seniora (63).

Za první stupeň je považovat stav, kdy osoba zvládá veškeré činnosti, mimo několika nejtěžších, případně pro ni nedosažitelných (pedikúra, obtížnější domácí práce, doprava a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociální poradenství základní i odborné, často kritizovaný dovoz obědů).

Později dochází k úbytku sil a mobility, přibývá situací, ve kterých senior užívá terénních sociálních služeb. Ty reagují na potřeby člověka v přirozeném prostředí (např. pomoc s domácími pracemi, obstaráváním potravin, zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím, péče o vlastní osobu a soběstačnost, případně dohled nad dospělou osobou...). Rozsah a složení činnosti poskytované pracovníky terénních sociálních služeb je značně variabilní, právě jako je odlišné individuální prostředí a osobnost příjemce sociální služby (16) .

Třetí stupeň představuje varianta, kdy je *senior nucen opustit své dosavadní bydliště*, neboť již pociťuje, že jeho samostatnost v tomto prostředí není již možná, ale v jiném prostředí je s menší či větší pomocí stále schopen samostatného života. Tuto alternativu představují domy s pečovatelskou službou; v kombinaci s péčí rodiny také denní a týdenní stacionáře (29). *Poslední*, nejnáročnější podobu péče je poskytována v *rezidenčních* zařízeních péče o seniory. Zajišťují kompletní kontinuální péči (strava, úklid, praní prádla, zdravotnické a rehabilitační služby), ale též pestré nabídky aktivizačních činností a volnočasových aktivit. Služeb pobytových zařízení v našich podmínkách využívají senioři obvykle až v situaci, kdy se jejich zdravotní stav zhoršil natolik, že pobyt v domácím prostředí je již nemožný.

Zcela zvláštní svébytnou kategorií zdravotně sociální péče tvoří péče pro osoby v terminálním stadiu smrtelných chorob, tzv. hospice, kde je poskytována komplexní péče s maximálním důrazem na celistvý okruh lidských potřeb, které z takové skutečnosti vyplývají (9).

1.2.7 Sociální služby pro seniory

System služeb vychází vstříc značně variabilnímu okruhu potřeb seniora – od samostatného, zdravotně i sociálně soběstačného s ojedinělou potřebou pomoci, po osobu zcela závislou na péči druhé osoby 24 hodin denně. Legislativní ukotvení nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pečovatelská služba

Jedná se o zřejmě nejrozšířenější sociální službu, poskytovanou v domácím prostředí člověka, případně i ambulantně. Jejím záměrem je umožnit důstojný život staršímu člověku, kterému zdravotní omezení neumožňuje vykonávat běžné denní činnosti, ale který je s určitou pomocí schopen žít i nadále ve vlastní domácnosti. Pečovatelská služba nabízí zájemcům a uživatelům pomoc zejména v péči o vlastní osobu a domácnost klienta, hygienickými úkony, se zajištěním nákupů a dovozu obědů (případně diet), s přípravou a podáním stravy. Dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, praní a žehlením prádla, pedikúra. Pečovatelská služba je zřizována obcemi, kraji a nestátními neziskovými organizacemi. Zvolené úkony péče v rámci služby hradí klient v cenových relacích dle písemné smlouvy s poskytovatelem služby. Zájemce si nejprve zvolí odpovídající rozsah potřebné péče a na základě jeho vůle dochází k jejímu poskytování. Dříve vytykány nedostatky holistického náhledu na osobnost uživatele řeší průběžné individuální plánování klíčového pracovníka s klientem v pravidelných termínech, kdy dochází i k periodickému hodnocení souladu poskytované péče s vyjádřenými potřebami klienta.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná v přirozeném prostředí klienta bez časového omezení. Důvodem je podobně jako u pečovatelské služby snížená soběstačnost jedince, rovněž poskytovaná péče je obdobná, Osobní asistence však navíc oproti pečovatelské službě nabízí možnost pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Aktivizační činnosti pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Služba je poskytována jako terénní, případně ambulantní osobám v seniorském věku nebo se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Zahrnuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Tísňová péče

Představuje zvláštní druh péče, poskytovaná je nepřetržitá distanční elektronická a hlasová komunikace s osobami, u kterých je vysoké riziko ohrožení zdraví, případně života při náhlém zhoršení stavu. Nabízí sociální poradenství, terapeutické činnosti,

důležitá je i možnost zprostředkování nebo poskytnutí neodkladné pomoci v krizové situaci.

Centra denních služeb

Jsou ambulantní službou pro osoby se sníženou soběstačností, kde je nutná pomoc druhé osoby při osobní hygieně, poskytování stravy, aktivizačních či sociálně terapeutických činnostech, nebo při uplatňování oprávněných zájmů klienta.

Odlehčovací péče

Je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost a o které je jinak pečováno v přirozeném prostředí - nabízí osobám pečujícím možnost nezbytného odpočinku nebo prostor k vyřízení neodkladných záležitostí. Její existence vychází vstříc potřebám pečujících rodin a osob převzetím povinností na přechodnou dobu – poskytovány jsou formou terénní, ambulantní i pobytovou.

Denní stacionáře

Služba je ambulantní, klient potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby v zařízení denní péče, ale i nadále zůstává začleněn do vlastního přirozeného prostředí, kam se denně vrací. Služby nabízejí stravování, dohled, možnost poskytnutí hygieny, případně aktivizační a zájmové činnosti.

Týdenní stacionáře

Jedná se o službu pobytovou, s poskytnutím stravy, ubytování, podmínek k osobní hygieně, aktivizačních, zájmových a sociálně terapeutických činností, uplatňování práv klienta – zmíněné služby jsou kombinovány s pravidelnými pobyty v přirozeném prostředí klienta.

Domovy pro seniory

Představují typickou pobytovou službu určenou osobám ve starším věku. Na základě smlouvy mezi zařízením a zájemcem o službu poskytují komplexní péči včetně ubytování, poskytnutí stravy, podmínek k hygieně a péči o sebe, péči o domácnost, praní prádla, ale též kulturní, společenské a vzdělávací činnosti, důležitá je nepřetržitá možnost zdravotní péče lékaře a zdravotních sester. Domovy pro seniory jsou určeny pro osoby se značně sníženou soběstačností, kdy již pobyt v domácím prostředí není možný, neboť zdravotní stav klienta vylučuje samostatný pobyt v přirozeném prostředí.

Služby zde poskytované jsou hrazené klientem. Po zaplacení nákladů za pobyt je ze zákona klientům garantován pro vlastní potřebu příjem ve výši 15% pobíraného důchodu, příspěvek na péči pak náleží celý zařízení, které poskytuje klientovi péči celý měsíc. Tento typ péče není mezi seniory, kteří si uchovali soběstačnost oblíben, v současnosti plní zejména funkci zařízení, kde dožívají život lidé, kteří jsou zcela závislí na ošetrovatelské péči. Dalším negativem je u mnoha zařízení dodnes nedostatek osobního soukromí, stres z odloučení od rodiny a vlastního přirozeného prostředí, což v mnoha lidech evokuje negativní psychologický aspekt „čekárny na smrt“. Ve většině zařízení není vzhledem k počtu klientů příliš prostoru pro individuální práci s jednotlivými uživateli služby(45).

Domovy se zvláštním režimem

Tyto služby jsou určeny osobám, kde důvodem pro sníženou soběstačnost je duševní onemocnění spojené s demencí. Této skutečnosti je v těchto zařízeních při poskytování služby přizpůsoben režim, který vychází vstříc specifickým potřebám uživatelů. Domovy se zvláštním režimem opět zajišťují komplexní péči s ubytováním, stravou, hygienickými i aktivizačními činnostmi, péče užívá specifických metod práce s klienty. Služba je hrazená klientem, finanční podmínky jsou obdobné, jako u domovů pro seniory.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Pro osoby, které jsou umístěné v zdravotnických zařízeních ústavní péče, důvodem jejich pobytu zde nejsou primárně zdravotní problémy vyžadující léčbu, nýbrž skutečnost, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Z toho důvodu nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí, protože tam takováto pomoc není možná. Služba je hrazená, zajišťuje komplexní rozsah péče sociální, včetně případné zdravotnické pomoci v případě zhoršení zdravotního stavu.

Výčet služeb je třeba pro úplnost doplnit o v 90. letech oblíbené *domy s pečovatelskou službou (DPS)*, kdy se nájemci bytů (nejčastěji ve vlastnictví obcí) stávali senioři, kteří mohli, nebo nemuseli dle vlastního uvážení, rodinné situace a zejména zdravotního

stavu využívat nabízené možnosti sociálních služeb (pečovatelská služba). Obce tímto způsobem řešily problémy s uvolňováním bytů pro mladé rodiny, pro seniora pak znamenala změna možnost, ale nikoli nutnost užití adekvátních služeb. Architektonické řešení domů pro seniory bylo uzpůsobeno potřebám seniorů a ve většině případů tak domy opravdu prodloužily významným způsobem samostatný život starších osob, které zde žily. Tato forma bydlení je již spíše překonaná, jejím nedostatkem je otázka jak dál v případě závažnějších zdravotních komplikací, na které tato forma bydlení není adekvátně uzpůsobena. Díky vhodně nastaveným službám však mají v DPS možnost žít i osoby s vyššími stupni závislosti, dalším významným plusem takto poskytované péče je její efektivita (soustředění uživatelů pečovatelské služby v jediném místě minimalizuje časové ztráty pracovníků při přejezdech mezi klienty) a celkové ekonomické náklady péče doplňující pobytová zařízení jsou nesrovnatelně nižší (46).

1.2.8 Předpokládané trendy v péči o seniory

Prognózy významného nárůstu počtu seniorů v příštím období staví naši společnost před nutné kroky, které mají pomoci s řešením souvisejících problémů. Vzhledem ke zvyšování věku dožití bude narůstat skupina velmi starých osob (tzv. old old), tedy lidí osmdesátiletých a starších, kteří mají své specifické potřeby. Z těchto předpokladů vychází často diskutovaná aktuální *koncepte tzv. dlouhodobé péče*, která má za úkol reflektovat zvýšenou potřebu provázanosti zdravotní a sociální péče, zvýšených nároků na její financování, otázky neexistence legislativního řešení problematiky péče o seniory. Důležitá je změna celkového přístupu k starším osobám - zabezpečení provázané zdravotně sociální péče, vzdělaných profesionálů z řad pečujících, reorganizace struktury služeb i odborných pracovníků, zařízení budou poskytovat celkovou sociálně geriatrickou péči. Koncepte je řešena na vysoké úrovni odborníky z řad zdravotníků, sociální práce, zdravotních pojišťoven, politiků, nestátních neziskových organizací jako jedna z prioritních otázek sociální politiky státu (34).

Navrhované změny zákona o sociálních službách (poskytování příspěvku na péči) v příštích letech naznačují posun směrem ke zvyšování podílu finanční spoluúčasti uživatelů služeb i jejich rodin (princip subsidiarity a participace).

1.3 Pracovníci sociálních služeb pro seniory

1.3.1 Pomáhající profese, předpoklady výkonu činnosti

Na rozdíl od praxe v minulých dobách dochází v současnosti v ČR k radikální změně požadavků kladených na osobnost a profesionální kvality pracovníků v sociálních službách. V historii byla sociální péče doménou církví a dobrovolníků, předpokladem k výkonu byla většinou právě ochota pomáhat. Ani po profesionalizaci sociálních služeb nebyla odbornost a morální způsobilost pracovníků prověřována, což ovlivnilo kvalitu i úroveň poskytované služby. Zlom v dosavadní praxi přináší v našich podmínkách zákon o sociálních službách. Ten definuje základní zásady služeb, jednotlivé subjekty i druhy poskytovaných služeb, klade důraz na individuální přístup ke klientovi, jeho lidským právům a potřebám tak jak se odrážejí v denní praxi sociálních služeb (28).

1.3.2 Základy profesionálního přístupu pracovníků

Pro kvalitní výkon práce v sociální sféře je důležitá trojice rozměrů pomoci, které v souhrnu tvoří pevnou základnu v přístupu k uživatelům služby:

- *Platné normy společnosti* – obsahují povědomost o platných zákonech, předpisech včetně povinností, které z nich vyplývají, pravidla psaná i nepsaná, pravidla společnosti, hranic přípustného chování
- *Způsoby klientů, tj. vzorce chování, postoje, smýšlení* – celkový styl života, který z jedince dělá klienta. Důvodem je rozpor mezi interními normami

člověka a jeho okolí. Zásah pracovníka představuje pomoc či kontrolu, dle konkrétní situace.

- *Profesionální odbornost pracovníka*, důležitá při stabilizaci obou výše zmíněných aspektů. Poskytuje pracovníkovi oporu v roli prostředníka mezi normami společnosti a postoji klientů.

1.3.3 Způsobnost pracovníků a jejich odbornost

Požadavky na pracovníky sociálních služeb musí splňovat kritéria kompetencí dle zákona o sociálních službách. Nezbytná je *způsobnost profesní*, dále *způsobnost po zdravotní stránce* a v neposlední řadě *morální způsobnost*, která znamená povinnost doložit dosavadní beztrestnost (47). Napříč všemi profesemi a činnostmi v sociálních službách se prolíná požadavek na zachování profesionální diskrétnosti a mlčenlivosti o záležitostech a problémech klienta. Současná legislativa umožňuje nedodržení povinné mlčenlivosti sankcionovat finančními postihy nebo trestní sazbou.

Zákon o sociálních službách rozlišuje mezi úrovní nezbytné profesní způsobnosti (28):

- Odbornými psychology či psychoterapeuty
- Sociálními pracovníky
- Pracovníky v sociálních

Služby *odborných psychologů (psychoterapeutů)* nabízejí specializované poradny pro rodiny, manželské problémy, mezilidské vztahy, sociálně patologické jevy, pro osoby po výkonu trestu odnětí svobody, ukončení ústavní výchovy aj. Předpokladem k výkonu této profese je specializované vysokoškolské vzdělání, kontinuálně doplňované následnými akreditovanými kurzy v předepsaném rozsahu a dále průběžné sledování aktuálních odborných trendů a metod v poskytované praxi.

Sociální pracovníci konají sociální šetření, zabezpečují sociální agendy týkající se klientů, nebo k řešení sociálně právních problémů. Sociální pracovník je povinen poskytnout základní sociální poradenství, sociálně preventivní činnosti, krizovou intervenci a depistáž, sociální rehabilitaci. K výkonu funkce je v současnosti potřeba vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v sociální oblasti, po kterém následuje

celoživotní udržování odborného přehledu v sociální problematice této dynamické oblasti. V budoucnu bude trend patrně směřovat k sociálnímu pracovníkovi s vysokoškolským vzděláním.

Pracovníci v sociálních službách vykonávají přímou péči u klienta, pečovatelské činnosti, základní výchovnou činnost spojenou s upevňováním žádoucích návyků klientů. Zákon se o vzdělání těchto profesí vyjadřuje velmi volně, dostačující je základní vzdělání doplněné kvalifikačním kurzem, vhodné je též střední vzdělání doplněné akreditovaným kurzem (38). Akreditované kurzy obsahují obecnou sumu znalostí ze sociální problematiky, ale také praktické zkušenosti, které si mají možnost frekventanti kurzů ověřit v praktické části výuky, pod vedením odborných školitelů. Obecná část obsahuje základy psychologie, somatologie, ochrany zdraví a legislativních podmínek pro výkon činnosti a profesní etiky. Významné je seznámení s obsahem a významem standardů kvality, sociálně právním minimem a metodami sociální práce, prevenci vzniku závislosti klienta na poskytované službě. Praktická část obsahuje výcvik základů péče u osob s handicapem, pedagogiky volného času, prevence zneužívání svého postavení v procesu poskytování služby, postupy, strategie a možná rizika při komunikaci a jednání s problematickými klienty (45).

Nové předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka (potažmo všech činností pracovníků v sociálních službách) představují pro systém sociálních služeb ucelenou koncepci podmínek, za kterých lze služby nejen čerpat, ale také vykonávat. Největší význam úpravy je ve *vytváření předpokladů pro poskytování služeb vysoké kvality* (33). Předpoklad vzdělaného pracovníka sociálních služeb zajišťuje koncepcí dalšího vzdělávání sociálních pracovníků. Podle materiálu ministerstva práce a sociálních věcí by se vzdělání mělo skládat z třech oblastí – akreditované kurzy (8 hodin), odborné stáže (8 hodin), další vzdělávací akce (8 hodin), celkem 24 hodin ročně pro každého pracovníka. Součástí může být také služby supervizora, které umožní organizace svým zaměstnancům, ať již formou individuální supervize, nebo skupinové (62).

1.3.4 Základní struktura pracovních pozic v kontextu nových trendů péče

V sociálních službách pro seniory obvykle funguje klasické dělení na tři typy základních pracovních pozic.

Funkce *vedoucího zařízení*, v sobě kumuluje roli reprezentační, rozhodovací a administrativní, jeho úkolem je zastupování organizace navenek, zabezpečuje určitou sumu administrativních úkonů, kontakt s klienty i partnery z řad organizací, institucí i firem. Na pracovišti vytváří personální politiku organizace, schvaluje změny stanov, domovních řádů apod. U menších organizací sociálních služeb bývá kumulována s jinými funkcemi.

Klíčovou pracovní pozicí v sociálních službách je funkce *sociálního pracovníka*, často v kombinaci s funkcí koordinátora/vedoucího přímé péče, což nemusí být vždy pravidlem. Má za úkol provádět konkrétní intervenci do situace klienta, pracovat na individuálních plánech, přidělovat klientům jejich klíčového pracovníka. Významně ovlivňuje zásady poskytování přímé péče v organizaci včetně metodik, uděluje konkrétní pokyny pracovníkům přímé péče a zároveň provádí její kontrolu. Jeho role v zařízení má charakter exekutivní, řídí praktickou stránku poskytování přímé péče, s převahou činností sociálně právní povahy.

Třetí kategorií jsou *pracovníci přímé péče*, (asistentské pozice, pečovatelské činnosti, ergoterapeutické činnosti...) Jejich práce svým charakterem dříve spadala spíše do technického zajištění konkrétní přímé péče, nyní je obohacena o individuální práci s klientem dle pokynů i vlastního uvážení, zajišťování aktivizačních programů pro klienty. S vývojem tlaku na profesionalizaci a změnu představ o podobě poskytované péče dochází nyní k nárůstu nároků na kvalifikaci pracovníků i celkových požadavků na jejich práci. Nová legislativa si vyžádala řešení v podobě urychleného zaškolování a zvyšování vzdělání, nových metodik a znalostí, na jejichž vnitřní přijetí nebyl zaměstnancům poskytnut dostatečný prostor. Významný nárůst podílu administrativy přinesl mimo zamýšlený efekt kontroly dodržování standardů kvality zároveň i reálné riziko úbytku prostoru pro práci s klientem, celkový nárůst objemu práce a s tím

související nebezpečí formálního plnění předkládaných požadavků s absencí hlubšího pochopení a uskutečnění vnitřní změny (32).

1.3.5 Pracovníci sociálních služeb – sociální dovednosti

Práce v sociálních službách není v žádném případě jednoduchá, její výkon vyžaduje vyzrálou osobnost s mnoha kvalitami, vysoký morální kredit, vyrovnanou psychiku (nejlépe podpořenou kvalitním rodinným zázemím), dostatečně empatické chování, emocionální stabilitu a asertivní přístup ke klientům. Nezbytné je pevné zdraví, neboť pomáhající profese pracují s nemocnými a znevýhodněnými osobami s mnoha handicapem, včetně rizikových návyků, a v neposlední řadě silnou a pevnou fyzickou konstitucí, umožňující zvládnout každodenní vyčerpávající fyzickou práci při manipulaci s imobilními klienty. Mezi hlavní předpoklady, na kterých je práce s klienty založena dle Matouška, (2008) (48) patří:

- Úcta ke klientovi
- Idea sociální povahy (jedinečná osobnost klienta ve společenství jiných lidí)
- Víra ve schopnost růstu, změny a sebezdokonalení

Pozice pracovníků sociální oblasti se nachází mezi systémem sociálních dávek a občanem jako objektem směřované pomoci. Proto jeho jednání by se mělo vyznačovat *loajalitou vůči oběma stranám* – být současně strategické i dostatečně asertivní, což klade vysoké nároky na umění aplikovat tyto požadavky do praxe. Vztah uživatel – pracovník je vyjádřen směsicí porozumění, empatického postoje a zároveň uchování si zdravé míry odstupu, která chrání pracovníka před příliš vysokou mírou citové zainteresovanosti na problémech klienta služby. Při poskytování profesionální pomoci je pracovník vždy osobně vázán, prožívá situaci s klientem a často nucen volit mezi nabízenými alternativami jednání a chování. Proto je profesní etika aspektem zásadního významu. Takový přístup umožňuje objektivitu pracovníka; ta vychází z principů (48).

