

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Ústav sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Jana Johnová

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Kvalita života seniorů v zařízeních sociální péče

Bakalářská práce

Autor: Jana Johnová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph. D.

Hradec Králové

2015

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Ústav sociální práce
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Johnová**
Osobní číslo: **U1249**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální a charitativní práce**
Název tématu: **Kvalita života seniorů v zařízeních sociální péče**
Zadávající katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Obsahem práce by mělo být porovnání kvality života seniorů v jednotlivých zařízeních, přístup sociálních pracovníků ke klientům, zda je možné zlepšit kvalitu jejich života a v čem, jakým způsobem je rozvíjen jejich potenciál, jaké programy jsou pro ně vytvářeny, jaké jsou mezilidské vztahy na daných pracovištích, zda jsou uplatňovány principy lidských práv a spravedlnosti.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

L.S.

JUDr. Miroslav Mítlöhner, CSc.
ředitel

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

2015

JUDr. Miroslav Mítlöhner, CSc.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 10.3.2015

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za cenné rady a metodické vedení práce, rovněž tak všem informantům za jejich čas a ochotu ke spolupráci.

Anotace

JOHNOVÁ, Jana. *Kvalita života seniorů v zařízeních sociální péče*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života seniorů v zařízeních sociální péče. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmů kvalita života a senior. V této části jsou definovány také sociální služby pro seniory. Další kapitoly se věnují profesi a roli sociálního pracovníka v pobytových službách pro seniory, jeho kompetencím a možnostem v práci se seniory v pobytových zařízeních. Závěr teoretické části je věnován aktivizačním činnostem a jejich přínosu pro uživatele služby. Na základě poznatků z teoretické části a z odborné literatury, formulují východiska pro praktickou část. Pro výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu výzkumu, při sběru dat jsem použila analýzu dokumentů a polostrukturovaný rozhovor, s předem připravenými tazatelskými otázkami. V analytické části prezentuji výsledky svého výzkumu a dílčí závěry. V závěru se nachází shrnutí celé práce.

Klíčová slova: kvalita života, senior, sociální služby, pobytová zařízení, standardy kvality sociálních služeb, sociální pracovník, aktivizační činnosti.

Annotation

JOHNOVÁ, Jana. Quality of Seniors' Life in Social Care Facilities. Hradec Králové, 2015. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

This thesis deals with quality of life of seniors in social care. The theoretical part is focused on the definition of quality of life and senior. The social services for the elderly are defined in this section. Other chapters are dedicated to the profession and the role of social workers in the residential services for seniors, their competencies and capabilities of the work with seniors in residential facilities. The conclusion of the theoretical part is dedicated to activating activities and their contribution for users of this service. The basis of the following practical part are based on the theoretical part and professional literature. I chose a qualitative research method, I used document analysis and semi-structured interview with pre-interviewer questions for the collection of facts. Their research results and partial conclusions are presented in the analytical part. The summary of the whole work is in the conclusion of this work.

Keywords: quality of life, senior, social services, residential facilities, standards quality of social services, social worker, motivational activities

OBSAH

Úvod.....	10
1. Kvalita života v kontextu seniorské problematiky	12
1.1. Vymezení pojmu kvalita života.....	12
1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života	14
1.3 Stáří a senioři z pohledu dnešní společnosti.....	15
1.3.1 Vymezení pojmu senior.....	15
2. Sociální služby pro seniory	17
2.1. Pobytová zařízení pro seniory	18
2.2. Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem	19
2.3. Senioři v zařízeních sociální péče	21
2.4. Standardy kvality sociálních služeb	23
2.4.3 Smlouva o poskytování sociální služby	24
2.4.4. Individuální plánování v kontextu pobytové služby.....	25
3 Sociální pracovník v pobytových zařízeních sociální péče.....	27
3.1 Profese sociálního pracovníka a jeho kompetence	28
3.2 Sociální práce se seniory	29
4. Aktivizační činnosti.....	32
5 Shrnutí teoretické části práce	33
6 Metodologická část.....	34
6.1 Cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky	34
6.3 Techniky sběru dat	35
6.4 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování	37
6.6 Organizace výzkumu.....	41
6.7 Rizika výzkumu.....	41
7 Analýza a interpretace dat	42
7.1 DVO1: Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace... ..	42
7.1.1 Domov A	42
7.1.2 Domov B	46
7.1.3 Dílčí závěr 1:	48
7.2 DVO2: Co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v zařízení sociální péče?	49
7.3 DVO3: Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům?	55
8 Shrnutí praktické části	60
Závěr a diskuze.....	61