- Individualizace (osobnost klienta zasluhuje individuální přístup pracovníka)
- Právo na vyjadřování pocitů, včetně negativních
- Empatie, schopnost vcítění do situace potřebné osoby

- Akceptace, přijetí klienta se všemi stránkami jeho osobnosti
- Nehodnotící postoj vyžaduje striktní nestrannost pracovníka bez hodnocení
- Sebeurčení, právo klienta přijímat rozhodnutí ovlivňující jeho život
- Diskrétnost, klientova sdělení jsou vždy důvěrná, nelze je prezentovat dál, pouze s klientovým svolením

1.3.6 Etické požadavky na zaměstnance v sociálních službách

V zájmu ochrany a zachování práv klientů, zejména s významným handicapem, pamatuje zákon o sociálních službách na situace, kdy by mohlo docházet k nerovnému postavení pracovníka a uživatele služby. Tyto situace jsou v každé organizaci ošetřeny pomocí popsáných standardů kvality, konkrétní postupy má pak pracovník povinnost znát a dodržovat. Jinou iniciativou, která ve své době opravdu reagovala na problematiku chování sociálních pracovníků, představuje vznik jednotlivých etických kodexů pracovníků v sociálních službách i dalších pomáhajících profesích (viz Etický kodex sociálního pracovníka, Kodex pracovníků Charity, Etický kodex asociace Českomoravské psychologické společnosti, asociace sester, Deklarace práv tělesně postižených osob, dětí v nemocnicích, aj.). V jednání vůči klientům by se měli pracovníci vyvarovat zneschopňování klienta, podvádění, předstírání, tedy celkově situací, kdy je uživateli služeb upíráno zdržet se činností, kterých je schopen, infantilizace, zastrašování, prisuzování nálepky (labeling), ignorování klientů, odhánění, zesměšňování klientových výroků či jednání, neomalenosti vměšováním do klientova soukromí, atd. (38).

1.3.6 Stresové faktory zaměstnání, syndrom vyhoření

Práce v sociálních službách pro seniory nezahrnuje jen znalosti, zkušenosti a profesionální dovednosti. Velice důležitou stránkou je zejména psychická stabilita osobnosti pracovníka. Emocionálně náročné požadavky na pomáhající profese mohou zvláště u citlivých, predisponovaných osob, ale i u dlouhodobě přetěžovaných pracovníků vést ke ztrátě životního elánu, narůstající únavě, ztrátě smyslu počínání ve výkonu profese (64). Ve vztahu ke klientům dochází ke lhostejnosti, necitlivosti

vyhýbání se kontaktu s klienty až nepřátelství vůči nim, celkový negativismus. Po fyzické stránce dochází ke zvýšené únavnosti, neschopnosti se soustředit, pesimistickým náladám, úteků do nemoci, somatizace problémů (61). Příčina problému tkví v *dlouhotrvající přetíženosti po stránce fyzické i psychické, případně emocionální*. Pracovník vnímá ve svém životě pouze negativa, pocity nedocenění a nedostatečnosti, což vyplývá z vyčerpanosti a obranných reakcí organismu. Zmíněný stav je typický projevem chronické zátěže, časté u pracovníků, kteří jsou při výkonu práce v blízkém kontaktu s jinými lidmi, kterým pomáhají řešit jejich problémy – tzv. *Syndrom vyhoření*. Celý proces má svá stadia, pracovník obvykle nastupuje plný elánu a nadšení, postupem doby ale nasazení polevuje a ochota pomáhat mizí, konečným stadiem (pokud včas nedojde k intervenci) je naprostá ztráta zájmu o práci a nepřátelské pocity vůči osobám jimž má pomáhat, úplné vyhoření.

Je samozřejmé, že tento negativní stav osobnosti získá své vyjádření i navenek, ostatní osoby a primárně klienty pak shledává vyhořelý člověk jako prvotní příčinu svých vlastních problémů. Příznaky stresu je možné shrnout takto (49):

- Tělesné: migrény a bolest hlavy, průjmy, trávicí obtíže, nespavost, bolest páteře, nechutenství nebo naopak přejídání
- Psychické: nesoustředěnost, nutkavé obavy, paranoia, sebelitostné stavy
- Jednání: předstírání zájmu, vyhýbání se kontaktu s klienty, kolegy, hraní role pečovatele pro okolí
- Emoční: nechuť k práci, výkyvy nálad, kolísavá úzkost, nepřátelství vůči klientům

3.1.7 Prevence nahromadění stresu, syndromu vyhoření

Pomáhání a příjem pomoci je nelehký a mnohdy ambivalentní proces. Očekávání a reakce v rámci role pomáhajícího v sobě mohou skrývat utajený pocit či potřebu být uznáván jako kvalitní člověk. Tento motiv někdy vede až k „závislosti na vděčnosti“ objektů péče. Za těmito postoji jsou obvykle hluboké nevyřešené vnitřní problémy, které se stávají podvědomým motivem k naplnění vlastní touhy pomáhat. Role

pečovatele až zachránce někdy brání vnímat silné stránky klienta a naopak zranitelnost osoby pečujícího, včetně jejich vzájemné závislosti (49, 64). Pro dobrý výkon pomáhající profese je zapotřebí *třech pramenů síly, z nichž může pracovník čerpat (50)*.

- Rada učitele, osobnosti, která má dostatek zkušeností a znalost situace
- Kolegu, člověka ve stejné pozici ke konzultaci řešení obdobných situací
- Supervizora, tedy odborníka, který dokáže pomoci ve chvíli, kdy pracovník sám důvěru v sebe, své kompetence, možnosti, smysl práce ztrácí.

V současné době se ale pracovník setkává spíše s všudypřítomnou kontrolou své činnosti na více úrovních, proto představují výše zmíněné zdroje vítanou posilu a prevenci syndromu vyhoření, neboť ani nejlepší pracovník nemůže být ve své činnosti trvale osamělý. Podpora ze strany dobrého kolektivu, osoby vedoucího i pomoci supervizora je proto velice potřebná. Setrvávání vyhořelých osob v pomáhajících profesích představuje závažný problém, neboť zde hrozí reálné nebezpečí zneužití dominantního postoje v rámci péče, ventilace negativních emocí v skrytém i v otevřeném nepřátelském jednání vůči klientům. Úlohou organizace je proto zajistit, aby nebyli zaměstnanci přetěžováni, docházelo k postupnému zlepšování pracovních podmínek. Význam má rovněž možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, obeznámenost s technikami psychohygieny, zajištění supervize k řešení vzniklých problémů. Pracovníci by měli vyhledávat pravidelný odpočinek, negativní pocity neutralizovat pozitivními zážitky mimo pracovní proces (61). Neocenitelným pozitivem vždy bylo a je kvalitní rodinné zázemí, fungující partnerský vztah, význam opory víry a náboženství (51) .

1.4 Pracovní podmínky zaměstnanců v sociálních službách

1.4.1 Vymezení pracovních podmínek, právní rámec

Pracovní podmínky obecně patří k významným faktorům ovlivňující zdraví, spokojenost, pracovní nasazení a v širším hledisku fluktuaci pracovníků dané profese.

Právo na příznivé (tedy spravedlivé, bezpečné a zdravotně nezávadné) pracovní podmínky má v České republice každý zaměstnanec, toto právo spadá mezi základní sociální práva člověka. Plný výčet práv zaměstnanců obsahuje dokument *Evropská sociální charta /Turín, 1961/ (52)*, který byl v Českou republikou ratifikován v prosinci 1999. Dále v pracovní oblasti stanoví právo na získání prostředků k živobytí prací, jež si občan svobodně vyvolil, spravedlivou odměnu za vykonanou práci, svobodné sdružování a kolektivní vyjednávání, zvláštní ochranu žen, dětí a mladistvých při práci, právo na odborné poradenství, odbornou přípravu na povolání, sociální zabezpečení aj. **(53)** Pojem „*pracovní podmínky*“ nebyl v právních předpisech přesně definován; obecně označuje pracovní podmínky přiděleného zaměstnance, za nichž je povinen práci vykonávat. Existují na základě pracovněprávních předpisů (či jiných právních předpisů) a vyplývají z nich hygienické, zdravotní a bezpečnostní nároky, kterými je zaměstnavatel vázán **(54)**. Dodržováním ustanovení, které uvádějí v praxi bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnaných osob při práci s ohledem na rizika ohrožení jejich zdraví naplňuje zaměstnavatel nárok na příznivé pracovní podmínky; které mu ukládá zákon. Na zaměstnanci pak spočívá spoluodpovědnost při jejich dodržování. Základní právní normu práce v sociálních službách pracovních podmínek představuje *Zákoník práce, z. č. 262/2006 Sb.*, který výslovně zmiňuje úpravu pracoviště - zařízení pro zaměstnance, závodní preventivní péči, kulturní a rekreační potřeby zaměstnanců, jejich odborný rozvoj (zaučování, vyškolení, zvyšování a průběžné prohlubování kvalifikace.) **(56)**. Dalšími důležitými právními dokumenty jsou *zákony č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, z. 258/2000 Sb., o veřejném zdraví*, jejichž náplní je mimo jiné i péče o zdraví pracovníků **(57)**, vyhlášky a směrnice, upravující, vzhledem k drtivé feminizaci práce v sociálních službách, vhodné pracovní podmínky žen, těhotných a kojících matek, a dále *směrnice rady 90/269/EHS*, která pojednává mezinárodní uznanou úroveň minimálních požadavků na bezpečnost a ochranu zdraví při ruční manipulaci s břemeny **(58)**. Výhradní místo má *z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* - stanovenými požadavky na materiální, hygienické, technické a personální podmínky odpovídající druhu poskytovaných služeb, které musí pracoviště splnit, pokud žádá o registraci **(28)**.

Významná jsou také vnitřní pravidla a směrnice platné v dané organizaci, případně jiné vnitropodnikové dokumenty.

1.4.2 Aspekty pracovních podmínek obecně

Pracovní podmínky vycházejí z přirozených lidských potřeb, které můžeme rozdělit dle Maslowa, in Molek (2007) (55):

- *Fyziologické* – zahrnují základní pracovní podmínky (pracovní dobu, hygienické a bezpečnostní podmínky, mzdu, zaměstnanecké výhody.)
- *Existenční jistoty a bezpečí* – představuje je jistota zaměstnání, penzijní, zdravotní zajištění
- *Sociální* – reprezentovány úrovní mezilidských vztahů na pracovišti, společenským uplatněním jednotlivce
- *Osobní uspokojení z práce* – uznání a společenská prestiž povolání, socioekonomický status práce, míra společenské prestiže
- *Seberealizace* – práce zároveň představuje do jisté míry hobby, dochází k pocitům vnitřního naplnění

Souhrn výše zmíněných hledisek vytváří náhled a poměr pracovníka k vlastní profesi. Jeho motivovanost, vztah k práci, ochotu pracovat a nabízet i více vlastní invence, než představuje běžný standard pracovních povinností

1.4.3 Aspekty pracovních podmínek se zaměřením na sociální služby

Také v podmínkách sociálních služeb je zaměstnavatel je povinen dodržovat běžná ustanovení zákoníku práce, týkající se vzniku a zániku pracovního poměru, pracovní doby včetně povinných přestávek k odpočinku, zvyšování kvality bezpečnostních podmínek a ochrany zdraví při práci ve všech pracovních činnostech, vytváření neohrožujícího pracovního prostředí vhodnou organizací práce, adekvátním pracovním vytížením, dodržováním zákonem stanovených přestávek v práci. Stejně důležitá jsou opatření směřující k prevenci pracovních rizik; u rizik neodstranitelných by měla být sledována alespoň jejich minimalizace (54).

1.4.4 Pracovní doba

Pracovní doba pracovníků a její konkrétní časový rozvrh závisí na formě poskytované sociální služby (pobytové, terénní, ambulantní), dále na pracovní pozici zaměstnance, druhu sociální služby. Specifická je situace služeb pobytových, vyžadující zajištění nepřetržitého provozu. Z tohoto důvodu je v přímé péči zapotřebí služeb delších (nejčastěji 12 hod), ve kterých jsou adekvátní pauzy k odpočinku. To představuje nepřetržitý odpočinek v rámci jednoho týdne 35 hodin, nebo v jednom týdnu alespoň 24 hodin a v následujícím 70 hodin nepřetržitého odpočinku (§ 92 zákoníku práce) **(56)**. Činnost služeb terénních je zajišťována nejčastěji směnným provozem, případně službami o víkendech. Některá zařízení sociálních služeb pro seniory pracují pouze denním provozem.

1.4.5 Finanční a mzdové podmínky

V sociálních službách jsou finanční podmínky řešeny individuálně dle pracovního zařazení, kvalifikace, vzdělání, délky praxe, konkrétních povinností a odpovědností zaměstnance. Přesto lze komplexně o úrovni odměňování v sociálních službách říci, že patří mezi profese s nízkým finančním ohodnocením. Potřeby celého odvětví, potažmo i mzdy pracovníků jsou dlouhodobě podhodnocené, což je vzhledem k fyzické i psychické náročnosti povolání, jeho společenské potřebnosti i požadavkům na komunikační dovednosti a osobnostní kvality pracovníka značně na pováženu. Tato práce je navíc vykonávána často v rizikových podmínkách (stupně rizika a související informace viz následující oddíl *Bezpečnost práce a hygienické podmínky*) Zvláštní podmínky některých pracovních činností řeší *nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů, příloha č. 7*. Zde jsou činnosti rozděleny do pěti skupin dle míry ztěžujících vlivů pracovního prostředí. Skupina II definuje práce se *značnou neuropsychickou zátěží nebo jiným možným ohrožením zdraví nebo života*, **(4)** kam ze sociálních služeb např. spadají služby v Domovech se zvláštním režimem.

Mzdové zvýhodnění pracovníků za práci v nepřetržitém provozu je poskytováno v rozmezí stanoveném zákoníkem práce její se její výše pohybuje na dolní hranici (od 400 Kč měsíčně)

Pro pracovníky jsou rovněž velice vítané také *zaměstnanecké benefity*., Jsou poskytované zaměstnavateli různou formou – například příspěvky na stravování zaměstnance, pracovní obuv či ošacení (případně poskytnutí firemních pracovních oděvů), dary k životním i pracovním jubileím. Zajímavá je možnost příspěvku zaměstnavatele při účasti pracovníka na soukromém penzijním připojištění, ta ale zejména v případě nestátních neziskových organizací není příliš běžná.

Souhrn výše zmíněných skutečností často v praxi znamená, že pracovníci sociálních služeb vzhledem k svým nízkým příjmům mohou po skončení profesionální kariéry jen stěží očekávat výhled na bezstarostné a finančně zajištěné stáří. Jak uvádí Hubíková (2008), i když je práce (v sociálních službách) vykonávána velice často z morálních či altruistických pohnutek, přesto je nutné ji přiměřeně finančně ohodnotit (59). V této souvislosti je potřeba zmínit situaci v nestátních neziskových organizacích, kde bývá ekonomická otázka obvykle ještě obtížnější (54).

Pro úplnost je však třeba dodat, že práce v sociálních službách /nejen pro seniory/ představuje zaměstnání s relativně vysokou mírou jistoty pracovního místa i příjmu. Neuspokojivá situace v odměňování je jedním z důvodů odchodu pracovníků přímé péče za výdělkem do jiných odvětví.

1.4.6 Bezpečnost práce a hygienické podmínky

Bezpečnostní požadavky jsou v praxi zabezpečovány pomocí poskytnutých osobních ochranných pracovních prostředků, dezinfekčních a čistících prostředků, sledováním důsledného dodržování hygienických a protiepidemiologických opatření, povinná je evidence pracovních úrazů, vstupní i pravidelně vykonávané preventivní lékařské prohlídky. Pracovníci profesí, kde hrozí zvýšené nebezpečí nákazy některými infekčními chorobami, mohou bezplatně využít nabídku preventivního očkování nad rámec ochrany běžné populace. Jedná se zejména o očkování proti *hepatitidě typu B*. Plný výčet možnosti očkování přináší *vyhláška č. 537/2006 Sb., ve znění vyhlášky č.*

299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem (68). Zvýšený důraz na preventivní péči je v podmínkách sociálních služeb nezbytností. Důvodem je předcházení šíření nakažlivých chorob, opatření jsou proto vzhledem ke zvýšeným zdravotním rizikům zcela opodstatněná a adekvátní. Na legislativní úrovni je zakotvena zvláštní ochrana a režim v tzv. *rizikových pracovištích*. Významná celková fyzická zátěž zaměstnanců sociálních služeb pro seniory je legislativně ošetřena ve *vyhlášce č. 432/2003 Sb.* Dělí pracoviště dle stupně rizika (kategorie 1-4). Riziková jsou pracoviště 3 a 4, ale některá pracoviště sociálních služeb (domovy důchodců, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče...) mohou být na základě návrhu zaměstnavatele také zařazena spádovým pracovištěm hygieny práce mezi pracoviště riziková – *označení 2R*. Mezi rizika, kterými jsou zaměstnanci ohroženi, patří *biologický činitel* – riziko infekce, *psychická zátěž* (není vyhlášována příliš často), případně *zátěž fyzická* (manipulace s klientem či pacientem ženami-pracovnicemi, je nyní již hodnocena jako břemeno). Aby mohl zaměstnanec v pracovním poměru vykonávat práci v riziku, musí být v péči smluvního lékaře *závodní preventivní péče (ZPP)*. Lékaři ZPP mají celou řadu povinností. Jedná se o výstupy z pracovních lékařských prohlídek, tedy zdravotní způsobilost pro konkrétní práci v riziku pro konkrétního zaměstnance. Závěry tohoto dokumentu je zaměstnavatel povinen respektovat. (kategorie – zdravotně způsobilý, zdravotně nezpůsobilý, způsobilý za podmínky, případně pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilosti) Povinnosti lékaře ZPP stanoví *vyhláška č. 148/1988 Sb. (75)*. Odraz negativního vlivu pracovních činností či prostředí má svůj odraz v tzv. *nemocích z povolání*. (Problematika je zaznamenána ve *statistikách nemocí z povolání*, zde jsou uvedeny ve statistice pracovníků sociální sféry, kteří onemocněli nemocí z povolání).

Pracovní zátěž – fyzická

Pracovníci sociálních služeb jsou denně v kontaktu s namáhavým zdviháním a manipulací s imobilními klienty. Tato vyčerpávající, ženským silám a konstituci neadekvátní činnost - neboť se jedná o povolání vykonávané téměř výhradně ženami (60) - bývá navíc ještě ztížena specifickými podmínkami výkonu práce. Aplikovat v terénu - v domácnostech klientů doporučení a postupy pro manipulaci s klientem je

problematické, často až nereálné. Užití pracovních pomůcek ulehčujících manipulaci s imobilními osobami má rovněž své limity (nedostatek prostoru u lůžka, individuální zdravotní omezení na straně klienta, nespolupráce rodiny, absence kompenzační pomůcky v daném prostoru a čase). V pobytových zařízeních s nepřetržitým provozem představují problém dlouhé směny (během nichž musí pracovnice mnohokrát opakovat tutéž manipulaci s imobilními klienty) a stupňující se počty klientů v těžkém, na péči náročném zdravotním stavu. Zmíněná praxe má prakticky u všech zaměstnanců logický následek v podobě chronických zdravotních problémů funkce páteře, bolestí svalů a kloubů z důvodu trvalého přetěžování organismu. V dřívějších letech skýtala náhradní vojenská civilní služba možnost využít sílu mužů. Od jejího skončení zůstává veškerá manipulace s imobilními klienty především v rukou zaměstnaných žen **(32)**. Na rozdíl od situace ve zdravotnictví navíc nejsou mzdy v sociálních službách pro muže – pracovníky v sociálních službách dostatečně lukrativní **(54)**. Činnosti v sociálních službách jsou vyňaty ze zákonem stanovených činností povolených ženám – zdvínání břemen. (*Zákoník práce, z. 262/2006 Sb., a Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., které stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci*)

- *Pracovní zátěž – psychická*

V posledních letech byl v sociálních službách zahájen proces profesionalizace poskytované péče. Pracovní podmínky stále více ovlivňuje vyžadovaná implementace standardů kvality, dochází ke zvyšování nároků na vzdělání a profesionální rozhled pracovníků. Ti by měli dokázat reagovat na klientovy potřeby zdravotní, sociální a komunikační, ovládat zásady znalosti vlastní psychohygieny. Nově by měli disponovat znalostí relevantního právního rámce fungování sociálních služeb včetně jejich promítání v každodenní praxi. Pokrok v oblasti vzdělávání (které představuje jeden z možných motivátorů pracovníka) je v poslední době značně citelný, pracovníci sami mohou spolupůsobit v procesu vlastního rozvoje výběrem vhodných vzdělávacích témat **(62)**. Takto paradoxně může v pracovnících docházet vnitřně rozporným pocitům. Větší důraz na administrativu a individuální plánování znamená v praxi méně času, který by mohl být věnován intenzivnější práci s uživatelem služby. Je tedy sporné, jestli změny přinesly zkvalitnění péče, nebo jsou pracovníky interpretovány spíše jako formální

plnění povinnosti bez vnitřního přijetí, přinášející s sebou pouze další rozšíření okruhu povinností **(32)**. Dlouhodobé významné zatížení pracovními úkoly, denní kontakt s bolestí, nemocí, utrpením, vlastní omezenou možností pomoci a omezenými prostředky k řešení problémů klienta patří mezi obsáhlý výčet stresorů v pomáhajících profesích běžných. Stejně závažná je konfrontace s nepochopením a urážkami, přezíravým jednáním ze strany klientů i jejich okolí, uživateli s problematickou schopností komunikace i spolupráce. Svěbytnou kapitolou je řešení etických dilemat, které klade zvýšené nároky na profesionalitu, empatii, kvalitu osobnosti, žebříček volných vlastností, i nezanedbatelnou dávku selského rozumu **(16)**. Souhrn všech těchto, ale i jiných problémů může vést - zvláště ve spojitosti s individuálními problémy - až k nebezpečí syndromu vyhoření **(64, 49)**.

1.4.7 Pracovní vztahy

Jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující spokojenost pracovníka ve vlastním pracovním prostředí. V podstatě je možné lidské interakce v pracovním procesu rozdělit na tři základní kategorie: **(68)**

- *Vztahy zaměstnanec – zaměstnanec (horizontální)* V ideálním případě mohou dodávat podporu, radu, porozumění, pocit sounáležitosti. V horším případě, pokud nejsou na kvalitní úrovni, nebo možná (z provozních důvodů), pouze omezená výměna zkušeností a informací pracovního charakteru, může vést u zaměstnance k pocitu osamocení s problémem bez opory kolektivu. V praxi nestačí pouhé setkávání v rámci pracovních schůzí, k bližšímu otevření se a sdělení obav není toto veřejné fórum ideální **(32)**.
- *Vztahy zaměstnanec – vedení (vertikální)* Jsou méně časté, spíše probíhají na úrovni zaměstnanec – vedoucí (koordinátor) úseku přímé péče, nežli mezi zaměstnanci a vedoucím organizace. U vedoucích je zapotřebí znalosti práce s lidmi, důležitý je opět častý kontakt (i neformální) s jednotlivými pracovníky. Otvírá se tím prostor pro sdělení i menších problémů, které by mohly v případě neřešení přerůst v závažnější trhliny v komunikaci a neadekvátní řešení systémových problémů.

- *Vztahy zaměstnanec – klient* Tvoří zvláštní kategorii pracovní mezilidské interakce, postoje zaměstnanců se většinou opírají o profesní roli, určitou typizaci, která usnadňuje komunikaci ve specifických profesních jednáních. Přesto ani takto není zbaven zaměstnanec nutnosti rozhodovat, volit mezi alternativami a vzorci jednání. Základní předpoklady pro kvalitní a úspěšný výkon profesionální role stále představují především vhodné osobnostní rysy pracovníka, jeho zkušenosti, morální kvality, empatie. V současné době je kladen značný důraz na význam dalšího vzdělávání a zvyšování profesionálních kompetencí zaměstnanců sociálních služeb **(50)**.

1.4.8 Vzdělání a společenské uplatnění

Důraz na odbornou úroveň zaměstnanců patří mezi základní požadavky, které jsou dle z. 108/2006 Sb., požadovány na každém pracovníkovi sociálních služeb. Vzdělávání pracovníků je možno rozdělit na *základní (kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách)* a *další vzdělávání pracovníků v sociálních službách*. Požadavky na podobu základního kurzu jsou stanoveny *zákonem o sociálních službách*, **(28)** obsah kvalifikačního kurzu (150 výukových hodin, z toho nejméně 80 hodin zvláštní části – praxe) specifikuje blíže *vyhláška 505/2006 Sb.* **(14)**.

Opět jsou tímto potvrzeny zvyšující se nároky na profese, ve kterých dříve nebylo odborných znalostí zapotřebí. Z důvodů společenské poptávky se možnosti vzdělávání pracovníků sociálních služeb dynamicky rozvíjí, dochází k hledání a nacházení možných problematických oblastí v poskytování péče, které je takto možno pojmenovat a hledat cesty k jejich řešení. Zákon blíže nespecifikuje podobu dalšího vzdělávání zaměstnanců, pouze její časový rozsah – jedná se o 24 hodin/ 1rok dalšího vzdělávání pro každého stálého zaměstnance sociálních služeb (nikoli stážisty, brigádníky, dobrovolníky) v přímé obslužné péči bez ohledu na výši jeho pracovního úvazku. Další vzdělávání může zahrnovat: **(70)**

- Specializační vzdělávání zajišťované VŠ a VOŠ navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu sociální praxe
- Účast v akreditovaných kurzech

- Odborné stáže v zařízeních sociálních služeb
- Účast na školicích akcích

případně i možnost supervize, jako odborné pomoci nezávislého odborníka při řešení problémů, s nimiž se může zaměstnanec v praxi setkávat **(28, 70)**.

Pracovník o absolvování kurzu dalšího vzdělávání obdrží doklad, kterým může případně doložit svůj profesní rozvoj. Pokrok v oblasti vzdělávání, které je bezpochyby jedním z možných motivátorů pracovníka, je v poslední době značně významný, pracovníci sami mohou v ideálním případě spolupůsobit v procesu vlastního rozvoje výběrem vhodných vzdělávacích aktivit. *Standard č. 10* vkládá managementu do rukou nástroj k motivaci pracovníků. Vede k pocitu seberealizace a uspokojení z práce, možnosti identifikovat se s myšlenkami a cíli organizace. Současně umožňuje zvyšovat kvalitu poskytované péče **(69)**.

1.4.9 Osobní uspokojení z práce

Nejvýznamnějším rysem práce je výrazný vztah k člověku, pochopení, ochota a vůle pomoci. Vnitřní uspokojení z dobré práce, její evidentní smysluplnost je možné označit za patrně nejsilnější důvod výkonu profese. Motivem i nadále setrvávat v pracovní pozici, která je náročná snad ve všech hodnocených oblastech je především dobrý vnitřní pocit pracovníka – vědomí, že koná důležitou a potřebnou činnost. Tato diskrepance vede k ambivalentním pocitům pracovníků, paradoxně může v pracovníkách docházet vnitřně k rozporným pocitům. Ačkoli se cítí být plnohodnotnými odborníky v oblasti své pracovní činnosti a profesionalitou odpovídají vysokým požadavkům na vykonávanou práci, společenská prestiž ani finanční ohodnocení tomuto ani zdaleka neodpovídá.

1.4.10 Společenské ocenění práce v sociálních službách

Snaha pozvednout společenské uznání profesí v sociálních službách na úroveň, která jí právem náleží, stála u zrodu řady významných ocenění pracovníků v sociální oblasti. Zde je možné jmenovat *Cenu kvality v sociální péči*, *Cenu za inovaci v sociálních*

službách, Cenu ČAPS (Česká asociace poskytovatelů sociálních služeb) za přínos v péči o seniory a zdravotně znevýhodněné.

Patrně nejprestižnějším oceněním je cena *Pečovatelka roku*. Jeho úkolem je na společenské úrovni povznést práci pečovatelek a pečovatelů, a do budoucna získat tomuto povolání vážnost a respekt, který mu po právu náleží. K jejímu vyhlášení vedla v roce 2002 představitel Diakonie České církve evangelické – Středisko křesťanské pomoci, spolu s představiteli České asociace sociálních služeb, snaha upozornit na potřebnost tohoto povolání, které je i samotnými pracovníky bráno spíše jako životní poslání. Ocenění je předáváno každoročně, jeho prestiž pomáhají svou účastí pozvednout významné osobnosti veřejného života, jako první dáma, ministr práce a sociálních věcí a další představitelé veřejného i politického života (71).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jak hodnotí pracovníci sociálních služeb pro seniory své pracovní podmínky. Pro úspěšné naplnění cíle bude potřebné zmapovat, které aspekty své práce vnímají pracovníci sociálních služeb pro seniory jako pozitivní a které naopak shledávají jako problémové a potřebné změny.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1:

Zaměstnanci pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory hodnotí své pracovní podmínky pozitivněji, než zaměstnanci terénních sociálních služeb pro seniory.

Hypotéza č. 2:

Zavádění standardů kvality péče o klienty má dle hodnocení zaměstnanců sociálních služeb pro seniory pozitivní vliv na jejich pracovní podmínky.

Hypotéza č. 3:

Zvyšování kvalifikace a profesionální rozvoj vnímají zaměstnanci sociálních služeb pro seniory jako faktor pozitivně ovlivňující jejich pracovní podmínky.

3. Metodika

Teoretická část diplomové práce se věnuje celkem třem hlavním tematickým okruhům, které na sebe navazují. První blíže určuje pojem stáří, stárnutí, jeho specifika a problémy související s tímto životním obdobím. Druhý okruh sleduje oblast sociálních služeb a zaměřuje se na služby pro seniory a přístupy personálu k uživatelům ve vyšším věku. Třetí část se zaměřuje na pracovní podmínky zaměstnanců sociálních služeb pro seniory. V práci byla užitá základní suma poznatků publikovaných v současné odborné literatuře, která se daným okruhům témat věnuje. Jejich úplný výčet se nachází v závěru práce, v seznamu použité literatury. V praktické části jsou hlouběji statisticky zpracovány informace, získané z výsledků vlastního výzkumu, provedeného pro potřeby této práce.

3.1 Metody výzkumu

Pro tuto diplomovou práci bylo užito kvantitativního sociologického výzkumu, zvolenou formou výzkumu bylo dotazování, a to dotazníkovou technikou sběru dat.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem a tématem výzkumu, ke kterému budou požadovaná data využita, s osobou výzkumníka, včetně zaštiťující instituce – Jihočeské univerzity. Zdůrazněna byla anonymita dotazníku, oceněna byla ochota ke spolupráci (plné znění dotazníku - viz příloha č. 1).

Dotazník obsahuje soubor 24 otázek - většinou uzavřených; tři polouzavřených (otázky 6,7,9); v závěru dotazníku jsou dvě otázky otevřené (23, 24). Respondentům byl ponechán výběr z určitého množství odpovědí, v zadání bylo zdůrazněno, že je možno zvolit více alternativ. Otázky č. 11 - 18 byly hodnoceny pomocí škály 1 až 5 dle spokojenosti respondenta se zkoumanou skutečností (1- zcela vyhovující, 2- spíše dobrá, 3- průměrná, 4- spíše špatná, 5- nevhovující). Dvě poslední otázky dávají respondentovi prostor se zamyslet a vlastními slovy označit, co spatřuje jako největší problém, a naopak největší přednost ve své práci.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou skupinu výzkumu tvoří zaměstnanci organizací, poskytujících sociální služby seniorské uživatelské skupině na území Plzeňského kraje. Zkoumaný vzorek sestává z pracovníků sociálních služeb pro seniory, kteří se ke zkoumané problematice vyjádřili v dotazníkovém výzkumu. Seznam oslovených organizací byl převzat z publikace *Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji* a internetových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí – registru poskytovatelů sociálních služeb. Počty zaměstnanců jednotlivých poskytovatelů, včetně jejich pracovních pozic poskytly interní statistiky ministerstva práce a sociálních věcí. Z celkového počtu pracovníků všech zařízení (2 694 osob), kde je většinovým klientem osoba v seniorském věku, výzkum oslovoval zaměstnance následujících profesí: Sociální pracovník, činnosti pod dohledem sociálního pracovníka, přímá obslužná péče, vychovatelství, výchovné nepedagogické činnosti, obslužný personál, fyzioterapie, ošetrovatelské a pečovatelské činnosti, asistenční pozice, vedoucí služby, ergoterapie, pedagogika volného času, asistenti pedagoga, zdravotně sociální práce, tj. celkem 1432 pracovníků. (Pro potřeby práce dále jen *pracovníci*)

Oslovování respondentů probíhalo ve dvou vlnách, *nejprve byli osloveni* zaměstnavatelé prostřednictvím elektronické pošty, kdy byl vedení organizace vysvětlen účel výzkumu a jeho téma. *Druhá vlna výzkumu* již oslovovala zaměstnance poskytovatelů sociálních služeb pro seniory v Plzeňském kraji, kteří projevíli zájem o spolupráci. Dotazníky byly zasílány poštou, z organizací vracely zpět stejnou cestou. Pouze v několika málo případech obdržela autorka výzkumu dotazníky zpět od zaměstnanců přímo v elektronické podobě (zejména u velmi malých organizací). Kontaktování poskytovatelů sociálních služeb pro seniory probíhalo v měsíci lednu a únoru 2011, z distribuovaného množství cca 180 dotazníků se vrátilo 134, což představuje návratnost zhruba 74 %. Tři dotazníky se vrátily vyplněné neúplně, a proto musely být vyřazeny jako nepoužitelné.

4. Výsledky

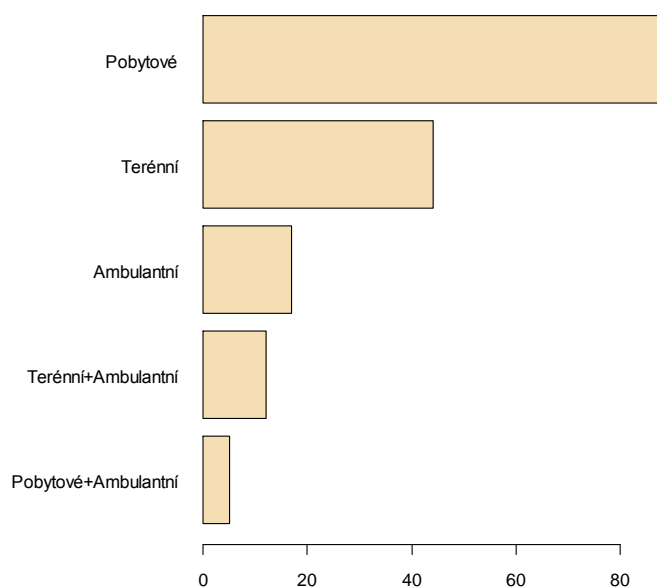
Dotazník vyplnilo celkem 134 respondentů, zaměstnaných v zařízeních poskytujících sociální formou terénní, pobytové nebo ambulantní služby pro cílovou skupinu uživatelů seniorského věku, žijících na území Plzeňského kraje. K statistickému zpracování údajů získaných z dotazníků bylo použito především dvojného třídění získaných dat. Toto třídění umožnilo získat kontingenční tabulky povětšinou typu 2 x c. Následně bylo provedeno testování hypotéz o nezávislosti v kontingenčních tabulkách či testování hypotéz o shodě multinomických rozdělení. Pro tento účel byl využito Chi-kvadrát testu (χ^2 -test) na nezávislost, testující nulovou hypotézu: $\pi_{ij} = \pi_{i+} \cdot \pi_{+j}$ proti alternativní hypotéze: *non* H_0 . Výsledky byly interpretovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, tj. s 95 % spolehlivostí, pokud není uvedeno jinak. V případě zajímavých zjištění byly použity pro dokreslení situace grafické techniky (sloupcové diagramy), případně fourfold diagramy nebo Cohen-Frendlyovy asociační grafy. Zároveň byla ve vhodných případech použita technika korespondenční analýzy, s následným sestrojením symetrické korespondenční mapy. V případě korespondenční analýzy byly výsledky prezentovány především v grafické formě. Další doplňující statistiky, související s výsledky korespondenční analýzy zde nejsou uvedeny, neboť jejich interpretace přesahuje rámec této práce.

Otázka č. 1 V jaké formě poskytuje vaše organizace služby?

Následující graf naznačuje početní rozvrstvení respondentů z hlediska formy poskytované služby. Z celkového počtu 134 respondentů pracuje v zařízení, poskytující pouze služby pobytové 89 respondentů (tj. 66,4 %), dalších 45 respondentů pracuje v terénních sociálních službách (33,6 %), někteří respondenti pracují v zařízení, které poskytuje služby ve více formách (terénní + ambulantní, pobytové + ambulantní) – 17 respondentů (12,7 %).

Zmíněné skutečnosti zachycuje následující sloupcový graf č. 1, zachycující počty respondentů v závislosti na typu sociálního zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni.

Graf č. 1 **Forma poskytování služby organizací**

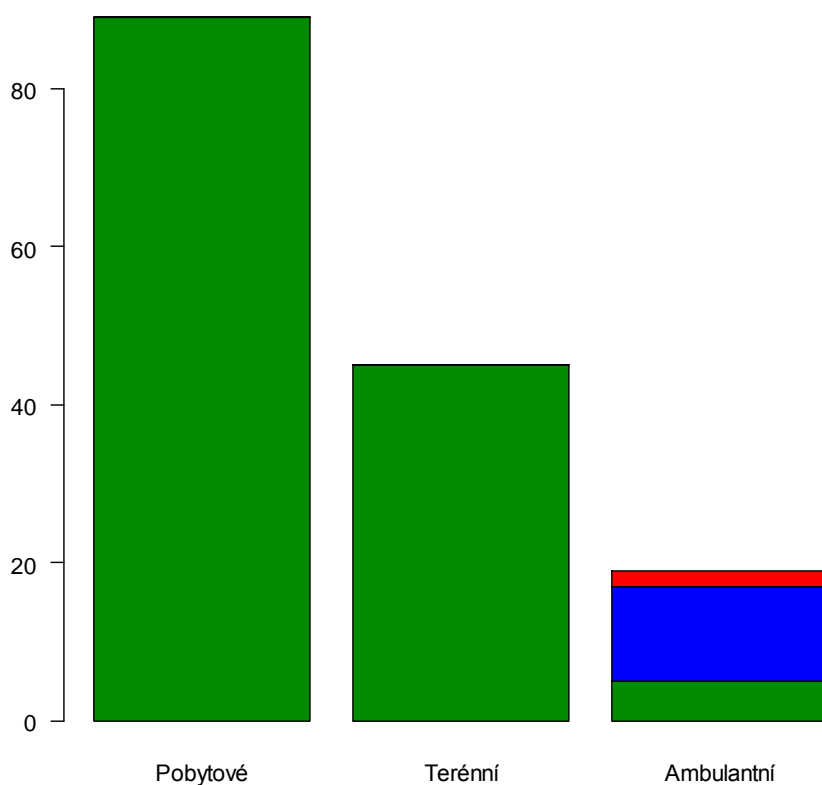


Zdroj: Vlastní výzkum

Pro lepší názornost uvádí sloupcový graf č. 2 přehledné zpracování celkové sumy sdělených informací. Z celkem 89 respondentů pracujících v pobytových zařízeních, jich 5 uvedlo, že organizace poskytuje služby zároveň formou pobytovou i ambulantní. V terénních službách pracuje 45 respondentů, přičemž 12 z nich odpovědělo, že organizace poskytuje také služby formou ambulantní. Informaci, že zaměstnávající organizace poskytuje služby ve formě pobytové, ambulantní i terénní uvedli 2 respondenti. Zařízení tedy vychází pokud možno vstříc potřebám cílové skupiny a

neomezují se na jedinou formu poskytování služeb v rámci jediného zařízení – viz Graf č. 2. Tato flexibilita je v sociálních službách typická, jak vyjadřují i následující výsledky.

Graf č. 2 Forma poskytování služby jednotlivými organizacemi - doplnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2 Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

Druhá otázka zachycuje délku praxe jednotlivých respondentů v sociálních službách, ve sledovaných formách poskytované služby. Následující kontingenční tabulka udává

řádkové relativní četnosti délky praxe respondentů závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení, přičemž kategorie k vytvoření lepší přehlednosti informací od respondentů obsahuje hlediska navozující představu trvání praxe jednotlivých respondentů - praxe „do 5 let“, „5-10 let“ a „více než 10 let“ praxe v sociálních službách – viz tabulka č. 2.