ÚVOD

Člověk ve svém životě prochází různými etapami vývoje, počínaje narozením, přes dětství, pubertu, dospělost, až ke stáří. Každý z nás si musí tímto procesem projít. Ve své práci se zaměřím právě na poslední etapu lidského života, a to na stáří a problémy s ním spojené. Pokud člověk už není schopen se sám o sebe postarat, přichází na řadu různé organizace poskytující služby právě těmto lidem. Někdy pomůže terénní pečovatelská služba, ale někdy je nutné umístění do domova pro seniory, nebo podobného zařízení, kde jsou starým lidem k dispozici různé druhy služeb a činností. Ne každý je ovšem schopen, ze dne na den změnit svůj životní styl a způsob života. Pro mnohé seniory je těžké zvykat si na nový řád, pravidla a nové spolubydlící. Jejich život se rázem zcela změní. Jak to zvládají? Ptá se jich někdo na jejich pocity, na to, co by chtěli? Jakým způsobem je zachována kvalita jejich života? Jsou standardy kvality sociálních služeb daného zařízení dostatečnou zárukou? Je vhodně rozvíjen osobní potenciál každého jednotlivého klienta s ohledem na jeho fyzický i psychický stav?

Cílem mé bakalářské práce je porovnat kvalitu života ve zvolených zařízeních sociální péče. Zjistit, v čem je možné zlepšit kvalitu života, jaký mají pracovníci těchto zařízení přístup ke klientům, jaké činnosti a programy jsou klientům nabízeny a jakým způsobem je rozvíjen potenciál klientů. Dále zjistit, zda jsou uplatňovány principy lidských práv a spravedlnosti.

V rámci výzkumného šetření jsem oslovila sociální pracovníky a pracovníky v přímé péči, kteří pracují v zařízeních sociální péče a poskytují služby péče, částečně rozdílným cílovým skupinám osob.

Práce je rozdělena na tři části. V teoretické části se zabývám kvalitou života v kontextu seniorské problematiky, sociálními službami pro seniory, standardy kvality sociálních služeb, profesí a kompetencemi sociálních pracovníků a sociální práci se seniory. Z důvodu částečně rozdílných cílových skupin objasňuji pojmy duševní onemocnění a závislost na návykových látkách. Metodologická část obsahuje informace o strategii výzkumu, technikách sběru dat, jednotkách zkoumání a zjišťování, operacionalizaci, organizaci výzkumu a rizicích výzkumu. V empirické části data interpretuji a získávám odpovědi od informantů na hlavní a dílčí výzkumné otázky. V závěru bakalářské práce

odpovídám na hlavní výzkumnou otázku: *V čem je možné zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče?*

Aplikačním cílem bakalářské práce je na základě výzkumného šetření navrhnout jednotlivé kroky, které povedou ke zlepšení kvality života uživatelů v konkrétních zařízeních sociální péče. Byla bych ráda, kdyby stanovené kroky, které budou výstupem mé bakalářské práce, mohly přispět k tomu, aby se zlepšila kvalita života uživatelů v daných zařízeních.

1. KVALITA ŽIVOTA V KONTEXTU SENIORSKÉ PROBLEMATIKY

Definovat kvalitu života není snadné, vždy záleží na mnoha faktorech, které ji mohou ovlivňovat. V úvodu této kapitoly objasním, co je myšleno pojmem kvalita života a zaměřím se na konkrétní faktory, které ovlivňují kvalitu života u seniorské populace. Dále vymezím pojmy stáří a senior. Představím postoj dnešní společnosti ke starým lidem a definuji prvky, kterými starší lidé dnešní společnost mohou obohacovat.

Podle etymologického slovníku je slovo „kvalita“ odvozeno od latinského základ „qualitas“ či „qualis“ – jaký. Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ – kdo, ve významu jakého druhu, nebo charakteru je daný člověk. Kvalitou se také rozumí „jakost“, hodnota, to, čím se daný jev, nebo jedinec odlišuje jako celek od jiného celku (Český etymologický slovník, 2002). Kvalita je kategorie, která v kvantitativních i kvalitativních pojmech popisuje úroveň výrobku či poskytovaných služeb. Kvalita se tudíž skládá ze dvou částí - jedna část je kvantitativní, měřitelná, druhá je kvalitativní a vychází z hodnotového systému. Kvalita je relativní, nikoliv absolutní kategorie.