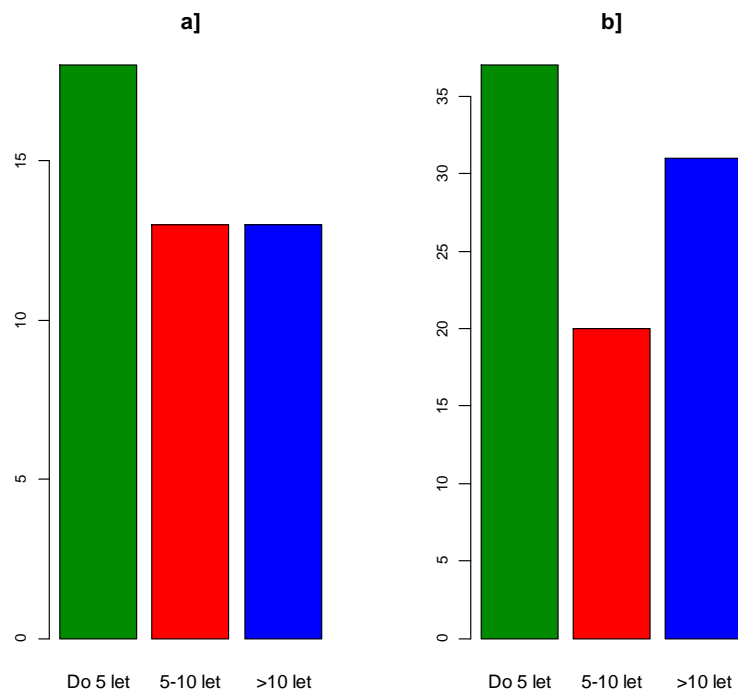
Tab. č. 2 Kontingenční tabulka zachycující řádkové relativní četnosti délky praxe respondentů závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení. [hodnoty v %]

Zařízení	Délka praxe		
	Do 5 let	5 až 10 let	více než 10 let
Terénní služby	40,91	29,55	29,55
Pobytové služby	42,05	22,73	35,23

Vlastní zdroj

Na základě provedeného testu na shodu multinomických rozdělení lze říci, že se nepodařilo prokázat, na základě pozorovaných dat, rozdíl v rozdělení zastoupení jednotlivých skupin. Testová statistika χ^2 dosáhla v tomto případě hodnoty 0,8386 při dvou stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, tj. p -value 0,6575. Jinými slovy, délka praxe (z hlediska tří výše uvedených kategorií) se neliší v zařízeních poskytující terénní služby či pobytové služby.

Graf č. 2 Délka praxe v sociálních službách



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 Provoz organizace

Z celkového počtu 134 respondentů jeden neuvedl charakter provozu zařízení. Pokud jde o ostatní respondenty, pak 9 % pracuje pouze v denním provozu, ranní směny se službami o víkendech vykonává 20 % respondentů, střídání služeb ranní a odpolední se týká 6,5 % respondentů a konečně v nepřetržitém provozu zařízení pracuje 65 % respondentů. (Jejich odpovědi jsou shrnuty v následující tabulce č. 3)

Tab.č. 3 Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti provozu organizace v závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení. [hodnoty v %]

	Pouze ranní směny	Ranní služby a služby o víkendu	Směny ranní – odpolední	Nepřetržitý provoz
Terénní služby	5,04	17,27	5,04	9,35
Pobytové služby	4,32	2,16	1,44	55,40

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že typ provozu sociálního zařízení je ovlivněn tím, zda jde o zařízení nabízející terénní či po pobytové služby ($p\text{-value} = 9,458 \cdot 10^{-13}$). Vzhledem k pozorovaným četnostem je tento výsledek však pouze informativní.

Otázka č. 4 Výše úvazku jednotlivých respondentů

Otázka sleduje výši pracovního úvazku u jednotlivých respondentů terénních a pobytových služeb. Jejich počty v obou sledovaných formách služeb zachycuje následující tabulka č. 4.

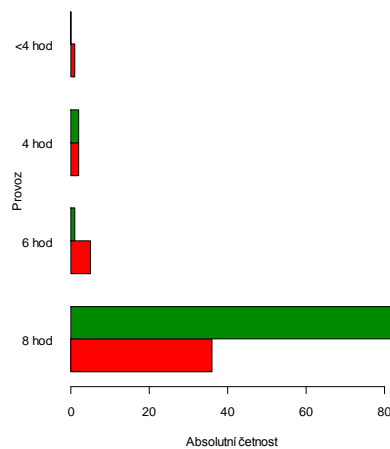
Tab.č. 4 :Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti pracovních úvazků respondentů v závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení. [Jednotlivé hodnoty jsou v %]

	8 hodin	6 hodin	4 hodiny	Méně než 4 hodiny
Terénní služby	27,69	3,85	1,54	0,77
Pobytové služby	63,85	0,77	1,54	0,00

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že výše úvazku je pracovníka sociálního zařízení je ovlivněn tím, zda jde o zařízení nabízející terénní či po pobytové služby ($\chi^2 = 9,6698$, $p\text{-value} = 0,02159$). Vzhledem k pozorovaným četnostem v jednotlivých buňkách kontingenční tabulky je tento výsledek však pouze informativní. Následující sloupcový graf č. 3 zachycuje absolutní četnosti sledovaných hodnot úvazků v obou sledovaných formách poskytované služby (zelená – terénní služby; červená – pobytové služby).

Graf č. 3 Výše úvazku respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 Velikost kolektivu zaměstnanců

Otázka č. 5 se věnuje velikosti kolektivu zaměstnanců poskytovatelů sociálních služeb.

Tab. 5: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti počtu zaměstnanců (počet byl kategorizován) v závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení. [Jednotlivé hodnoty jsou v %]

	Méně než 5 zaměstnanců	5 -15 zaměstnanců	Více než 15 zaměstnanců
Terénní služby	5,6	16	12
Pobytové služby	3,2	32	31,2

Vlastní zdroj

Z celkového počtu 134 dotázaných respondentů na danou otázku neodpovědělo 7 respondentů.

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že počet zaměstnanců v zařízení poskytujících sociální služby není ovlivněn tím jakou péčí (zde terénní nebo pobytové služby) tato zařízení nabízejí ($\chi^2=5,2705$; p -value = 0,0717). Vzhledem k nedostatečnému zastoupení jednotlivých pozorování v kontingenční tabulce lze však tento závěr brát pouze jako informativní.

Otázka č. 6 Pracovní zařazení zaměstnance

Tab. č. .6 Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti pracovního zařazení v závislosti na charakteru služeb sociálních zařízení. [Jednotlivé hodnoty jsou v %]

	Sociální pracovník	Ergoterapeut (jiné terapie)	Pracovník v sociálních službách (pobytové)	Pracovník v sociálních službách (terénní)	Jiné
Terénní služby	5,56	1,39	5,56	14,58	8,33
Pobytové služby	4,86	1,39	48,61	0,00	9,72

Vlastní zdroj

Z celkového počtu 134 dotázaných respondentů na danou otázku neodpověděli dva respondenti. Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 63,6688$; $p\text{-value} = 4,907 \cdot 10^{-13}$. Lze tedy říci, že pracovní zařazení respondenta je do jisté míry závislé na charakteru služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby). Opět je v tomto případě nutné upozornit na nedostatečné obsazení jednotlivých polí kontingenční tabulky. Výsledky je pro nutné brát pouze jako informativní.

Poznámka: V tabulce je možné zpozorovat paradoxní situaci, kdy 5,56 % pracovníků *terénních služeb* se označilo jako *pracovník přímé péče pracuje v pobytových službách*. Tento údaj lze (dle pozorování autorky práce) s velkou pravděpodobností vysvětlit skutečností, že pracovníci terénních služeb nemají zcela ujasněno, jak vyhodnotit, služby poskytované v domech s pečovatelskou službou; tato zařízení vnímají jako *pobytové služby*.

Otázka č. 7 Postoj zaměstnance k vlastní práci

Tab. č. 7 Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti postojů k práci v sociálních službách v závislosti na charakteru poskytovaných služeb sociálních zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou v %]

Postoje:	Terénní služby	Pobytové služby
Obživa ale i naplnění	9,73	16,11
Mě také baví	6,71	10,07
Neuspokojivá z finančních/jiných důvodů	1,34	4,70
Hlavně způsob obživy	2,35	4,70
Někdy ji cítím jako břemeno	0,34	2,35
Způsob jak pomáhat lidem	9,73	17,45
Jedna z etap života	1,34	3,02
Přechodná záležitost	0,34	1,01
Často stresující	1,34	7,38
Jiné	0,00	0,00

Vlastní zdroj

Vzhledem k jednotlivým počtům v kontingenční tabulce nelze provést χ^2 test na nezávislost. Lze říci, že bez ohledu na typ nabízených služeb sociálním zařízením zaujímají jednotliví respondenti postoje vesměs „kladné“ např.: způsob jak pomáhat lidem (9,73 % + 17,45 % = 27,18 %) nebo obživa ale i naplnění (9,73 % + 16,11 % = 25,84 %). Zajímavé je, že za často stresující považuje svou práci necelých 9 % respondentů (1,34% + 7,38 %).

Otázka č. 8 Změna zaměstnání

Tab č. 8: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti postojů respondentů ke změně zaměstnání [Jednotlivé hodnoty jsou v %].

	Neplánuji	V budoucnu nevyklučuji	Aktuálně zvažuji	Uskutečným jakmile bude příležitost
Terénní služby	22,56	7,52	3,01	0,75
Pobytové služby	41,35	19,55	1,5	3,76

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 4,3498 při třech stupních volnosti. To odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,2261. Lze tedy říci, že se názory na změnu zaměstnání neliší v závislosti na charakteru služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby). Opět je v tomto případě nutné upozornit na nedostatečné obsazení jednotlivých polí kontingenční tabulky. Výsledky je pro nutné brát pouze jako informativní.

Otázka č. 9 Jedná se o změnu (pracovníci, kteří v minulé otázce odpověděli c) nebo d)

Otázka č. 9 sleduje, zda by zaměstnanci sociálních služeb v případě odchodu z dosavadní pracovní pozice volili pouze změnu zaměstnavatele, nebo pracovního oboru.

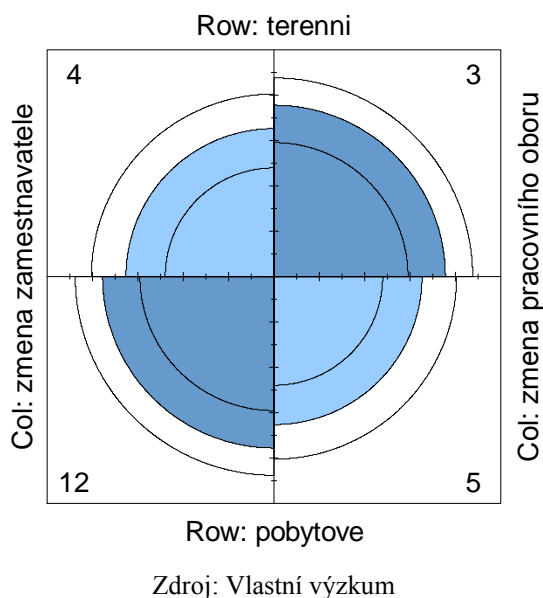
Tab č. 9: Čtyřpolní tabulka relativních četností zachycující charakter změny těch pracovníků, kteří uvažují o změně [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %]

	Jedná se o změnu zaměstnavatele	Jedná se o změnu pracovního oboru
Terénní služby	16,67	12,50
Pobytové služby	50,00	20,83

Vlastní zdroj

Pro posouzení hypotézy o nezávislosti byl vzhledem k dimenzi tabulky a počtu pozorování použit Fisherův exaktní test. Výsledek byl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, tj. s 95 % spolehlivosti nesignifikantní (OR = 0,5699851, p -value = 0,6466). Jinými slovy nelze říci, že by byl charakter změny zaměstnání závislý na charakteru služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby) v němž respondent v současné době pracuje. Z lidí kteří vážně uvažují o změně zaměstnání budou v 66,67 % případů měnit zaměstnavatele, přičemž budou zůstat v oboru sociálních služeb.

Graf č 4 Fourfold diagram zachycující associační vazbu mezi typem změny práce a charakterem služeb které poskytují sociální zařízení ve kterých pracuje respondent hodlající změnit své zaměstnání.



Výše uvedený graf č. 4 potvrzuje výsledek provedeního Fisherova exaktního testu. Prstencové výseče jednotlivých kvadrantů, zde představují konfidenční intervaly podílu šancí (OR - odds ratio). Z grafu je patrné, že se tyto konfidenční intervaly překrývají, což svědčí ve prospěch nulové hypotézy o nezávislosti. Konfidenční intervaly v jednotlivých kvadrantech jsou konstruovány jako 95 %.

Otázka č. 10 Podle vás je tato práce náročná/ vyčerpávající zejména

Z celkového počtu 134 respondentů neodpovědělo 7 respondentů na položenou otázku. Zbýlé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab.č. 10: Tabulka relativních četností názorů na náročnost vykonávané práce v závislosti na charakteru služeb poskytovaných organizacemi, v nichž jsou pracovníci zaměstnáni [Jednotlivé hodnoty jsou v %].

	Fyzicky náročná/vyčerpávající	Psychicky (emocionálně) náročná/vyčerpávající	Obě stránky
Terénní služby	0,00	14,52	18,55
Pobytové služby	0,00	8,06	58,87

Vlastní zdroj

Vzhledem k dosaženým četnostem bude dále neuvažována kategorie „Fyzicky náročná/vyčerpávající“ a kontingenční tabulka bude následující:

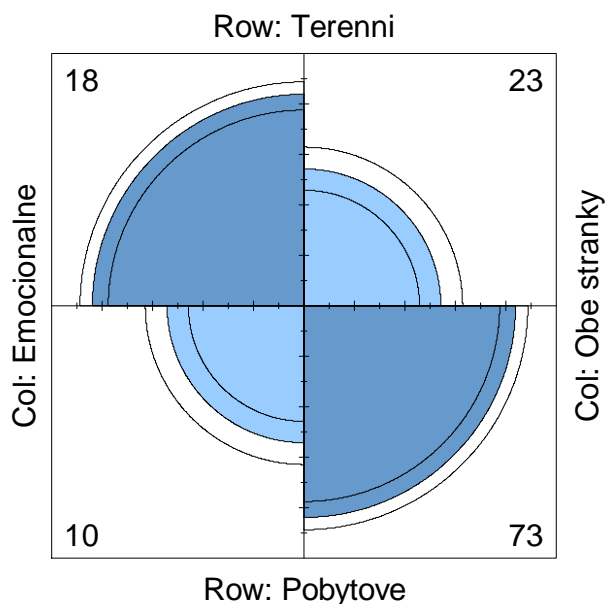
Tab. č. 11: Tabulka relativních četností názorů na náročnost vykonávané práce v závislosti na charakteru služeb poskytovaných organizacemi v nichž jsou respondenti zaměstnáni [Jednotlivé hodnoty jsou v %] - po provedené kolapsaci.

	Psychicky (emocionálně) náročná/vyčerpávající	Obě stránky
Terénní služby	14,52	18,55
Pobytové služby	8,06	58,87

Vlastní zdroj

Pro posouzení hypotézy o nezávislosti byl opět vzhledem k dimenzi tabulky č. 11 a počtu pozorování použit Fisherův exaktní test. Výsledek byl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, tj. s 95 % spolehlivostí signifikantní (OR = 5,6175554, p -value = 0,0001612). V tomto případě lze říci, že je náročnost práce závislá na charakteru služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby) v němž respondent v současné době pracuje.

Graf č. 5 Fourfold diagram zachycující associační vazbu mezi charakterem poskytovaných služeb a názory na náročnost vykonávané práce.



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedený graf potvrzuje výsledek provedeního Fisherova exaktního testu. Prstencové výseče jednotlivých kvadrantů, zde představují konfidenční intervaly podílu šancí (OR - odds ratio). Z grafu č. 5 je patrné, že se tyto konfidenční intervaly nepřekrývají, což svědčí ve prospěch alternativní hypotézy, kterou lze formulovat jako $H_A : OR \neq 1$.

Otázka č. 11 Úroveň vybavenosti organizace

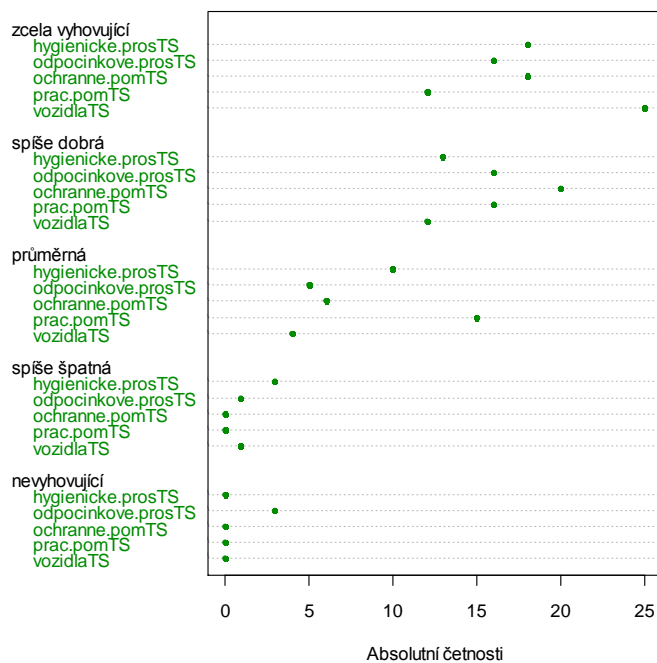
Z celkového počtu 134 respondentů neodpovědělo 6 respondentů zaměstnaných v sociálních zařízeních poskytující terénní služby a 32 respondentů zaměstnaných v sociálních zařízeních poskytujících pobytové služby. Distribuce zbylých postojů je patrná z následujících kontingenčních tabulek a příložených grafů.

Tab č. 12: Řádkové relativní četnosti pro sociální zařízení poskytující terénní služby - úroveň vybavení organizace.

Terénní	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Služební vozidla	0,595	0,286	0,095	0,024	0,000
Pracovní pomůcky k ulehčení práce	0,279	0,372	0,349	0,000	0,000
Ochranné pomůcky	0,409	0,455	0,136	0,000	0,000
Prostory k odpočinku a jejich vybavení	0,390	0,390	0,122	0,024	0,073
Prostory k hygieně	0,409	0,295	0,227	0,068	0,000

Vlastní zdroj

Graf č. 6 Grafické znázornění vnímání úrovně vybavení sociálního zařízení poskytujícího terénní služby.



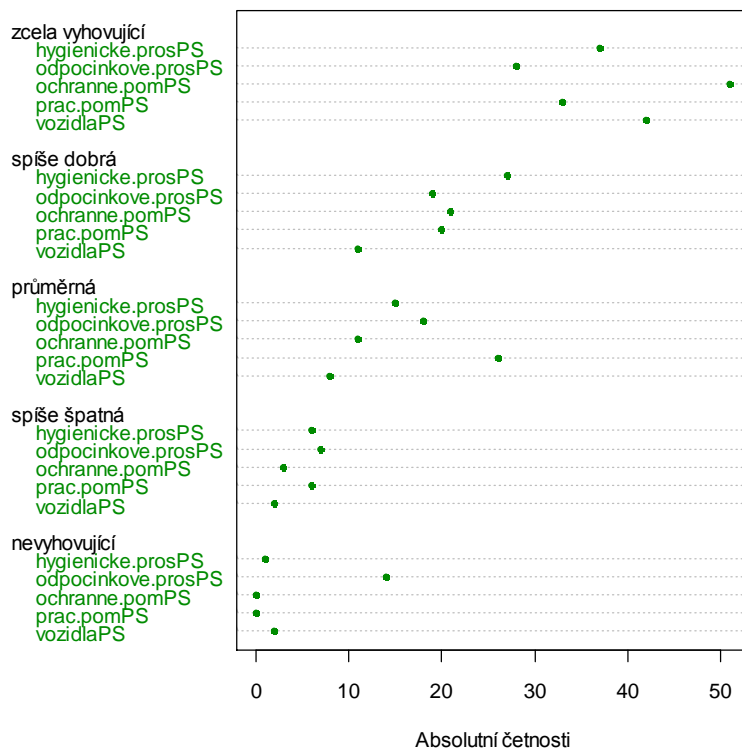
Zdroj: vlastní výzkum

Tab. č. 13: Řádkové relativní četnosti pro sociální zařízení poskytující pobytové služby - úroveň vybavení organizace.

Pobytové	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Služební vozidla	0,646	0,169	0,123	0,031	0,031
Pracovní pomůcky k ulehčení práce	0,388	0,235	0,306	0,071	0,000
Ochranné pomůcky	0,593	0,244	0,128	0,035	0,000
Prostory k odpočinku a jejich vybavení	0,326	0,221	0,209	0,081	0,163
Prostory k hygieně	0,430	0,314	0,174	0,070	0,012

Vlastní zdroj

Graf. č. 7 Grafické znázornění vnímání úrovně vybavení sociálního zařízení poskytujícího pobytové služby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Srovnání bude provedeno prostřednictvím korespondenční analýzy, která se řadí mezi vícerozměrné statistické metody redukující dimenzi blíže viz. Hebák a kol. (55) Jako "báze" bude zvolena skupina odpovědí pracovníků zaměstnaných v sociálních zařízeních, které nabízejí pobytové služby. Tato volba byla podmíněna převažujícím počtem těchto respondentů ve studovaném souboru. Odpovědi pracovníků zaměstnaných v sociálních zařízeních poskytující terénní služby tedy výpočet konfigurace výsledné projekce neovlivní a budou pouze do vzniklého prostoru projektovány za účelem prostého srovnání. K vizualizaci bude využita symetrická korespondenční mapa. Následující tabulka udává vstupní data pro provedení korespondenční analýzy.

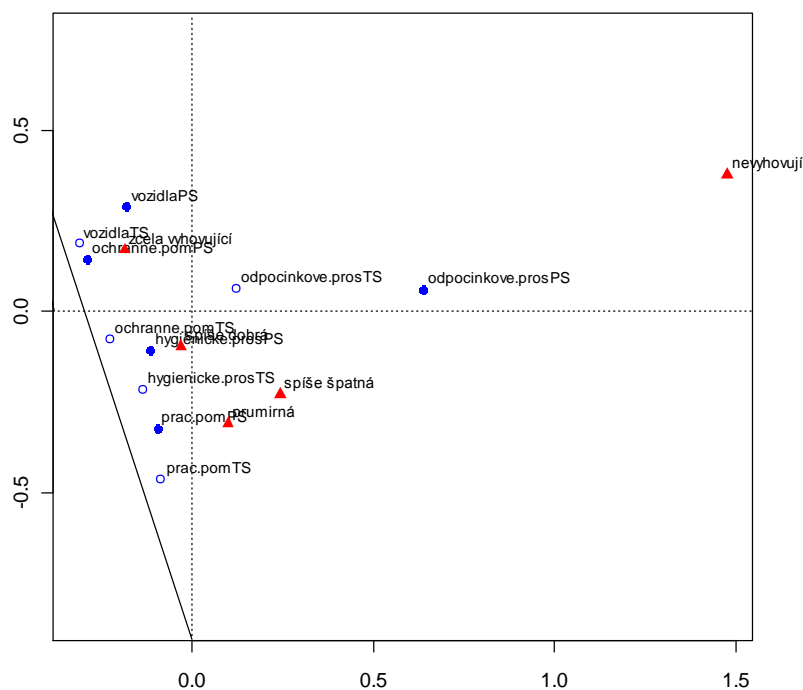
Tab. č. 14: Kontingenční tabulka tvořící vstup pro korespondenční analýzu

TS – terénní služby PS – pobytové služby	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Služební vozidla TS	25	12	4	1	0
Pracovní pomůcky k ulehčení práce TS	12	16	15	0	0
Ochranné pomůcky	18	20	6	0	0
Prostory k odpočinku a jejich vybavení TS	16	16	5	1	3
Prostory k hygieně TS	18	13	10	3	0
Služební vozidla PS	42	11	8	2	2
Pracovní pomůcky k ulehčení práce PS	33	20	26	6	0
Ochranné pomůcky PS	51	21	11	3	0
Prostory k odpočinku a jejich vybavení PS	28	19	18	7	14
Prostory k hygieně PS	37	27	15	6	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Názory pracovníků se vyjadřují k několika sledovaným kategoriím. Jedná se o vybavení organizace pomůckami a materiálními podmínkami potřebnými k poskytování péče zaměstnanci. Nabízené rozpětí 1-5 umožňuje vyslovit svůj názor. Sledované hodnoty se pohybují spíše v pásmu kladných hodnot, některé ale odhalují slabší místa – jako například u prostor k odpočinku u pracovníků pobytových sociálních služeb.

Graf: č. 8 Výsledná korespondenční mapa získaná při řešení do dvou principiálních os



Zdroj: Vlastní výzkum

Orientace os byla počítána vzhledem k absolutním četnostem respondentů zaměstnaných v sociálních zařízeních poskytujících pobytové služby. Odpovědi respondentů pracujících v terénních službách byly do výsledného prostoru pouze projektovány.

Celková inerce v kontingenční tabulce viz předchozí tabulka činila 0,165839. Získané řešení, tj. řešení do dvou principiálních os vysvětlilo celkem (první dimenze 67,9 %, druhá dimenze 25,9 %) 93,8 % celkové inerce. Takovéto řešení lze považovat za plně postačující. Z hlediska získané struktury lze říci, že pracovníci obou skupin vnímají jako zcela vyhovující vybavení organizace vozidly. Mírné rozdíly panují v názorech na ochranné pomůcky, které vnímají pracovníci sociálních zařízení poskytujících terénní služby jako "spíše dobré" zatímco pracovníci pobytových sociálních zařízení je vnímají jako "zcela vyhovující". Největší diskrepance panuje mezi názory na "prostory k odpočinku a jejich vybavení". Zde se pracovníci sociálních zařízení poskytující pobytové služby vyjadřují extrémněji, tj. na pomezí kategorií "spíše špatné" a "nevyhovující" ve srovnání s terénními pracovníky. Celková situace je zachycena na výsledné symetrické korespondenční mapě. Další podrobnější výsledky, tj. další statistiky získané provedením korespondenční analýzy nejsou uvedeny, neboť přesahují rámec této práce.

Otázka č. 12 Jak hodnotíte kvalitu komunikace na pracovišti

Tab č. 15: Řádkové relativní četnosti pro sociální zařízení poskytující terénní služby v závislosti na vnímání kvality komunikace na pracovišti.

Komunikace	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
mezi pracovníky	0,133	0,511	0,267	0,044	0,044
vedením - pracovníky	0,227	0,386	0,273	0,068	0,045
klientem - pracovníky	0,273	0,5991	0,136	0,000	0,000

Vlastní zdroj

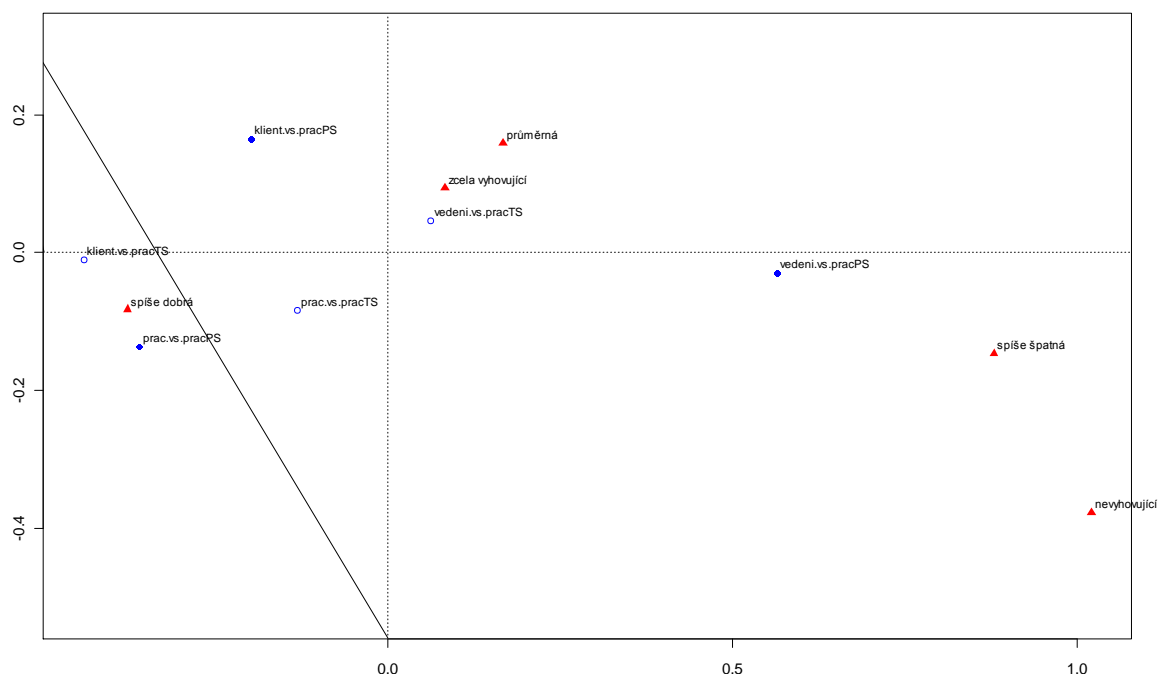
Tab č. 16: Řádkové relativní četnosti pro sociální zařízení poskytující pobytové služby v závislosti na vnímání kvality komunikace na pracovišti.

Komunikace	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
mezi pracovníky	0,216	0,602	0,136	0,034	0,011
vedením - pracovníky	0,287	0,207	0,241	0,207	0,057
klientem - pracovníky	0,284	0,455	0,227	0,034	0,000

Vlastní zdroj

Srovnání bylo provedeno opět prostřednictvím korespondenční analýzy. Jako "báze" zde byla opět zvolena skupina odpovědí pracovníků zaměstnaných v sociálních zařízeních, které nabízejí pobytové služby (viz odůvodnění výše).

Graf č. 9 Výsledná korespondenční mapa získaná při řešení do dvou principiálních os.



Vlastní zdroj

Orientace os byla počítána vzhledem k absolutním četnostem respondentů zaměstnaných v sociálních zařízeních poskytujících pobytové služby. Odpovědi respondentů pracujících v terénních službách byly do výsledného prostoru pouze projektovány.

Z výsledné korespondenční mapy je zřejmé, že největší rozdíly mezi respondenty pracujících v sociálních zařízeních (pobytové, terénní) lze spatřovat v komunikaci mezi vedením a pracovníky zařízení. Negativní hodnocení ("spíše špatná", "nevyhovující") komunikace mezi vedením a pracovníky uváděli spíše pracovníci sociálních zařízení nabízející pobytové služby.

Pracovníci sociálních zařízení nabízejících terénní služby odpověď na kvalitu komunikace s vedením uváděli spíše v kategoriích "zcela vyhovující" případně "průměrná" viz výsledná korespondenční mapa. Takovouto dvourozměrnou interpretaci kontingenční tabulky lze považovat za vyhovující, neboť pouze její první rozměr vysvětluje 91,3 % celkové inerce obsažené v datech.

Otázka č. 13 Přístup pracovníka ve vaší organizaci k možnosti

a) Odborná rada v případě problému

V tomto případě neodpovědělo 8 respondentů na danou otázku. Šlo o pracovníky sociálních zařízení poskytující pobytové služby. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 17: Absolutní četnosti postojů respondentů na poskytování odborné rady v případě problému v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	19	17	6	1	1
Pobytové	32	24	15	8	1

Vlastní zdroj

Tab č. 18: Relativní četnosti postojů respondentů k poskytování odborné rady v případě problému v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,153	0,137	0,048	0,008	0,008
Pobytové	0,258	0,194	0,121	0,065	0,008

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 3,668 při čtyřech stupních volnosti. To odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,4528. Lze tedy říci, že se názory na poskytování odborné rady v případě problému neliší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce je však nutné brát tento výsledek pouze jako informativní.

b) Přístup k možnosti supervize

V tomto případě neodpovědělo 14 respondentů na danou otázku. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 19: Absolutní četnosti postojů respondentů v přístupu k supervizi v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	7	15	10	3	2
Pobytové	16	19	22	15	5

Vlastní zdroj

Tab č. 20: Relativní četnosti postojů respondentů v přístupu k supervizi v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,061	0,132	0,088	0,026	0,018
Pobytové	0,140	0,167	0,193	0,132	0,044

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 4,269 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,3709. Lze tedy říci, že se názory na možnost využití či poskytnutí supervize se neliší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce je však nutné brát tento výsledek opět pouze jako informativní.

Otázka č. 14 Práce s motivací v organizaci

a) *Slovní ocenění a pochvaly*

V tomto případě neodpovědělo 5 respondentů na danou otázku. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 21: Absolutní četnosti postojů respondentů na vnímání slovního ocenění a pochvaly v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	19	10	10	2	3
Pobytové	21	14	21	18	9

Vlastní zdroj

Tab č. 22: Relativní četnosti postojů respondentů na vnímání slovního ocenění a pochvaly v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,150	0,079	0,079	0,016	0,024
Pobytové	0,165	0,110	0,165	0,142	0,071

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 9,378 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,05232. Lze tedy říci, že se názory na

úroveň slovního ocenění a pochvaly neliší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce, je však nutné brát tento výsledek opět pouze jako informativní. Je třeba však zároveň říci, že hodnota p -value 0,05232 je v jistém smyslu hraniční.

b) Finanční ocenění

V tomto případě neodpovědělo celkem 5 respondentů na danou otázku. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 23: Absolutní četnosti postojů respondentů na vnímání finančního ohodnocení v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	7	18	10	3	4
Pobytové	17	18	28	9	13

Vlastní zdroj

Tab č. 24: Relativní četnosti postojů respondentů na vnímání finančního ohodnocení v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,055	0,142	0,079	0,024	0,031
Pobytové	0,134	0,142	0,220	0,071	0,102

Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 6,662 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,1548.

Lze tedy říci, že se názory na úroveň finančního ocenění neliší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti

pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce, je však nutné brát tento výsledek opět pouze jako informativní

Otázka č. 15 Poskytování zpětné vazby

V případě otázky na poskytování zpětné vazby neodpovědělo celkem 16 respondentů. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 25: Absolutní četnosti postojů respondentů na poskytování zpětné vazby v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	16	17	8	1	2
Pobytové	10	24	30	5	4

Vlastní zdroj

Tab č. 26: Relativní četnosti postojů respondentů na poskytování zpětné vazby v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,137	0,145	0,068	0,009	0,017
Pobytové	0,085	0,205	0,256	0,043	0,034

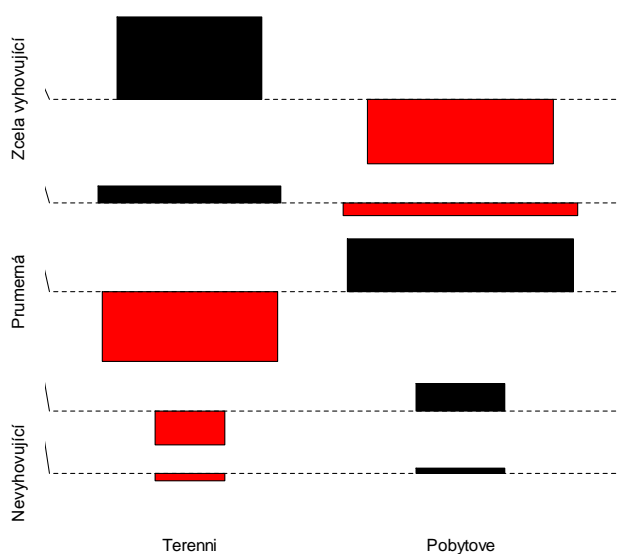
Vlastní zdroj

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota

testové statistiky χ^2 činila 12,21 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,01584.

Lze tedy říci, že se názory na poskytování zpětné vazby (pokud mají respondenti dojem, že dělají při své práci něco dobře/špatně) liší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce, je však nutné brát tento výsledek opět pouze jako informativní.

Graf č. 10 Cohen-Friendlův asociační graf indikující odchylky od nulové hypotézy o nezávislosti ve dvourozměrné kontingenční tabulce v případě postojů respondentů na poskytování zpětné vazby v závislosti na typu sociálního zařízení.



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 Schopnost spolupráce mezi zaměstnanci

V případě otázky na týkající se schopnosti spolupráce mezi zaměstnanci neodpověděli čtyři respondenti. Hodnocení pracovníků je patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 27: Absolutní četnosti postojů respondentů na otázku schopnosti spolupráce mezi zaměstnanci v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	11	28	4	0	1
Pobytové	21	49	13	1	0

Vlastní zdroj

Tab č. 28: Relativní četnosti postojů respondentů na otázku schopnosti spolupráce mezi zaměstnanci v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	0,086	0,219	0,031	0,000	0,008
Pobytové	0,164	0,383	0,102	0,008	0,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 3,454 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,4849.

Lze tedy říci, že se názory na schopnost spolupráce mezi zaměstnanci neliší v závislosti na typu sociálního zařízení (poskytujícího terénní či pobytové služby) ve kterém respondenti pracují. S ohledem na nedostatečné absolutní četnosti v pozorované kontingenční tabulce, je však nutné brát tento výsledek opět pouze jako informativní

Otázka č. 17 Přístup pracovníků ke vzdělávání

Z celkového počtu 134 respondentů neodpovědělo 5 respondentů na danou otázku. Zbylé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab. č. 29: Absolutní četnosti postojů respondentů na otázku přístupu ke vzdělání pracovníků v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	23	15	4	0	0
Pobytové	42	28	14	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k nedostatečnému obsazení jednotlivých buněk kontingenční tabulky nelze provést χ^2 test na nezávislost. Z tohoto důvodu provedeme kolapsování posledních dvou kategorií (kategorie „Spíše špatnou“ a „Nevyhovující“). Nově vzniklou kategorii nazveme „Špatná“. Získáme tak následující kontingenční tabulku. Pro takto upravenou kontingenční tabulku je již možné provést χ^2 test na nezávislost, nicméně závěry budou pouze informativní.

Tab.č. 30: Výchozí kontingenční tabulka vzniklá kolapsováním předchozí kontingenční tabulky.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Špatná
Terénní	23	15	4	0
Pobytové	42	28	14	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě provedeného χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Dosažená hladina významnosti, tzv. p -value činila 0,6431. Lze tedy říci, že se názory respondentů na přístup ke vzdělání neliší v závislosti na tom, zda respondent pracuje

v sociálním zařízení pro seniory poskytujícím terénní služby nebo v sociálním zařízení poskytujícím pobytové služby. Nicméně tyto výsledky jsou pouze informativní.

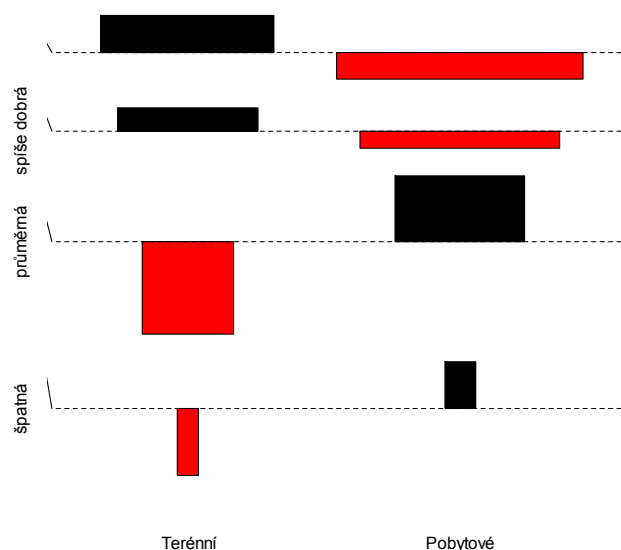
Tab. č. 31: Detailnější rozbor kolapsované kontingenční tabulky

		Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Špatná
Terénní	Pozorované četnosti	23	15	4	0
	Očekávané četnosti	21,5	14,2	6,0	0,3
	Příspěvní k χ^2 statistice	0,105	0,043	0,641*	0,331
	Řádkové rel. četnosti	0,548	0,357	0,095	0,000
	Sloupcové rel. četnosti	0,354	0,349	0,222	0,000
	Celkové rel. četnosti	0,181	0,118	0,031	0,000
Pobytové	Pozorované četnosti	42	28	14	1
	Očekávané četnosti	43,5	28,8	12	0,7
	Příspěvní k χ^2 statistice	0,052	0,021	0,317*	0,163
	Řádkové rel. četnosti	0,494	0,329	0,165	0,013
	Sloupcové rel. četnosti	0,646	0,651	0,778	1,000
	Celkové rel. četnosti	0,331	0,220	0,110	0,008
Celkem	Absolutní četnost	65	43	18	1
	Relativní četnost	0,512	0,339	0,142	0,008

* největší příspěvní k testové statistice χ^2 .

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 Cohen-Friendlyův asociační graf indikující odchylky od nulové hypotézy o nezávislosti znázorněný ve dvourozměrné kontingenční tabulce.



Zdroj: Vlastní výzkum

Pozn.: V Cohen-Friendlyově asociačním grafu jsou jednotlivé buňky kontingenční tabulky reprezentovány obdélníky, které mají plochu proporcionální k rozdílu mezi pozorovanou a očekávanou četností (výška je proporcionální k hodnotě Pearsonova rezidua a šířka obdélníku je pak proporcionální k druhé odmocnině příslušné očekávané četnosti). Základní čára odpovídá nulovému rozdílu ("nulová hypotéza"). V případě, že je pozorovaná četnost vyšší než očekávaná je obdélník konstruován nad základní čáru. Je-li tomu naopak, pak je umístěn pod základní čáru.

Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že nevyšší příspěvek k testové statistice (největší rozdíl v názorech) je způsobeno názory pracovníků jak terénních tak pobytových služeb do kategorie "průměrný přístup ke vzdělávání".

Otázka č. 18 Mzdové ohodnocení v organizaci

Z celkového počtu 134 respondentů neodpověděli 3 respondenti na položenou otázku. Zbylé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab.č. 32: Absolutní četnosti v případě názorů na mzdové ohodnocení v organizaci.

	Zcela vyhovující	Spíše dobrá	Průměrná	Spíše špatná	Nevyhovující
Terénní	5	16	12	6	3
Pobytové	12	16	28	20	11

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Dosažená hladina významnosti, tzv. p -value činila 0,1658. Lze tedy říci, že se vnímání mzdového ohodnocení neliší v závislosti na tom, zda respondent pracuje v sociálním zařízení pro seniory poskytujícím terénní služby nebo v sociálním zařízení poskytujícím pobytové služby. Opět je v tomto případě nutné upozornit na nedostatečné obsazení jednotlivých polí kontingenční tabulky. Výsledky je pro nutné brát pouze jako informativní.