Kvalitou života se zabývali už dříve starověcí filozofové, ale také teologové. Zájem o původ lidského blaha a štěstí je starý jako lidstvo samo. Antický pohled na kvalitu života byl zaměřen především na subjektivní pocit pohody člověka. Zahrnoval ovšem také, například péči o tělo a spirituální potřeby. Důležitou složkou byla otázka uspokojení materiálních potřeb. Nermalou roli hrálo i vzdělání, účast na společenském životě, postavení, vliv ve společnosti, ale také sociální vztahy. (Hrozenská, 2008)

Zhruba v polovině 20. století se na kvalitu života zaměřila pozornost, především v souvislosti s ekonomickým rozvojem a narůstajícími sociálními problémy. Do popředí zájmu se dostávají ekonomické a sociální otázky jako např. materiální zabezpečení, sociální spravedlnost, právní jistoty, zdravotní péče, či politické svobody.

1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Křížová (2005) uvádí, že v odborné veřejnosti panuje shoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti, a to fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Kvalita života jedince by tudíž měla být nahlížena

nejen z pohledu individuálního životního standardu, ale také z pohledu prostředí, ve kterém lidé žijí a s ohledem na jejich potřeby a požadavky. V kvalitě života je zahrnuto mnoho faktorů, jak sociálních, zdravotních, ekonomických i osobních, velice často je zmiňována i v souvislosti s ekonomickým rozvojem, nebo oblastí medicíny.

Podle Munzarové (2002), má kvalita života mnoho rozměrů. Můžeme hovořit o rozměru materiálním, duchovním, společenském a individuálním. Konkrétní naplnění jednotlivých rozměrů může být různé, některý může převažovat, jiný naopak může být potlačený a nenaplněný. Definovat kvalitu, stejně jako stanovit jednotlivé ukazatele této kvality je velmi složitý problém a jeho řešení vyžaduje spolupráci mnoha vědních oborů. Najít společný pohled je obtížné, existují velké rozdíly v pojetí kvality z hlediska jedinců, stejně jako jejich závislosti na ekonomických podmínkách, kultuře, náboženství i konkrétní geografické oblasti. Ke každému člověku je třeba přistupovat individuálně. V literatuře uváděné pojetí Calmana (In: Kebza. V. 2005, s. 60) předpokládá, *“ že individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován.*

Definovat kvalitu života je obtížný úkol, protože kvalita života zahrnuje mnoho oblastí lidského bytí, stejně jako zasahuje do mnoha vědních oborů. Je velmi těžké, ne-li nemožné ji přesně vymezit, právě pro její multidimenzionalitu a komplexnost. V kvalitě života je obsaženo mnoho rozměrů, od rozměru biologického, psychologického, sociálního, až k rozměru například ekonomickému, etickému a mnoha dalším. Když se pokusíme definovat kvalitu života, musíme vzít v úvahu, jak vnější podmínky, prostředí, které nás obklopuje a ve kterém žijeme, tak také vnitřní rozměry člověka. *„Pojem kvalita života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí od hledání hodnot v životě člověka.“* (Balogová, 2005, s.166)

Důležitou stránkou při hledání smyslu života a jeho kvality je také vlastní sebehodnocení, sebepoznání, sebeúcta a to, jak člověk chápe sám sebe, svoji existenci, nakolik si sám sebe váží. Neméně důležité jsou vztahy k druhým lidem, ať už v rovině osobní, pracovní, nebo společenské. To vše ovlivňuje chápání kvality života.

1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Stejně jako definovat pojem kvalita života je složité určit faktory kvality života. Právě díky subjektivnímu vnímání každého jedince může být výsledek velmi odlišný a rozdílný. Některé faktory mají přímý vliv na rozvoj kvality života jedince, potažmo společnosti, jiné mají vliv pouze nepřímý. Dalšími faktory mohou být např. věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání atp. daleko nejčastěji zmiňovaným faktorem kvality života ovšem bývá zdraví. Zejména u seniorů, nabývá toto tvrzení nových rozměrů. S přibývajícím věkem přichází mnoho zdravotních i jiných problémů. Většina seniorů přichází postupně o svou samostatnost a soběstačnost, ubývá tělesných i duševních schopností. Podle Vohralíkové a Rabušice (2004) trpí chronickou chorobou až 80% osob ve věku 60 – 74 let, nad 70 let je to až 87%.

Lze konstatovat, že zdravotní stav ovlivňuje naše každodenní činnosti, ať už jde o nás samotné, nebo naše blízké, vždy nás to zasáhne a nějakým způsobem determinuje, nebo omezuje. Pro seniora však není ani tak rozhodující samotná přítomnost nemoci, ale stupeň omezení, se kterým se musí potýkat. Nejhorším důsledkem nemoci u seniorů je snížení soběstačnosti, nebo bezmocnost, které vyžadují soustavnou péči a pomoc druhé osoby. Van der Steen (In: Dvořáčková, 2001) uvádí jako důležitý faktor života vedle zřejmých a objektivních měřítek, jako je schopnost sebeobsluhy, úroveň mobility a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života, rovněž úroveň subjektivní osobní pohody.

Závažným problémem, který bychom mohli přiřadit k faktorům ovlivňujícím kvalitu života, je osamělost. Tou jsou postiženi především senioři, ale nejen oni. Na seniory má samota mnohem větší dopad, než například na střední generaci. Přestože většina seniorů má své příbuzné a možnost sociálních kontaktů, z pohledu subjektivního vnímání se velká část seniorů cítí osamělá.

K dalším faktorům, které ovlivňují kvalitu života především u seniorů, je také sociální prostředí, ve kterém žijí, hmotné zabezpečení, aktivity, zdravotní a sociální péče, a v neposlední řadě také mezilidské vztahy. Výčet všech faktorů, které mají vliv na kvalitu života, by mohl být velmi dlouhý a u každého jedince jiný, protože každý z nás žije v jiných podmínkách a naše životy ovlivňují různé aspekty a situace. Pokusíme-li se je přesto shrnout, jedná se především o faktory zdravotní, sociální, ekonomické a enviromentální. Jak konstatuje

Hrozenková (2011, s. 74): „Kvalita života je podmíněna mnoha dalšími okolnostmi a v současné době je kladen stále větší důraz na subjektivní spokojenost.“

1.3 Stáří a senioři z pohledu dnešní společnosti

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Stáří je vnímáno jako období, kdy člověk pouze chátrá a stává se závislým na péči jiných, v lepším případě si zachovává aspoň část své schopnosti postarat se o sebe sám. Jeho zkušenosti i kompetence pozbývají významu, pro společnost takový člověk ztrácí přínos. Hodnotový systém této společnosti, zdůrazňuje především zachování biologicky podmíněných kompetencí mládeži (mladistvého vzhledu, výkonu atd.). (Wolf, J. a kol., 1982)

„Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily.“ (Vágnerová, 2007, s. 311)

Stáří není samo o sobě chorobným stavem, ale v průběhu stárnutí dochází k nahromadění nepříznivých vlivů, které vedou k nárůstu nemocných seniorů. Každý člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které nějakým způsobem ovlivní jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají i chronický charakter. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, což znamená, že starý člověk trpí několika nemocemi najednou, zpravidla jde o onemocnění chronická. Staré lidi netrápí jen somatické choroby, ale také duševní potíže, které nebývají vždy správně diagnostikovány. Mohou zůstat dlouhou dobu skryty, popřípadě jsou považovány za reakci na somatické onemocnění nebo životní zátěž. Takto jsou často hodnoceny např. deprese. Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihují přibližně 20% starých lidí. (Vágnerová, 2000)

1.3.1 Vymezení pojmu senior

Podle Etymologického slovníku je senior starší člověk ve věku nad 65 let, po fázi tzv. aktivního věku. Senioři jsou věkem určená skupina populace s převládajícím podílem žen. Senioři obohacují společnost mimo jiné o svou psychickou a sociální zralost a zkušenosti, které plynou z prožitých let. Jejich společenská stabilita a prestiž je ohrožena ageismem

a jejich narůstajícími zdravotními potížemi, které mohou vést až ke ztrátě soběstačnosti. (Český etymologický slovník, 2002)

„Označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má různé, ale převážně ekonomické důvody“ (Haškovcová, H. 2010, s. 21). Autorka dále poukazuje na fakt, že současná společnost považuje za starého toho člověka, kterému vzhledem k jeho kalendářnímu věku vznikl nárok na starobní důchod.

Většina společnosti posuzuje stáří podle vnějších znaků. Mezi ně patří například fyzický stav, neschopnost přizpůsobovat se změnám, řešit adekvátně problémy, pomalé reakce a jiné. Pro mladé lidi je při posuzování většinou rozhodujícím ukazatelem věk, pro starší občany je to především schopnost postarat se sám o sebe a být soběstačný.