Pro dokreslení informace jsou v následující tabulce uvedeny řádkové relativní četnosti. Z tabulky je patrné, že více než 50 % pracovníků pracujících v sociálních zařízeních poskytujících pobytové služby vnímá své mzdové ohodnocení prostřednictvím kategorie „průměrně“ nebo „spíše špatně“.

Tab. č. 33: Řádkové relativní četnosti v případě názorů na mzdové ohodnocení v organizaci

	Zcela vyhovující	Spíše dobré	Průměrné	Spíše špatné	Nevyhovující
Terénní	0,12	0,38	0,29	0,14	0,07
Pobytové	0,14	0,18	0,32	0,23	0,13

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19 Vaše měsíční čistá mzda činí

Z celkového počtu 134 respondentů neodpovědělo na položenou otázku 15 respondentů. Zbylí respondenti přinesli informace, jejichž souhrn je patrný z následující kontingenční tabulky.

Tab. č. 34: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti zastoupení různých platových kategorií v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	4-6 tis. Kč	7-9 tis. Kč	10-12 tis. Kč	13-15 tis. Kč	15-18 tis. Kč	Více než 18 tis. Kč
Terénní služby	0,00	8,55	15,38	8,55	1,71	0,85
Pobytové služby	1,71	1,71	33,33	21,37	5,13	1,71

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 14,6753, při pěti stupních volnosti. To odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,01184. Lze tedy říci, že výše měsíční čisté mzdy je ovlivněna charakterem služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby). Z výše uvedené kontingenční tabulky je patrné, že nejtypičtější (modální) kategorií je v případě sociálních zařízení poskytující terénní

služby kategorie platů 10-12 tis. Stejně je tomu i v případě sociálních zařízení poskytujících pobytové služby. Nicméně je z tabulky patrné, že v zařízeních poskytující pobytové služby je měsíční čistá mzda spíše vyšší ve srovnání se zařízeními poskytujícími terénní služby.

Otázka č. 20 Své pracovní vytížení pracovními úkoly byste označil jako

Z celkového počtu 134 respondentů neodpověděli na položenou otázku dva respondenti. Zbylé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 35: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti jednotlivých kategorií pracovního vytížení v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	Vyčerpávající	Značně vysoké	Přijatelné	Někdy mám i časové rezervy
Terénní služby	3,08	10,00	20,00	0,77
Pobytové služby	18,46	25,38	20,77	1,54

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 10,9023, při třech stupních volnosti. To odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,01227. Lze tedy říci, že se pracovní vytížení respondentů liší v závislosti na charakteru služeb, které nabízí sociální zařízení (zde terénní nebo pobytové služby). Výše uvedený závěr je však vzhledem k nedostatečným četnostem v kategorii „Někdy mám i časové rezervy“ pouze informativní. Zajímavou je převaha kategorií „Vyčerpávající“ a „Značně vysoké“ u sociálních zařízení nabízející pobytové služby.

Otázka č. 21 Promítl se do vašich pracovních podmínek vliv ekonomické krize

Z celkového počtu 134 respondentů neodpověděli na položenou otázku dva respondenti. Zbylé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 36: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti jednotlivých kategorií vnímání projevu ekonomické krize do pracovních podmínek v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	Ano, situace se zhoršila	Ne, situace je zhruba stejná	Nevšiml/a jsem si	Zatím ne, ale očekávám to
Terénní služby	10,77	17,69	3,85	1,54
Pobytové služby	13,85	26,92	13,85	11,54

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila pouhých 7,4837 při třech stupních volnosti. To odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,05798. Lze tedy říci, vnímání vlivu ekonomické krize na pracovní podmínky je u obou skupin pracovníků (zaměstnanci sociálních zařízení nabízející terénní služby a zaměstnanci soc. zařízení nabízející pobytové služby) stejné. Nejtypičtější kategorií byla v obou případech kategorie „Ne, situace je zhruba stejná“.

Otázka č. 22 Zavádění standardů kvality péče – vliv na vaše pracovní podmínky

Z celkového počtu 134 respondentů neodpovědělo na položenou otázku pět respondentů. Zbylé postoje jsou patrné z následující kontingenční tabulky.

Tab č. 37: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti jednotlivých kategorií vnímání vlivu zavádění standardů kvality péče v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	Mají pozitivní vliv	Mají spíše negativní vliv	Nemají vliv	Nevím
Terénní služby	19,69	3,94	7,09	3,94
Pobytové služby	29,13	10,24	8,66	17,32

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 5,3058 při třech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,1507. Lze tedy říci, pracovníci obou typů sociálních zařízení (terénní, pobytové) vnímají vliv zavádění standardů kvality z hlediska pracovních podmínek stejně. Dále lze říci, že zavádění standardů kvality hodnotí většina respondentů pozitivně. Plných 48, 82 % respondentů vnímá zavádění pozitivně. Naopak negativně se k zavádění standardů kvality vyjádřilo pouze 14,18 % dotázaných respondentů. Detailnější rozbor výše uvedené kontingenční tabulky je patrný z následující tabulky.

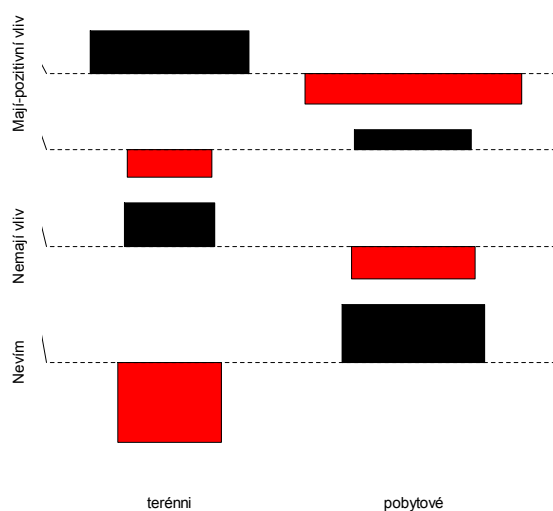
Tab č. 37: Kontingenční tabulka zachycující vliv zavádění standardů kvality

		Mají pozitivní vliv	Mají spíše negativní vliv	Nemají vliv	Nevím
Terénní služby	Pozorované četnosti	25	5	9	5
	Očekávané četnosti	21,5	6,2	6,9	9,4
	Příspěvní k χ^2 statistice	0,577	0,245	0,619	2,027
	Řádkové rel. četnosti	56,818	11,364	20,455	11,364
	Sloupcové rel. četnosti	40,323	27,778	45,00	18,519
	Celkové rel. četnosti	19,685	3,937	7,087	3,937
Pobytové služby	Pozorované četnosti	37	13	11	22
	Očekávané četnosti	40,5	11,8	13,1	17,6
	Příspěvní k χ^2 statistice	0,306	0,130	0,328	1,074

	Řádkové rel. četnosti	44,578	15,663	13,253	26,506
	Sloupcové rel. četnosti	59,677	72,222	55,000	81,481
	Celkové rel. četnosti	29,134	10,236	8,661	17,323
Celkem	Absolutní četnosti	62	18	20	27
	Relativní četnosti	48,819	14,173	15,748	21,26

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 Cohen-Friendlyův associační graf indikující odchylky od nulové hypotézy o nezávislosti ve dvourozměrné kontingenční tabulce.



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 23 Co vy osobně vnímáte ve své práci jako největší problém

V případě této otevřené otázky byly jednotlivé odpovědi nejprve sdruženy do několika tematických kategorií na základě významové podobnosti. Celkem bylo vytvořeno osm kategorií, které měly za úkol obsáhnout poměrně široké spektrum problémů, které pracovníci označili. Každé z témat dále v sobě skrývá další jednotlivé problémy. Je nutné říci, že na takto položenou otázku neodpovědělo 51 respondentů z celkového počtu 134 respondentů, tedy cca 38 % respondentů.

Tab č. 38: Kontingenční tabulka zachycující absolutní četnosti jednotlivých problémových oblastí v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Terénní služby	Pobytové služby
Špatná org. práce	9	11
Finanční ohodnocení	8	17
Špatné vztahy	9	26
Zneuznaná práce	6	18
Významná zátěž	4	28
Odpor ke změnám	2	0
Klient	6	8
Etika práce	6	7
Neuvedl		

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab č 39: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti jednotlivých problémových oblastí v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	Terénní služby	Pobytové služby
Špatná org. práce	5,5	6,7
Finanční ohodnocení	4,8	10,3
Neuspokojivé vztahy	5,5	15,8
Zneuznaná práce	3,6	10,9
Významná zátěž	2,4	17,0
Odpor ke změnám	1,2	0,0
Klient	3,6	4,8
Etika práce	3,6	4,2

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 14,74 při sedmi stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,03946. Vzhledem k pozorovaným četnostem ve výše uvedené kontingenční tabulce je však nutné brát

výsledek testu pouze jako informativní (nedostatečné absolutní četnosti určitých kategorií v tabulce). Zhruba lze říci, že se vnímání problémových oblastí liší v závislosti na typu sociálního zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán. Jako největší problém se jeví v sociálních zařízeních pobytového charakteru *velká zátěž kladená na pracovníky, dále zneužívaná práce a finanční ohodnocení za vykonávanou práci*. V případě sociálních zařízení poskytujících terénní služby jsou to především *špatné vztahy, špatná organizace práce a finanční ohodnocení*.

Otázka č. 24 Co vnímáte ve své práci jako největší přednost

Opět se jednalo o otevřenou otázku. Jednotlivé odpovědi byly nejprve sdruženy do několika tematických kategorií na základě významové podobnosti. Celkem bylo vytvořeno 5 kategorií. Je nutné říci, že na takto položenou otázku neodpovědělo celkem 43 respondentů z celkového počtu 134 respondentů, tedy cca 32 % respondentů.

Největší význam z předností jsou dle mínění tázaných pracovníků v pobytových formách služeb dobré vztahy na pracovišti- význam fungujícího kolektivu, kvalitní komunikace s klienty, významně byly hodnoceny shodně sociální jistoty a osobní uspokojení z práce. Do pozadí poněkud ustupuje důvod práce ve prospěch potřebných lidí a kvalitní organizace práce.

Ve službách terénních nejvýznamněji vystupuje jako přednost nesobecká práce ve prospěch potřebných osob spolu s dobrým pocitem který přináší výkon profese – kontakt se zajímavými lidmi, zajímavá a rozmanitá práce, kde velký význam má kreativita a schopnost nalézt vhodný přístup k odlišným typům klienta, určitá volnost. Podobně jako v pobytové formě výrazný vliv má dobrý pracovní kolektiv. Viz následující tabulka č. 40.

Tab č. 40: Kontingenční tabulka zachycující absolutní četnosti jednotlivých pozitiv, tak jak je vnímají respondenti v závislosti na typu sociálního zařízení.

	Terénní služby	Pobytové služby
Altruismus	16	10
Sociální jistoty	3	16
Osobní uspokojení	16	15
Organizace práce	0	8
Dobré vztahy	14	29
Neuvedl	12	39

Zdroj: Vlastní výzkum

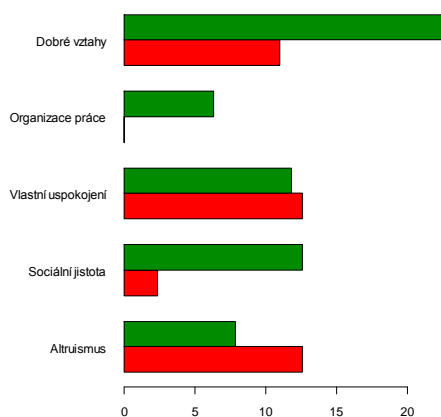
Tab č. 41: Kontingenční tabulka zachycující relativní četnosti jednotlivých pozitiv tak jak je vnímají respondenti v závislosti na typu sociálního zařízení [Jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v %].

	Terénní služby	Pobytové služby
Altruismus	12,6	7,87
Sociální jistoty	2,36	12,60
Osobní uspokojení	12,60	11,81
Organizace práce	0,00	6,30
Dobré vztahy	11,02	22,83

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Hodnota testové statistiky χ^2 činila 17,853 při čtyřech stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá dosažené hladině významnosti, neboli hodnotě p -value ve výši 0,001318.

Graf č. 13 Porovnání pozitivních stránek v obou formách sociálních služeb



Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k pozorovaným četnostem ve výše uvedené kontingenční tabulce je však nutné brát výsledek testu pouze jako informativní (nedostatečné absolutní četnosti určitých kategorií v tabulce). Přibližně lze říci, že se vnímání pracovních předností liší v závislosti na typu sociálního zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán.

Použitá literatura:

HEBÁK, V. a kol: *Vícerozměrné statistické metody III*. 1.vyd. Praha : Informatorium, 2007.256 s. ISBN: 978-80-7333-039-2.

5. Diskuse

Celospolečenský vývoj, změny funkcí rodiny, nižší počty narozených dětí, zvyšující se věk odchodu do penze, ale zejména vývoj v demografické struktuře společnosti ve smyslu zvyšujícího se počtu seniorů způsobil, že význam organizací poskytujících sociální služby vzrůstá (31). Občané ve vyšším věku jako skupina, jejíž potřeby bude muset společnost ve významné míře v příštím období řešit, se dostávají stále více do centra pozornosti. Jak upozorňuje Šiklová, naše společnost by se měla již nyní připravovat na změny, které ji očekávají vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů. Sociální služby pro seniory nebudou v nynější podobě schopny nárůst závislých osob řešit, proto je již nyní koncipována podoba *dlouhodobé péče*, která by měla odpovídat sledovaným požadavkům na ekonomickou, organizačně personální i odbornou stránku poskytované služby (34). Jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují spokojenost uživatelů se sociálními službami je bezesporu právě přístup jejich personálu. Ten je do značné míry ovlivněn kvalitou pracovních podmínek výkonu práce v sociálních službách.

Výzkum této práce zkoumá pracovní podmínky zaměstnanců sociálních služeb v zařízeních na území Plzeňského kraje, ve kterých je většinovým uživatelem osoba seniorského věku. Porovnává situaci v pobytové a terénní formě sociálních služeb z pohledu jejich pracovníků, všímá si vlivu vzdělávání a změn vyvolaných zaváděním standardů kvality sociálních služeb na pracovištích.

Výzkumu se zúčastnilo 134 pracovníků (jednalo se zaměstnance na pozicích, které pracují přímo s klientem, nezahrnuje tedy administrativní či technickohospodářské činnosti. Vymezení viz kapitola Metodika). Respondentů z řad zaměstnanců pobytových sociálních služeb se vyjádřilo více - celkem 66,4 % (89 osob); pracovníků terénních sociálních služeb se výzkumu zúčastnilo 33,6 % (45 osob). Pracovníci některých zařízení disponují službami poskytovanými ve více formách – 12,7 % (17 osob).

Délka praxe oslovených pracovníků se nejčastěji pohybovala v kategorii nad 5 let (asi 60 % u terénních služeb, 58 % u pobytových služeb). Na druhou stranu je v obou

formách stále významný podíl respondentů s praxí nepřekračující 5 let. Tato skutečnost se v obou formách poskytovaných služeb téměř neliší. (**viz otázka č. 2**). Z hlediska organizace *pracovní doby* lze říci, že určujícím momentem je právě forma poskytované služby. Provoz pobytových služeb už ze své podstaty musí zajišťovat potřeby klientů v každou denní i noční dobu – proto celých 55 % respondentů pracuje ve jedenáctihodinových směnách (ostatní organizace pracovní doby jsou u pracovníků pobytových spíše marginální). U pracovníků terénních sociálních služeb jsou nejčastější ranní směny se službami o víkendech. Druhým nejčastějším je i v případě terénních služeb nepřetržitý provoz - 9,5 %. Shodných hodnot dosáhly počty ranních směn spolu se střídáním směn ranních a odpoledních - cca 5 % (**viz otázka č. 3**). Terénní služby disponují výrazně pestřejší paletou organizace provozu, což je dáno jejich potřebnou flexibilitou, která vychází z rozmanitých potřeb klientů. Ve *výši úvazku* drtivě převažuje osmihodinový úvazek – až 92,5% pracovníků (**otázka č. 4**). Z hlediska *velikosti pracovního kolektivu* je ve zkoumaném vzorku nejčastějším typem organizace s kolektivem větším než pět pracovníků – zde je zaměstnáno 92 % dotázaných respondentů. Z tohoto množství tvoří zaměstnanci kolektivů větších než 15 pracovníků celých 43 %.

Spektrum profesí obou forem péče, které byly uváděny v dotazníku, obsahuje shodně přibližně 5 % sociálních pracovníků, také počty ergoterapeutů dosahují shodných hodnot – 1,4 %. Výrazné rozdíly jsou v počtu pracovníků v sociálních službách (pobytové) – tato kategorie je zastoupena v obou formách péče – v pobytové formě asi 48,6 % pracovníků, zatímco v terénních tuto pracovní kategorii označilo (poněkud paradoxně) 5,6 %. Původ překvapivého zařazení pracovníků terénních sociálních služeb do této kategorie lze dle postřehů autorky práce vysvětlit nedostatečnou orientací pracovníků v rozdílu mezi pobytovou službou a terénními službami poskytovanými v tzv. *domech s pečovatelskou službou*. Proto i v **otázce č. 1** (V jaké formě poskytuje vaše organizace služby), lze očekávat chybně zaznamenané informace. Tato skutečnost do jisté míry potvrzuje nedostatky v přehledu pracovníků o formách péče a službách, jimiž jsou zajišťovány potřeby uživatelů. Tento problém zmiňuje i Průša ve svých studiích hovoří o urychleném doplňování vzdělávání pracovníků sociálních služeb dle

zákona 108/2006 Sb. Ve snaze dostat jeho požadavkům poskytovatelé kladli zejména v počátcích důraz na formální doplnění požadovaného vzdělání, na plné pochopení souvislostí nebyl zaměstnancům dán (při jejich pracovním vytížení) čas a prostor.

Otázka č. 6 přináší rovněž informace o ostatních profesích, které se neobjevily v dotazníkem nabídnutém výčtu. Nejčastěji šlo o kombinaci úvazku zdravotních činností a přímé péče, vedoucí služeb, koordinátory péče a jejich zástupce (jejich počty se pohybují celkem okolo 10 %).

Zajímavé, nikoli však překvapivé informace přinesla **otázka č. 7**, která zkoumala vztah pracovníka k vlastní práci. Dle uvedených informací je **zdaleka nejvýznamnějším motivem oslovených respondentů ochota pomáhat druhým lidem. Pracovníci svoji profesi vnímají jako výrazně potřebnou a smysluplnou činnost.** Kategorie vyjadřující tyto *pozitivní pocity* jsou zastoupeny 70 % odpovědí (terénní služby 26 %, pobytové 44 %). Nabízené odpovědi zahrnovaly alternativy jako „práce mne baví“, znamená současně „životní naplnění“ i „způsob jak pomáhat“. Odpovědi vyjadřující *neutrální pocity* byly zastoupeny 17,5 %, (terénní služby 3 %, pobytové služby 14,5 % - **dále TS, PS**) a obsahovaly možnosti jako „práce je pro mne především způsob obživy“, „jedna z etap života“, či „přechodná záležitost. *Pocity negativní* reprezentovalo celkem 12,7 % odpovědí (TS 4 %, PS 8,7 %). Zde volené kategorie vypovídaly o „častém prožívání stresů“ (8,7 %), subjektivně pozorovaném pocitu nespokojenosti s „finančními (jinými) pracovními podmínkami“, téměř 3 % pracovníků pociťují svou práci někdy jako břemeno. Ze zmíněných informací je možné vyčíst, že zdaleka nejpočetnější část respondentů považuje svou práci za *činnost, která má hluboký smysl, která jim poskytuje možnost naplnění a zároveň je baví.* Zároveň je ale její výkon spojený u téměř pětiny pracovníků se stresujícím pocitem. Proto asi jedna desetina pracovníků není ochotna jej trvale akceptovat, nedochází k vnitřnímu ztotožnění se smyslem činnosti a hledání jiného uplatnění.

Při bližším dotazu na *alternativu odchodu z pracoviště* (případně pracovního oboru) se převážná část dotazovaných vyjádřila, že *odchod neplánuje* – celkem 64 % (TS 22,6 %, PS 41,4 %), změnu však v budoucnu nevyklučuje až 27 % pracovníků (TS 7,5 %, PS 19,6 %) - **viz otázka č. 8.** Pro přibližně 9 % pracovníků je otázka odchodu z práce

problém aktuálního významu. Jak ale zjišťujeme v následující otázce, kvalita změny nesouvisí s formou poskytované služby, neboť až 67 % osob nakloněných změně hodlá opustit zaměstnavatele, nikoli obor pracovní činnosti. Tato informace je ale poznamenána nízkým počtem respondentů s úmyslem odejít z práce. Nízkou ochotu odejít ze zaměstnání podporují dopady ekonomické krize, volných míst je v současnosti nedostatek, naopak pro setrvání hovoří relativní jistota zaměstnání, tedy i výdělku (byť ne příliš vysokého).