„Pojem senior není právní ani statistickou kategorií, ale kategorií spíše sociologickou. Statistická definice seniora podle věku není u nás ani ve světě jednotná. Jinými slovy chronologický věk není jednotným kritériem pro zahrnutí osoby do kategorie senior, společným pro všechny statistické výstupy,“ uvádí ve své zprávě Český statistický úřad.

(<http://www.novinky.cz/domaci/> [cit. 14.2.2015])

2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

V této kapitole definuji sociální služby, které by mohli senioři ve své životní situaci využívat. Konkrétně vymezím Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem. Jedná se o podobné služby, které jsou poskytovány částečně rozdílným cílovým skupinám. Z tohoto důvodu následně vymezím pojem duševní onemocnění a závislost na návykových látkách. Budu se zabývat adaptací seniorů v zařízeních sociální péče. Kvalitu poskytovaných služeb v těchto zařízeních lze měřit dle standardů kvality sociálních služeb. V závěru této kapitoly uvedu, co jsou standardy kvality v sociálních službách a vymezím následující standardy: Ochrana práv osob, jednání se zájemcem o službu a standard individuální plánování.

Pokud už se senior dostane do nepříznivé sociální situace a má problémy se soběstačností, existuje několik druhů sociálních služeb, které mu mohou pomoci. Stát se snaží svým občanům poskytovat sociální zabezpečení, aby jim pomáhal předcházet, zmírňovat a odstraňovat následky sociálních událostí, mezi které patří i stáří (Krebs, 2005).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen ZSS), definuje sociální službu jako *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (§3)

Matoušek uvádí následující definici sociálních služeb: *„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“* (Matoušek, 2007, s. 9.)

Podle Kozlové (2005) jsou sociální služby významné především pro svou činnost, bez níž by se velká část občanů nemohla podílet na životě společnosti, mnozí by nedosáhli plného uplatnění svých lidských a občanských práv a mohlo by docházet k jejich sociálnímu vyloučení. Dále autorka uvádí, že sociální služby jsou poskytovány především těm občanům, kteří by vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo jen stěží překonali tíživou sociální situaci nebo nepříznivé poměry. Patří mezi ně zejména rodiny s dětmi, osoby těžce zdravotně postižené, senioři a osoby společensky nepřizpůsobivé.

Jiná definice poukazuje na to, jak jsou služby realizovány, jaká je činnost sociálního pracovníka a jeho spolupráci s jinými obory:

„Služby sociální práce jsou konkrétní v praxi existující komplexy činností, které při práci na konkrétním místě a s konkrétními klienty přispívají k realizaci záměrů sociálního pracovníka. Tyto činnosti jsou obvykle vykonávány pracovníky různých pomáhajících oborů, zaměstnanců organizací nebo dobrovolníků (psychologové, lékaři, právníci, pedagogové, pečovateli atd.).“ (Musil, 2004, s. 14.)

2.1 Pobytová zařízení pro seniory

ZSS rozlišuje druhy sociálních služeb, jimiž jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a formy sociálních služeb, které mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové. Pobytové zařízení pro seniory, jak sám název napovídá, spadá ke službám pobytové formy a současně ke službám sociální péče. ZSS pobytové služby charakterizuje jako ty, které jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (§33). Za služby sociální péče označuje ty, které *„napomáhají zajistit osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“* (§38).

Lze odvozovat, že pobytové zařízení pro seniory jsou sociální službou pro seniory, jejichž životní situace si žádá pomoc spojenou s ubytováním v zařízení poskytující sociální službu. Tato sociální služba je určena primárně pro seniory, kteří se ocitnou v takové životní situaci, kde již nestačí terénní ani ambulantní sociální služby a která jim neumožňuje jejich setrvání ve svém přirozeném prostředí (Květenská, 2009).

Pracovníci sociální péče v pobytových zařízeních se snaží aktivně působit na klienty tím, že podporují jejich soběstačnost. Autorka dále uvádí, že pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb usiluje o to, aby jedinec získal znovu schopnost zabezpečovat vlastním přičiněním své potřeby, případně mu pomáhat po dobu, kdy toho sám není schopen. Pobytové zařízení pro seniory by tedy nemělo poskytovat všechny úkony v plné míře a plošně, ale tak aby služba nacházela motivační prvky k vlastní aktivitě občana.