Pokud se zajímáme o názory na hlavní těžiště náročnosti vykonávané práce, pak asi 77,5 % dotazovaných si myslí, že jejich práce je náročná po fyzické i psychické stránce (TS 18,6 %, PS 58,9 %), 22,5 % respondentů (TS 14,5 %, PS 8 %) vnímá svoji práci jako obtížnou především psychicky. Zde je ale potřeba si uvědomit, že do výzkumu byla zahrnuta i profese sociálních pracovníků, příp. vedoucích služeb, kde není vysoká fyzická zátěž, což výsledek výzkumu ovlivňuje. Zajímavým zjištěním je okolnost, že žádný pracovník neoznačil možnost zátěže *pouze* fyzické – práce tedy klade nároky v každé profesi a formě i na psychiku.

Deklarovaná fyzická náročnost, registrovaná u tak významného procenta respondentů jen znovu připomíná převahu žen ve zmíněné profesi. Ty provádějí denně manipulaci s imobilními klienty, což v konečném důsledku nemůže vést k ničemu jinému, nežli k chronickému přetěžování, bolestem páteře a kloubů. (Zmíněná praxe se týká i žen ve zdravotnických profesích, zde je ale zaměstnán výrazně vyšší počet mužů, kteří by měli významnou část manipulace s imobilními osobami zajišťovat. Navíc prostředí zdravotnických zařízení disponují vhodnými pomůckami i prostředím přizpůsobeným k jejich využití.)

Oproti tomu manipulace s imobilními klienty sociálních služeb je vzhledem k bariérám v domácnostech klientů (zejména terénní služby) a nedostatku pracovníků (rozpočty poskytovatelů sociálních služeb jsou trvale tlačeny dolů) často pouze na jediné pracovníci. Dříve se na pomoci v sociální péči podíleli též vojáci náhradní civilní služby, ale od jejího zrušení spočívá veškerá zátěž opět pouze na pracovnících sociálních služeb. Riziko poškození funkce páteře je v takovém případě spíše jistotou, otázkou je pouze čas kdy k němu dojde. Toto řeší systém tzv. rizikových pracovišť

kategorie 1-4, vyhlášených pracovišti spádové hygieny práce na základě návrhu zaměstnavatele), kde riziková pracoviště označuje riziko 3 a 4, ovšem za rizikové může vyhlásit i pracoviště kat. 2 (označení 2R) kam jsou zařazena i některá zařízení zdravotně sociální (domovy pro seniory, sociální péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče...). Dle vyhlášky č. 432/2003 Sb. (77). jsou také sledována rizika psychické a fyzické zátěže, případně biologický činitel (možnost nákazy). Dozor nad pracemi vykonávanými v riziku zajišťuje *smluvní lékař závodní preventivní péče* (provádí prohlídky, analýzu zdravotních rizik, poradenství, aj.)

Další část výzkumu (**otázka č. 11**) se zaměřovala na *vybavení poskytovatelů pracovními pomůckami – automobily, pomůckami usnadňujícími práci i ochrannými prostředky, prostorami k hygieně a odpočinku*. Úroveň vybavenosti jednotlivých organizací byla hodnocena škálou (1- zcela vyhovující, 2 - spíše dobrá, 3 - průměrná, 4- spíše špatná, 5 - zcela nevyhovující). Zde bylo možné sledovat, že *vybavenost organizací vozidly* (významné zejména v případě terénních služeb) se dle hodnocení pohybuje v rozmezí 1- „zcela vyhovující“ až 3 - „průměrná“. Toto hodnocení zcela jistě ovlivňuje forma poskytované služby, neboť vybavenost automobily u pobytočných služeb není prvořadou záležitostí (největší část respondentů z pobytočných služeb ji vnímá bez problémů). Hodnocení naznačuje, že situace ve vybavení vozidly se v porovnání se začátky terénních sociálních služeb, které je možné s trochou nadsázky nazvat „obdobím jízdních kol“, v posledních letech zcela jistě zlepšila. To je pozitivní vzhledem k potřebě rozšíření působnosti terénních služeb tam, kde jsou nejvíce potřeba - tedy do menších sídel. Důvodem je jednoznačně i ekonomické hledisko, neboť péče poskytovaná v domácnostech klientů je významně levnější (29). Obdobná je situace ve *vybavenosti pomůckami k usnadnění manipulace s imobilními uživateli služby* (invalidní vozíky, zvedáky, chodítka, sedáky do vany aj.). I zde je hodnocení pracovníků přibližně podobné – většina respondentů se vyjádřila v hodnotách 1-3, přičemž rozdíly ve vnímání dokládají problematičtější možnost využití těchto pomůcek pracovníky sociálních služeb terénních oproti pobytočným. (Největší část pracovníků TS ohodnotila vybavenost pouze jako „průměrnou“.) Pokud se zaměříme na hodnocení *vybavenosti ochrannými pomůckami*, pak je možno ji shrnout jako uspokojivou.

Pracovníci obou forem služeb vyhodnotili z 80 - 90 % možnost užití ochranných pomůcek při práci stupni 1 (PS) a 2 (TS), což je pozitivní. Podstatně hůře dopadlo hodnocení *prostorů k odpočinku a k hygieně*, ve kterém u obou druhů služeb figurují i hodnoty 4 a 5 – tedy spíše špatné až nevyhovující. Nejhorší je situace u zaměstnanců pobytových služeb, kteří prostory k odpočinku hodnotili až ve 24 % jako „spíše špatné“ až „nevyhovující“ – což je významně horší hodnocení v porovnání s pracovníky služeb terénních (zde kategorie 4 a 5 zvolilo pouze necelých 10 %).

Další část výzkumu se zabývá *kvalitou komunikace* v úrovních *zaměstnanec – zaměstnanec*, *vedení – zaměstnanec*, *zaměstnanec – klient*. Její úroveň je výrazně ovlivněna formou poskytované služby. Mezi zaměstnanci (zaměstnanec- zaměstnanec, zaměstnanec- klient) se kvalitativně pohybuje nejčastěji v hodnotách blízkých průměru, zatímco komunikace mezi klientem a zaměstnancem je shodně v obou formách služby pracovníky hodnocena jako „spíše dobrá“, což je pro kvalitu péče příznivé zjištění. Pracovníci služeb se patrně mohou v kontaktu s klientem opřít o profesionální znalosti a role, dokážou rozpoznat příslušné etické hranice (U terénních služeb například kategorie 4 a 5 ne zvolil ani jediný pracovník.).

Pokud porovnááme hodnocení komunikace mezi vedením a pracovníky obou sledovaných forem služby, pak zejména zaměstnanci pobytových služeb se významnou částí vyjadřovali až v hodnotách negativních, tedy – „spíše špatná“ až „zcela nevyhovující“ (asi 20 %), zároveň však je nejčastěji hodnocenou kategorií 1 – „zcela vyhovující“. Z toho lze usoudit, že vztahy mezi vedením a zaměstnanci pobytových služeb se poskytovatel od poskytovatele značně liší. Toto hodnocení vyniká zejména v porovnání se službami terénními, kde jsou nejčastějšími hodnoceními 2 – 3, tedy „spíše dobrá“ (nejvíce - až 39 %) až „průměrná“. To lze odůvodnit charakterem práce, ale též velikostí kolektivu zaměstnanců. Kvalita komunikace v menších kolektivech terénních služeb, souhra mezi pracovníky je základem jejich efektivního fungování. Situace v komunikaci s vedením i mezi zaměstnanci pobytových služeb vychází ze základních odlišností. Velikost kolektivu často neumožňuje individuální práci s potřebami a názory pracovníků, navíc nepřetržitý provoz determinuje i množství kontaktů mezi zaměstnanci, chybí příležitost k rozhovorům a kontaktům jiného

charakteru nežli pracovně organizačního, což jak zmiňuje Haškovcová, komunikaci neprospívá (68).

Otázka č. 13 má dvě části. První zkoumá přístup pracovníků k *možnosti odborné rady v případě problému*. V tomto ohledu naznačují zvolené možnosti, že pracovníci obou forem sociálních služeb shodně vidí přístupu k odborné radě jako velmi dobrý. V obou skupinách dotazovaní volili nejčastěji možnost 1- „zcela vyhovující“ (TS 45 %, PS 40 %). Pracovníci obou forem sociálních služeb dle vlastního vyjádření mají dobrou možnost se v případě problémů po odborné stránce poradit, což je opět dobré pro kvalitu poskytované péče.

Pokud sledujeme *přístup pracovníků k možnosti supervize*, pak . je možné zaznamenat pouze minimální rozdíly hodnocení obou formách poskytované péče. Zatímco u terénních služeb je nejčastější odpověď možnost 2 – „spíše dobrá“ a 3 – „průměrná“ (13 % a 9 %), pracovníci pobytových služeb vidí svůj přístup k supervizi ve stejných hodnotách, pouze v opačném pořadí. (volba 3 - 19 %, 2 – 16 %). Supervize není i vzhledem k finanční a časové náročnosti stále běžná v řešení problémů pracovníků sociálních služeb. To můžeme ovšem interpretovat i tak, že organizace sice supervizi nevyužívá, ale pracovníci, kteří se jí poněkud obávají, jsou s tím vlastně spokojeni.

Otázka č. 14 přináší zjištění z oblasti manažerské a vztahové, odhaluje úroveň motivace v organizaci z pohledu zaměstnanců a zároveň rozlišuje její dvě možné základní složky – tedy *motivaci slovní a finanční*.

Pracovníci služeb terénních vidí práci s motivací na svém pracovišti optimističtěji – nejčastěji je zvolená odpověď možnost 1 – „zcela vyhovující“ (celkem 15 %). To ostatně koresponduje se zjištěními z otázky č. 12 – komunikace. Podle nich je komunikace v terénních službách právě tak jako zde úroveň slovní motivace na uspokojivé úrovni. To je možno přičítat těsnějším vztahům zaměstnanců v menších kolektivech, tedy i možnosti ocenit kvalitní práci a snahu zaměstnanců. Jiné výsledky přináší hodnocení pracovníky služeb pobytových. Ti zvolili nejčastěji zcela shodně alternativy 1 a 3 (po 16,5 %) – „zcela vyhovující“ a „průměrná“. Zároveň je potřeba připomenout, že asi 30 % zaměstnanců pobytových služeb se vyjádřilo negativně – tedy

v kategoriích „spíše špatné“ či „zcela nevyhovující“. Tento trend je značně negativní a zaslouží pozornosti, zvláště za současné ekonomické situace. Jestliže v současné době tak citelně chybí v systému sociálních služeb finanční prostředky, pak by bylo jistě vhodné a přiměřené za těchto okolností motivovat pracovníky alespoň slovním oceněním a pochvalou, která je, jak zmiňuje Krutilová, významnou možností motivace (72).

Pokud bychom chtěli vyhodnotit *názory na finanční ohodnocení práce v sociálních službách*, pak názory pracovníků služeb terénních jsou opět optimističtější, než zaměstnanců služeb pobytových. Nejvíce respondentů označilo možnost 2 – „spíše dobrá“ (14,2 %), zatímco ve službách pobytových byla nejčastější odpověď 3 – „průměrná“ (22 %). Znamená to tedy, že pracovníci terénních služeb jsou celkově spokojenější se mzdovými podmínkami než zaměstnanci sociálních služeb pobytových. Reflexe otázky vztahů a jejich odrazu v profesionálním výkonu - konkrétně jde o *poskytování zpětné vazby na jednání pracovníka*- se objevuje v **otázce č. 15**. V tomto případě je opět markantní rozdíl mezi názory respondentů z pobytových a terénních zařízení, což částečně přispívá k teorii o menších pracovních kolektivech, jako možnosti k bližším mezilidským, ale i pracovním vztahům. Pracovníci terénních služeb zvolili nejčastěji odpověď 2 – „spíše dobrá“, ovšem prakticky stejný počet osob soudí, že kvalita poskytované zpětné vazby v jejich organizaci je – „zcela přijatelná“. Celkem můžeme hovořit až o 64 % zaměstnanců terénních služeb, kteří jsou spokojeni s poskytováním zpětné vazby na jejich pracovišti. V pobytové formě péče o seniory je nejčastější odpovědí 3 – „průměrná“, méně je odpovědí 2 – „spíše dobrá“ (kat. 2 + 3, celkem 74 % zaměstnanců pobytových služeb). Celkově tedy problematika zpětné vazby není oblastí, která by pracovníky znepokojovala. Za zmínku stojí, že poměrně vysoké procento všech tázaných (12 %) na otázku neodpovědělo vůbec, což si lze také vysvětlit jako náznak nejistoty ohledně významu pojmu „*zpětná vazba*“ (ačkoli byl v otázce stručně nastíněn).

Otázka č. 16 se věnuje *schopnosti spolupráce mezi zaměstnanci*. V obou formách péče se pracovníci vyslovili shodně pozitivně, 2 – „spíše dobrá“ a to ve značném počtu 60 % všech dotázaných. Je tedy zřejmé, že pracovníci si umí navzájem pomoci a jsou schopni

kvalitní spolupráce, což vyplývá i z charakteru jejich povolání – spolupracovat s jiným člověkem na dosažení vytčeného cíle. Toto zjištění je velmi pozitivní a znovu obecně svědčí o prosociálním vnímání a charakteru zaměstnanců sociálních služeb.

Následující **otázka č. 17** reaguje na povinnost (u někoho ovšem i potřebu) *vzdělávat se a profesně růst*. Tento aspekt je shodně v obou formách služeb pracovníky nejčastěji vnímán jako „zcela bezproblémový“ - až 51 % všech pracovníků jej vnímá takto pozitivně. Jak ale naznačují názory zaznamenané v otevřené **otázce č. 23**, i zde jsou prostory ke zlepšení. Pracovníci uváděli vlastními slovy (zato ve více případech), že jim na vzdělávání vadí neustálé opakování stejných témat, případně vzdělávání na úkor jejich volného času. Přesto posun od poloamatérských začátků směrem ke zvyšující se profesionalitě zaměstnanců všech forem sociálních služeb je naprosto neoddiskutovatelný. To lze vnímat jako určitý závazek společnosti, (jak naznačují následující **otázky č. 18 a 19**), rozkrývající finanční ohodnocení v sociálních službách, i subjektivní názor pracovníka na výši jeho mzdy.

Hodnocení pracovníků obou forem služeb se významně neliší, přesto je parný posun zejména u respondentů z pobytových služeb směrem k negativním hodnotám. Pro dokreslení až 68 % pracovníků vidí své finanční ohodnocení v rozmezí hodnot 3 -5, tedy „průměrná“ až „zcela nevyhovující“. Pokud ji porovnáme s údaji z následující otázky, pak naprostá většina pracovníků je ohodnocena v rozmezí měsíční čisté mzdy 10 -12 tisíc Kč, (51 %), případně se jejich čistá mzda pohybuje v rozmezí 12 – 15 tisíc Kč (32,9 %). Na základě těchto údajů můžeme tvrdit, že 84 % zkoumaného vzorku pracovníků pobytových služeb je ohodnoceno ve finančním rozmezí 10 – 15 tisíc Kč, přičemž ***polovina jich považuje svoji mzdu za průměrnou až nevyhovující***.

Pracovníci služeb terénních vnímají svoje finanční ohodnocení nejčastěji jako 2 – „spíše dobré“ (38 %), případně 3 – „průměrné“ (29 %). Pokud se zabýváme konkrétními čísly, pak zdaleka nejvyšší počet osob vyznačil svůj měsíční čistý výdělek v rozmezí 10 – 12 tisíc Kč (43 %), shodný počet respondentů vybral rozmezí 7 -10 tisíc a 12 – 15 tisíc Kč (24 %). Je tedy zřejmé, že *ačkoli mzda v terénních sociálních službách je nižší, než ve službách pobytových, přesto je vnímána pozitivněji*. Důvod takto vyhraněných názorů je možné vidět v následujícím hodnocení pracovního vytížení, zachyceném v **otázce č. 20**.

Zde naznačené názory respondentů služeb terénních hovoří nejčastěji o pracovním vyčerpání jako o „příjemném“, případně „značně vysokém“ (tj. 20 % a 10 % celkového počtu respondentů).

Pracovníci služeb pobytových se vyjádřili kvalitativně odlišně – nejvíce bylo odpovědí označujících pracovní vyčerpání jako „značně vysoké“ (25 %), přibližně stejných hodnot dosáhly možnosti označující pracovní vyčerpání jako „příjemné“, ale také jako „vyčerpávající“ (20,8 % a 18,5 % z celkového počtu respondentů). Vyjádření ve smyslu – „někdy mám i časové rezervy“ tvoří v obou formách jen pouze asi 2 %.

Pracovníci obou forem péče se shodně vyjádřili i o *působení ekonomické krize* – nejčastěji se vyjadřovali tak, že „situace je zhruba stejná“ (TS - 17,6 %, PS – 26,9 %). Zhoršení pracovních podmínek z ekonomických důvodů zaznamenalo v obou formách služeb 25 % respondentů (TS – 11 %, PS – 14 %). Pokud se zamýšlíme nad změnou pracovních podmínek z důvodů *zavádění standardů kvality péče, zaznamenáváme u 48,8 % pracovníků názor, že mají pozitivní vliv*. Naopak 14,2 % pracovníků sdílí názor, že zavádění standardů má vliv spíše negativní. Dle argumentů vyjádřených v otevřené **otázce č. 23** lze spatřovat důvod v nárůstu administrativy na úkor individuální práce s klientem, nárocích na znalosti a vzdělávání, vyšší důraz na kontrolu mnoha dříve nepodstatných skutečností. Stejně poznatky ve své práci uvádí i Musil (32). Volné vyjádření názorů na největší problém a naopak největší přednost své práce umožňovaly **otázky 23 a 24**. Pro statistické zpracování byly odpovědi shrnuty do tematických okruhů, z nichž pestřejší bylo vyjádření problémů. Problematické stránky spátrují v mnoha vzájemně propojených problematických okruzích, které lze jen obtížně zařadit jen do jediné kategorie.

V terénních službách největší problém patrně představují *vztahy – konflikty a komunikace obecně*.

1) **Mezi pracovníky** (špatná spolupráce, lpění na „zaběhlých“ pořádcích, vyhýbání se práci, rozpor mezi „mělo by se/dělá se“, nezájem o klienta), 2) **pracovníky a klienty** (nespolupráce či „nadřazenost“ ze strany klienta/jeho rodiny, postesknutí nad tím že „nemohu pomoci všem“), 3) **pracovníky a vedením** (zde je deklarovaná malá podpora a motivace ze strany vedení, nezájem o práci, slídění a kontrola, „chameleonská

politika“). Dalším problémovým okruhem je špatná organizace práce – nevhodně rozvržená práce, informace, které nepřišly dostatečně včas – toto je speciálně v terénních službách velkým problémem vzhledem k výrazné rozmanitosti práce, která reaguje každý den na nové a nové požadavky, často během jediného dne nastává několik změn, které zcela změni „rozvrh práce“ celé organizace i z důvodu, že kolektivy pečovatelské služby nebývají příliš početné. Pracovníci vykonávají činnost v domácím prostředí klienta, vstupují do jeho života a často se v jistém smyslu stávají jedinou osobou, která může pomoci, jsou spojujícím článkem klienta s vnějším světem. I proto je kladen velký důraz na morální kvality pracovníků, okruh problémů, s nimiž se dostávají do styku je mimořádně široký. Odtud pramení etické otázky, pracovník nemůže adekvátně pomoci všem, což mu může připadat nespravedlivé, pokud k němu klient nebo jeho blízcí přistupují nikoli jako k osobě pomáhající, ale služebně. Takovýto vztah jakoby někdy přicházel i z nadřazených míst. Pracovníci citlivě vnímají problém chybějících dotací, které de facto neumožňují organizaci zajistit pracovníkům příznivé pracovní podmínky, ani adekvátní finanční ohodnocení.

Víceméně podobné problémy se objevují v službách pobytových. *Nejvíce respondentů hovoří o velké námaze, významné zátěži fyzické i psychické.* K zajištění péče je k dispozici (patrně z ekonomických důvodů) malý počet personálu, vysilující jsou přesčasy a časté služby o víkendu. Jsou školení ve volném čase (často na opakující se témata), práce za jiné (v dotaznících míněny zdravotní sestry).

Nelze se pak divit, že pracovníci vnímají svoji práci jako výrazně nedocenenou, za svou námahu se necítí být dostatečně ohodnoceni, navíc se nároky zvyšují. Ve vyjádřeních se opakují výroky jako „*beznaděj na zlepšení*“ „*zneuznaná a nedocenená práce*“ a to ve vztahu ke klientům, jejich rodinám, vedení organizace, ale i k celé společnosti. Alarmující je, že prakticky totožný popis pocitů uvádí ve své práci Jankovský, v kapitolách věnovaných syndromu vyhoření (51). Z etických otázek se pracovníci rozhovořili o pochybnostech, zda pobyt v jejich zařízení je pro všechny klienty opravdu pomocí, poukazují na nárůst počtu dementních klientů a klientů v těžkém stavu, obtížnou práci s nimi, nejistotu ohledně vlastní role v neshodách klientů. Do etiky práce

zasahuje i zmiňovaná finanční šikana (pokud nepřijme víkendové služby, účast na školeních), vystupňovaná kontrola až slídění.