Je vhodné a smysluplné usilovat o co největší zapojení seniorů do běžného života. Pobytové zařízení pro seniory by měla dbát na to, aby byly zachovány zvyky a zájmy klienta, které měl před nástupem do domova. Měl by sám rozhodovat o svých osobních záležitostech. Klient by neměl být omezován prostředím poskytované služby, ale naopak poskytovaná služba by měla být prostředkem k udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Velmi důležitý je také kontakt s rodinou, přáteli, blízkými a s ostatními lidmi. V neposlední řadě by mělo pobytové zařízení zajistit důstojné prostředí a zacházení. To znamená, že prostředí poskytované služby má odpovídat věku klientů a nepůsobit infantilně nebo degradačně, aby se v něm senioři mohli cítit příjemně a jako doma.

Je důležité respektovat práva klienta:

- na svobodu pohybu v rámci zařízení
- právo vlastnit majetek, právo na soukromí
- právo na svobodnou volbu
- právo na rozhodování
- právo na nedotknutelnost osoby atd. (Standardy, 2008)

2.2 Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem

Existuje mnoho druhů sociálních služeb, které poskytují služby seniorské populaci. Výzkumné šetření budu realizovat v Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem. Z tohoto důvodu se v této podkapitole na uvedené služby zaměřím.

ZSS uvádí výčet zařízení, která poskytují sociální služby, a u každého z těchto zařízení upřesňuje formu sociální služby a pro koho je určena. K těmto zařízením patří odlehčovací služby (§44), týdenní stacionáře (§47), domovy pro seniory (§49), domovy se zvláštním režimem (§50) a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52). Já se chci zaměřit na domovy pro seniory a na domovy se zvláštním režimem.

Domov pro seniory je podle ZSS definován jako pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (§49)

Pobytové zařízení pro seniory nabízí pestrou škálu činností. To jakou činnost osoba využije, závisí na míře soběstačnosti konkrétního klienta. Mezi činnosti, které Domovy pro seniory poskytují podle ZSS patří: ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při hygieně nebo podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační a terapeutické činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (§49)

Uvedené činnosti dále specifikuje Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některé ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen Vyhláška 505), kdy se jedná o následující úkony:

- *ubytování*
- *strava*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *sociálně terapeutická činnost*
- *aktivizační činnost*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*
-

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. (§50)

Rozdílnost v uvedených službách lze sledovat zejména v poskytování služeb cílovým skupinám. Z tohoto důvodu nyní vymezím pojem duševní onemocnění a pojem závislost na návykových látkách.

Duševní onemocnění (nebo také duševní porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho

fungování ve společnosti. Mezi duševní poruchy se řadí ty z poruch, které se prvotně týkají myšlení, prožívání nebo vztahů k ostatním lidem.

Za duševní poruchy se označují jak stavy podmíněné zejména tělesnou (vrozenou) organickou (zpravidla neurologickou, často též genetickou) specifickou výbavou člověka, tak stavy, u nichž se za rozhodující příčinu vzniku pokládá vliv prostředí a životních událostí. Podíl a vztah vrozených dispozic a dalších vlivů u jednotlivých typů poruch jsou předmětem zkoumání a diskusí. Léčba může spočívat buď v odstraňování příčin poruchy, nebo v úpravě jejích následků. K léčbě se užívají medikamenty, psychoterapie včetně úpravy životního stylu a další způsoby. (Hartl, Hartlová, 2004)

Závislost na návykových látkách je jedna z duševních poruch, které vznikají v důsledku užívání těchto látek. Tato porucha se vyvíjí postupně, v průběhu měsíců a let. Rychlost rozvoje záleží na druhu návykové látky, dávkách, frekvenci užívání nebo na způsobu aplikace. Dále rozhoduje věk uživatele, jeho tělesný a psychický stav, zázemí atd. Obecně platí, že čím mladší je člověk, který začíná užívat návykové látky, tím rychleji se závislost rozvíjí, a tím jsou komplikace častější.

Většina lidí se narodí jako abstinenti od návykových látek. To znamená, že nemají žádnou zkušenost s těmito látkami. V průběhu svého života se lidé mohou rozhodnout abstinovat z různých důvodů např. zdravotních, osobních, sociálních, náboženských nebo morálních, a zůstat tak celoživotním abstinentem např. od alkoholu. (<http://www.plhb.cz/content/>)