Finanční otázka byla ve zmiňovaných problémech velice často zastoupena, za svoji námahu se pracovníci necítí být adekvátně ohodnoceni. V otázce vztahů se objevuje problém v nedostatku vstřícnosti, v nedůvěře vedení, nesoudržnosti kolektivu, v komunikaci obecně.

Názory týkající se největších předností práce se dají shrnout poměrně jednodušeji. U pobytových služeb má dle sdělených názorů největší význam spolupráce a podpora kolektivu, jako druhé se umístily sociální jistoty. Shodně u obou forem péče respondenti hovořili často o dobrém pocitu ze skutečnosti, že mohou pomáhat, jejich práce má hluboký smysl. Další kategorií, která pozitivně ovlivňuje pracovní podmínky pobytových služeb vlastní uspokojení (práce člověka baví, může se poučit setkáváním se zajímavými osobnostmi. Poněkud paradoxní byly názory, že největší předností je, že práce je vykonávána v teple) Nejmenší okruh tvoří přednosti vzniklé dobrou organizací práce, zlepšováním pracovních podmínek, lepších pomůcek, pracovního vybavení.

Terénní služby jdou podle souhrnu sdělených názorů zaměřením práce daleko kreativnější. Mimo již zmiňovaného dobrého pocitu z pomoci jiným je významným počtem zastoupena kategorie, která hovoří o práci jako přínosu pro jejího nositele. Neustálá změna pracovníky baví, stejně tak kontakt s různými lidmi, rozmanitost a uspokojení z umění vyjít s lidmi různých problémů, povah a prostředí. Oceňovali jistou volnost, která je pro terénní práci typická, nezávislost a různorodost. Jako třetí nejčastější pracovníci volili dobré organizační podmínky, dobré vztahy. Oproti pobytovým službám byla pouze okrajově zastoupena jako přednost *finanční jistota a zázemí*, což je logické vzhledem k deklarované výši platu pracovníků v terénních sociálních službách (nejčastěji 10-12 tisíc Kč).

Z uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že podmínky v pobytových a terénních službách se přes určité odlišnosti v zásadě příliš neliší. Proto se domnívám, že **hypotéza č. 1- Zaměstnanci pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory hodnotí své pracovní podmínky pozitivněji, než zaměstnanci terénních sociálních služeb pro seniory, se nepotvrdila**. Naopak některá sdělení pracovníků služeb pobytových naznačují, že

subjektivní hodnocení kvality komunikace, zátěže fyzické i psychické, ocenění práce jak klienty i celou společností (finanční i morální) se oproti názorům tlumočeným zaměstnanci služeb terénních (byť statisticky nepříliš významně) posouvá k pocitům negativnějším. Naopak **hypotézu č. 2** - *Zavádění standardů kvality péče o klienty má dle hodnocení zaměstnanců sociálních služeb pro seniory pozitivní vliv na jejich pracovní podmínky*, lze na základě vyjádření pracovníků **pokládat za potvrzenou**, téměř polovina všech dotázaných považuje zavádění standardů z hlediska vlivu na pracovní podmínky za přínosné (opačný názor vyjádřilo jen 14 % osob). Rovněž **hypotézu č. 3** - *Zvyšování kvalifikace a profesionální rozvoj vnímají zaměstnanci sociálních služeb pro seniory jako faktor pozitivně ovlivňující jejich pracovní podmínky*, je na základě výsledků možno **uznat jako platnou**. Pracovníci se nebrání vyšším nárokům a rozvoji profesionality požadovanou standardy kvality, rovněž přístup ke vzdělání je shodně v obou typech poskytování služeb vysoko hodnocen. Pracovníci vnímají vzdělávání jako krok správným směrem - **hypotéza se tedy potvrdila**.

6. Závěr

Poskytování sociálních služeb je v současné době nejvíce vedeno k jeho kvalitě a dodržování lidských práv. Tyto hodnoty není nikterak jednoduché zapracovat do každodenní praxe poskytování služeb sociální péče, na pracovníky jsou v tomto směru kladeny stále vyšší nároky. Trend projevující se důrazem na profesionalizaci, uvědomění si hodnot, cílů, znalostí komunikace a práv klienta i standardů kvality péče v daném konkrétním zařízení je prvořadým úkolem.

Tato práce se snaží rozkrýt druhou stranu poskytování péče – nikoli nároky na zaměstnance, ale spíše opačný pól – kvalitu pracovních podmínek zaměstnanců v sociálních službách. Jaké pracovní podmínky ovlivňují podávaný výkon i úroveň nasazení jednotlivců i kolektivu. Jejím cílem je pomoci objevit, uvědomit si význam nejdůležitějších aspektů motivačního i demotivujícího charakteru, které na výkonu pracovníka participují. Výzkum práce se zaměřil na porovnání pracovních podmínek zaměstnanců sociálních služeb pro seniory poskytovaných formou pobytovou či terénní. Zkoumány byly názory pracovníků na jejich vztah k profesi, úroveň vybavenosti organizace služebními vozidly, ochrannými pomůckami i potřebami k ulehčení manipulace s imobilními klienty, prostorami k hygieně a odpočinku, ale také úroveň komunikace na úrovni horizontální i vertikální. Zvláštní pozornost byla věnována ocenění pracovníků (morálnímu i finančnímu), práci s motivací na pracovišti. Dotazník rovněž zkoumal názory pracovníků na vliv vzdělávání a zavádění standardů kvality do péče. Zajímavé výsledky přinesly otevřené otázky na subjektivně vnímaný největší problém a naopak největší pozitivum na pracovišti.

Výsledky výzkumu pomohly **vyvrátit platnost hypotézy č. 1 „Zaměstnanci pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory hodnotí své pracovní podmínky pozitivněji, než zaměstnanci terénních sociálních služeb pro seniory“**. Získané výsledky naznačily, že rozdíly nejsou příliš statisticky významné, naopak při podrobnějším rozboru vyplynulo, že názory na pracovní podmínky zaměstnanců v zařízení pobytových služeb jsou dle hodnocení zaměstnanců vnímány spíše negativněji. To vyplývá z náročnosti poskytované péče - těžký zdravotní stav klientů,

dlouhé směny, práce v nepřetržitém provozu, veliká námaha fyzická i psychická, kterou pracovníci vnímají jako nedostatečně zaplacenou. Alarmující je, že zaměstnanci si tento přístup uvědomují nejen z prezíravých postojů společnosti k vlastní práci, ale i z postojů vyšších míst. Necítí zde oporu dostatečně důrazného manažera, který by hájil jejich práva a nároky. Tento postoj ostatně shodně prolíná i informacemi z řad pracovníků služeb terénních.

Zcela jiná je situace kterou, sleduje **hypotéza č. 2 „Zavádění standardů kvality péče o klienty má dle hodnocení zaměstnanců sociálních služeb pro seniory pozitivní vliv na jejich pracovní podmínky.“** Ze získaných výsledků výzkumu vyplývá, že pracovníci opravdu vnímají pozitivně vliv zavádění standardů kvality péče, které díky změnám, vynucených zákonem obohatil jejich pracovní život o některá přínosná opatření, ale také o moment zamyšlení nad možnostmi zlepšení – jak péče, tak i profesionálního přístupu. Pracovníci sociálních služeb shodně v obou formách převážně vítají změny jako nástroj pokroku a zvýšení kvality.

To dokumentuje i oblast **zachycená hypotézou č. 3 „Zvyšování kvalifikace a profesionální rozvoj vnímají zaměstnanci sociálních služeb pro seniory jako faktor pozitivně ovlivňující jejich pracovní podmínky.“** I zde vyjádřené názory oceňují dostatečný přístup k možnosti vzdělání a rozvoje, případně odborné supervize. Názory na problematiku vzdělávání (případně odborného vedení ze strany zkušených pracovníků) svědčí převážně o ochotě a vstřícnosti pracovníků ke změnám, které i přes časovou náročnost či nutnost vzdělávat se částečně i ve volném čase, uznávají jako progresivní a přínosné. **Obě výše zmíněné hypotézy (č. 2 a 3) lze tedy pokládat za potvrzené.**

Z výsledků je zřejmé, že sféru pracovních podmínek osob zaměstnaných v sociálních službách pro seniory lze rozhodně označit za hodnou pozornosti. Společnost zatím stále vnímá pomáhající profese spíše jako profese „posluhující“ – tedy vykonávající podřadné práce za nízkou mzdu.

Vysoké profesionální a morální nároky, nároky na komunikativnost i tělesnou zdatnost zmíněných profesí nejsou opravdu v naší společnosti v praxi zpravidla adekvátně ohodnoceny – morálně, ani finančně. Tento trend rozhodně není v pořádku a přístup

legislativy i společnosti k práci v sociálních službách vytváří prostor ke zlepšení. Výzkum identifikoval několik oblastí, které by rozhodně umožnily (i s nikterak významným rozpočtem) zvýšit alespoň morální zadostiučinění pracovníků sociálních služeb a jejich motivaci pracovat minimálně stejně kvalitně jako doposud. Jedná se zejména o manažerský přístup, ale i oblast komunikace a finančního ohodnocení. v budoucnu ale nelze přecházet ani oprávněné nároky zaměstnanců na vyšší odměnu za práci. V opačném případě by pečující jen stěží dosáhli na úroveň umožňující alespoň trochu důstojné stáří.

Na základě výše zmíněných informací se domnívám, že cíl práce - zjistit, jak hodnotí pracovníci sociálních služeb pro seniory své pracovní podmínky a zmapovat, jaké jsou možnosti práce s aspekty negativně ovlivňujícími pracovní podmínky v sociálních službách pro seniory (a nejen zde) byl splněn. Výsledky by mohly posloužit jako vodítko rozvoje a prosazování lepší manažerské práce pro vedoucí pracovníky v oblasti sociálních služeb i pro potřeby asociací a profesních organizací zastupujících zájmy poskytovatelů sociálních služeb na legislativní úrovni.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BENEŠOVÁ, E. Fyzioterapie v pobytových zařízeních pro seniory. *Sociální péče*, 2008, č. 2, s. 20-22. ISSN 1213-2330.
- 2) POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 3) KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 4) BLÁHA, J.- ŠEMBEROVÁ, J. *Vzdělávání v pozdějším věku : sborník z konference dne 21.1.2002*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta. 2003. 89 s. ISBN 80-70-40-623-2.
- 5) STEINOVÁ, D. Trénování paměti. *Rezidenční péče*, 2010, č. 11, s. 26, ISSN 1801-8718.
- 6) KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
- 7) *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění*.
- 8) KLEVETOVÁ, D. Nebezpečí imobility. *Sociální péče*, 2009, č. 6, s. 28-29. ISSN 1213-2330
- 9) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. přeprac., Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 987-80-87109-19-9.
- 10) KURKA, K. Deprese, úzkosti, demence. *Rezidenční péče*, 2007, č.4, s. ISSN 1801-8718.
- 11) *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele*. [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf.
- 12) ČÁSLAVA, P. Evropské proměny sociálních služeb; modernizace a hledání dobrého řízení. *Sociální služby*, 2009, č. 5, roč.11. s 5-6. ISSN 1803-7348.
- 13) Proč vládne v sociálních službách „blbá“ nálada. *Rezidenční péče*, 2010. roč. 6. s. 20. ISSN 1801-8718.

- 14) *Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.*
- 15) KRUTILOVÁ, D. – ČÁMSKÝ, P. – SEMBDNER, J. *Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných služeb.* 1. Vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 2010. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
- 16) BICKOVÁ, L. *Pečovatelská služba v České republice.* 1.Vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 2010.381s. ISBN 978-80-254-3418-7.
- 17) KLEVETOVÁ, D. –MEJSTRÍKOVÁ, H. Pohybové vzorce. *Sociální služby*, 2009, č. 2, s. 27-28. ISSN 1213-2330.
- 18) ŠIKLOVÁ, J. O bydlení pro seniory,. *Sociální služby*, 2007, č. 3, s. 34. ISSN 1213-2330
- 19) PRŮŠA, L. a kol. *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením:závěrečná zpráva o řešení projektu.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. 1.vydání. Praha: VÚPSV. Dostupné z: http://www.mpsv.cz//files/clanky/9141/Analyza_potreb_socialnich_sluzeb_pro_seniory-a-zdravotne-postizene.pdf.
- 20) *Zpráva o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 -2012.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:http://www.mpsv.clanky/8960/Zprava_NPPS_cerven2010.pdf.
- 21) *Stříbrná ekonomika pro kvalitu života, ekonomického růstu a konkurenceschopnost v Evropě.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.silberekonomyeurope.org>.
- 22) *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (Kvalita života ve stáří.)* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/5045>.
- 23) Na důchody v loňském roce chybělo téměř 30 miliard korun. *Mediafax.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/10325>.
- 24) BIJUSEN, H. *Demence..* 1.vyd. Praha:Portál, 2006, 132 s .ISBN 80-7367-081-X.
- 25) *Důchodová reforma.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:http://www.mpsv.cz/files/clanky/1047/22022011_pdf.
- 26) GLOSSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory.* 1.vyd. Brno: ERA, 2006, 179 s. ISBN 80-7366-057-1.

- 27) SCHLESINGER, P. Úloha měst a obcí v sociálních službách. *Sociální služby*, 2011, roč. 13., č. 1. s.30-31. ISSN 1803-7348.
- 28) *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.knihm.cz/handy/texty/zss.rtf>.
- 29) BOHATÁ, I. Terénní a ambulantní služby: Alternativa pobytových zařízení. *Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 5, s. 28-29. ISSN 1803-7348.
- 30) WAGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 871 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 31) *Demografické prognózy: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:http://www.demografie.info/?cz_prognozyprojekcecr=&pHPSESSID=4df4065c47027a9878e4fa0278538fa2.
- 32) MUSIL, L. – HUBÍKOVÁ, O. – KUBALČÍKOVÁ, K. et. al. *Působení politiky sociálních služeb na kulturu poskytování osobních sociálních služeb ve vybrané organizaci, závěrečná zpráva z výzkumu*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2007. 68 s. ISBN 978-80-87007-56-3.
- 33) MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha:Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 34) *MPSV: Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobapeceCR.pdf>
- 35) *Cíl 5: zdravé stárnutí* [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z http://www.khsova.cz/03_dokumenty/files/zdravi_21_cil_05.pdf
- 36) *MPSV: Důchodová reforma: Proč je nutné provést důchodovou reformu.* [online]. 18.3.2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/10450>.
- 37) *Zákon 155/95 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.* [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z : <http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sezn?DR=SB&SORT=P&ROK=2006>.
- 38) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce, 2.,* přepracované vyd. Praha:Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

- 39) KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – ZAVÁZALOVÁ, H. et. al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 40) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči pro seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2150-5.
- 41) *Sociální služby: Srovnání České republiky a EU*. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z:<http://www.vcvsr.cz/asc.gif/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani.pdf>.
- 42) MICHALÍK, J. *NRZP: Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 3. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2009. 64 s. ISBN 978-80-87181-01-0.
- 43) KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
- 44) MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. 1. Vyd. Praha: VÚPSV, 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.
- 45) UŠIAKOVÁ, D. *Informovanost seniorské populace o nabídce sociálních služeb na Horažďovicku*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 86 s.
- 46) BÚTORYOVÁ, Z. – FILADELFIOVÁ, J. – FARKAŠOVÁ, K., et. al. Muži, ženy a rovnost příležitostí: In: *Slovensko 2002*. 1.vyd.Bratislava: IVO, 2003, 37 s. ISBN 978-80-7416-026-4.
- 47) ÚZ: *Úplné znění, sociální zabezpečení 2009*. 1.vyd. Ostrava:Sagit, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7208-717-4.
- 48) MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- 49) HAWKINS, P. – SHOET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- 50) ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 1.vyd. Písek:Renesance, 1996.151 s.
- 51) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 52) *The European Social Charter. Turin, 18.10. 1961* [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z:<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=9771>.
- 53) SCHELLE, K. *Gesundheitwesen in internationalen Dokumenten Sammlung der bedeutendsten für die Tsechische Republik verbindlichen Dokumente. 1961* [online].

- 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=zWPblakG_sUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Gesundheitwesen+in+internationalen+Dokumenten+Sammlung+der+bedeutendsten+furr+die+Tsechische+Republik+verbindlichen+Dokumente+autor:schelle,+autor:k&ots=RBgmy1bbOr&sig=yldT0Zix_R6G8IIZAnZblZWCj7c#v=onepage&q&f=false.
- 54) HŮRKA, P. - JAKUBKA, J. – STRÁSKÝ, J. *Metodický poradce nové úpravy pracovního práva*. Praha : Forum, 2009. 240 s. ISBN 1802-3878.
- 55) HEBÁK, V. a kol. *Vícerozměrné statistické metody III*. 1.vyd. Praha : Informatorium, 2007. 256 s. ISBN: 978-80-7333-039-2.
- 56) ÚZ: Úplné znění ; Zákoník práce podle stavu k 1.1: 2009. 1.vyd. Ostrava : Sagit, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7208-714-3.
- 57) *Zákon č. 258/2000 Sb., o veřejném zdraví*. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://www.chmi.cz/files/portal/docs/partneri/katastrofy/z258-00.html>.
- 58) HUBÍKOVÁ, O.- MUSIL, L. –HAVLÍKOVÁ, J.- KUBALČÍKOVÁ, K. *Působení politiky sociálních služeb na kulturu poskytování osobních sociálních služeb ve vybrané organizaci, závěrečná zpráva z výzkumu*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2007. 68 s. ISBN 978-80-87007-56-3.
- 59) PAULÍK, K. *Ženy a muži v sociální práci*. Vyd.1. Filozofická fakulta University Ostrava. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/paulik.pdf>.
- 60) BAKAL, D. - COLL, P. - SCHAFFER, J. *Somatic awareness in the clinical care. Patients with body distress symptoms*. Published 2/2008. */BioPsychoSocilaMedicine2008,2:6*, doi 10.1186/1751/-0759/-2-6. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/kontent/u114775250254117/>.
- 61) *Otázky a odpovědi, MPSV*. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8109/Povinne-dalši-vzdelavani.pdf>.
- 62) MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služebv národním hospodářství*. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz-244.pdf>. ISBN 978-80-87007-72-3.

- 63) LU, H. *Job satisfaction among nurses: a literature review*. Elsevier : 2005, International Journal of nursing Studies.
- 64) YASEVAGE, J. A. *Degree of dementia and improvement with memory training*. Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health. Vol. 1,2. 1982, p. 77-81. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psyinfo/1983-287-83-001>.
- 65) CAVALLINI, E.- PAGNIN, A. *Aging and every day memory : the beneficial effect of memory training*. Articles of gerontology and geriatrics. 2003. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z : [http://wwwaggjournal.com/article/80167-4943\(03\)00063-3](http://wwwaggjournal.com/article/80167-4943(03)00063-3)abstract.
- 66) FRANCOVÁ, H. – NOVOTNÝ, A. *Sociální politika v základech*. Vyd.1. Praha : Triton. 2008. 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3.
- 67) HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak komunikujeme mezi sebou a se svými nadřízenými*. *Sociální služby*. 3/2011, vyd. Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISSN 1803-7348.
- 68) *Vyhláška č. 537/2006., Sb. ve znění vyhlášky 299/2010 o očkování proti infekčním nemocem*.
- 69) *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe- průvodce poskytovatele*. S. 80-81. Kritérium 11.6. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>.
- 70) KRUTILOVÁ, D. *Profesní rozvoj zaměstnanců*. *Sociální péče* 2/2010. roč. 12, s. 23. vyd. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISSN 1213-2330.
- 71) ROKYTOVÁ, R. *Byla rozdána ocenění Pečovatelka roku 2010*. *Sociální péče* 1/2011. S. 10-11, roč. 13, vyd. Asociace poskytovatelů sociální péče ČR. ISSN 1803-7348.
- 72) *Statistika nemocí z povolání*. [online]. 21.3.2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/nemoci_povolani.2007.
- 73) NĚMEČKOVÁ, M. *Charakteristika věkového složení obyvatelstva České republiky dle Projekce 2009, 2010-2050*, *Časopis : Forum statisticum slovacum*. Vyd. Slovenská statistická demografická spoločnosť.s.86-137. Roč. 5, č. 5/2009. ISSN 1336-7420.
- 74) *Vyhláška č. 148/1988 Sb., ve znění pozdějších předpisů*

8. Klíčová slova:

Stáří a stárnutí

pracovníci sociálních služeb

sociální služby pro seniory

pracovní podmínky

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník k výzkumu v rámci diplomové práce