2.3 Seniori v zařízeních sociální péče

Pokud už se senior dostane do nepříznivé životní situace a má problémy se soběstačností, existuje několik druhů sociálních služeb, které mu mohou pomoci. Vždy záleží na míře soběstačnosti, zdravotním a psychickém stavu, na sociální situaci, ve které se nachází. Také je důležité, jak se k celé situaci staví sám senior, zda chce svůj problém řešit, zda si ho plně uvědomuje atd. Ke každému je potřeba přistupovat individuálně a brát ohledy na všechny okolnosti jeho života. Pokud se takový člověk rozhodne využít sociálních služeb, má na výběr z několika možností. Ve výzkumném šetření se chci zaměřit právě na pobytové služby pro seniory. Pobytovou službou se rozumí služby spojené s ubytováním uživatele v zařízení sociálních služeb. Pro poskytování pobytových služeb jsou zřizována zařízení

sociálních služeb různého charakteru. Především jsou to domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

Senioři se v novém prostředí často nedokáží adaptovat, cítí se ztraceni, ohroženi. „*Za kritické období je považováno prvních 5-6 týdnů, až půl roku. Nový obyvatel je plačtivý, citlivý, nervózní, nejistý, někdy rozčilený, případně náladový.*“ (Haškovcová, 2010, s. 218) Aby bylo možné se lépe přizpůsobit novému prostředí, je důležité jej poznat. Je vhodné seniora informovat o všem, co ho čeká, seznámit ho s daným zařízením do kterého má být umístěn, případně umožnit nezávaznou prohlídku zařízení. Dobře informovaný senior, který ví, do čeho jde, se mnohem lépe adaptuje v novém prostředí. Velkou roli hraje také to, zda přichází dobrovolně, nebo proto, že již nemá jinou možnost.

Častým problémem je tendence personálu manipulovat se starými lidmi a pomáhat jim i v situacích, kdy to není zcela nutné. To vede k „*vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a k syndromu naučené bezmoci.*“ (Vágnerová, 2007, s. 421) Literatura, která se váže k problematice seniorů v zařízeních sociální péče uvádí, že jsou domovy, kde se řídí výlučně lékařským modelem. Ošetrovatelky se starají pouze o nejnižší potřeby člověka, jako je jídlo, vyměšování a spánek. Často ke spánku napomáhají prášky, o lidi je postaráno po zdravotní stránce, ale duševní a duchovní potřeby jsou opomíjeny. Tento postoj zastává bohužel i mnoho lékařů a je dokonce vyučován. Například jedna lékařka – specialista píše: „*U starých lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci...potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně satureovány...z fyziologických potřeb preferují jídlo, mají problémy s vyměšováním, chtějí více spánku a odpočinku, být bez bolesti a mít teplo a pohodlí.*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 11)

Pokud senioři nemají dostatek aktivit a potřebnou stimulaci, dostávají se apatie a deprese. Každý člověk má určitou schopnost regenerace a je vědecky dokázáno, že „*činností se funkce lidského těla i mysli posilují, udržují a rozvíjejí, nečinností se ztrácejí.*“ (Rheinwaldová, 1999, s.11) Každému obyvateli zařízení by měla být poskytnuta individuální péče, mělo by být pečováno o jeho fyzické, mentální a duchovní potřeby stejnou měrou. Také by neměly být zanedbávány společenské a rekreační požadavky a vždy by měla být zachována jeho lidská důstojnost.

2.4 Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb jsou základní principy a pravidla poskytování sociálních služeb a měřítko pro hodnocení jejich plnění“ (Horecký, J. In: Herman, J. a kol. 2008, s. 96). Hlavním smyslem Standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo jak práva příjemců služby, tak i všech zaměstnanců. Vznikly za účelem zkvalitnění sociálních služeb poskytovaných klientům, aby nedocházelo ke zneužívání a k porušování jejich práv. Jde o vytvoření důstojných podmínek pro život s možností co největšího rozvoje a seberealizace. Mezi důležité dokumenty, ze kterých Standardy kvality sociálních služeb vycházejí, patří Listina základních lidských práv a svobod a Etické kodexy.

Standardy kvality sociálních služeb MPSV jsou platné pro všechny druhy a typy služeb. Tyto standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do tří oblastí: procedurální, personální, provozní. Důležitým bodem v procesu zavádění těchto standardů je přijetí ZSS, který vstoupil v platnost 1. ledna 2007. Václav Krása (Krása, 2006), předseda Národní rady zdravotně postižených ČR, o něm hovoří jako o průlomovém v tom smyslu, že „svěřuje kompetence občanům, aby rozhodovali sami za sebe, a dává jim k tomu potřebné nástroje.“

2.4.1 Ochrana práv osob v kontextu sociálních služeb

Při poskytování sociálních služeb by měla být respektována klientova práva na svobodu, právo rozhodovat o svém životě a o řešení vlastní situace. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat dodržování základních práv a lidských svobod. Ochrana práv osob se věnuje také jeden ze standardů kvality sociálních služeb. Poskytovatel má povinnost vymezit, v jakých situacích může dojít k porušování práv klienta a vytvořit takové podmínky, aby k tomu nedocházelo. Postup musí mít poskytovatel zpracovaný ve vnitřních pravidlech a řídit se jím. (Standardy, 2008) Standard „Ochrana práv osob“ obsahuje několik práv klienta, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost:

- právo na důstojné zacházení.
- právo na svobodné rozhodování
- práva na přiměřené riziko

Tato práva by měla být vždy zachována a měl by na ně být brán zřetel ve všech pobytových zařízeních pro seniory, stejně jako v dalších zařízeních, které se věnují sociální péči o osoby znevýhodněné.

„Pro plnění povinností poskytovatele sociálních služeb v oblasti ochrany práv uživatele je důležitá dobrá znalost a správné porozumění nejen zákonu o sociálních službách a prováděcí vyhlášce, ale také problematice lidských práv, odpovědnosti, přiměřené opatrnosti, přiměřeného rizika a všem právním normám, ze kterých vyplývají práva a povinnosti konkrétních uživatelů.“ (Standardy, 2007, s. 28)

2.4.2 Jednání se zájemcem o službu sociální péče

Podle tohoto standardu má poskytovatel povinnost podat klientovi informace, které jasně určí, zda je tato sociální služba vhodná pro konkrétního klienta. Sociální pracovník by měl zájemci o službu poskytnout dostatek informací a vysvětlit klientovi, o jakou sociální službu se jedná, jaké podmínky a povinnosti z ní pro klienta vyplývají. Všechny informace by měly být přiměřené možnostem klienta. Měly by být podány způsobem, který umožní klientovi pochopit, zda daná služba vyhovuje jeho potřebám. Sociální pracovník by si měl předem ujasnit, jaké informace klientovi sdělí a jakým způsobem. V průběhu jednání by měl sociální pracovník zjistit, zda klient informacím porozuměl.

Sociální pracovník by měl zjistit klientovy přání a potřeby a objasnit mu možnosti nabízené sociální služby. Klient by měl mít dostatek informací, aby mohl učinit informované rozhodnutí. Pokud se klient rozhodne pro využívání služby, je s ním sepsána dohoda o poskytování služby.

2.4.3 Smlouva o poskytování sociální služby

Smlouva o poskytování sociální služby vychází z výsledku jednání mezi zájemcem o sociální službu a poskytovatelem sociální služby. Ve smlouvě je uveden rozsah poskytované služby a podmínky, za kterých je možné službu využívat. Poskytovaná sociální služba je podle právní úpravy nově založena na smluvním principu. Sjednává druh služby a rozsah poskytovaných služeb s ohledem na individuální potřeby klienta. Určuje také konkrétní podmínky poskytování služby. Klient má právo a možnost ovlivnit podmínky smlouvy. Zákonem jsou

stanoveny povinné náležitosti obsahu smlouvy.

(<http://poradna.nrzp.cz/static.php?static=dokumenty&p=informace> [cit. 25.2. 2015])

2.4.4. Individuální plánování v kontextu pobytové služby

Podle Johnové (Standardy, 2008) je individuální plánování důležité jak pro uživatele, tak pro poskytovatele. Uživateli přináší nejen posílení jeho autority, ale také kompetencí k tomu, aby rozpoznal, jestli je pro něho služba přínosná a vhodná. Tato služba je poskytována na základě společně dohodnutých cílů. Cíle jsou stanoveny ve smlouvě, po domluvě s uživatelem služby. Na základě stanovených cílů je vytvořen individuální plán (dále jen IP). Klient by se měl aktivně podílet nejen na vytváření IP, ale také na jeho naplňování. IP by měl posilovat klientovu autoritu a kompetence.

„Individuální plány vzniklé v součinnosti s uživatelem služby a na základě jeho představ o výsledné změně – jak bude jeho život v dané oblasti vypadat – lze označit jako plány zaměřené na člověka a proces, který k nim vede, za plánování zaměřené na člověka.“ (Johnová, 2008, s. 78)

Plánování sociální služby směřuje k hlavnímu cíli sociální služby, a to je *sociální začleňování*. Principem sociálního začleňování je podpora způsobu života, který můžeme považovat za srovnatelný se způsobem života lidí bez zdravotního nebo sociálního znevýhodnění. Úkolem sociálních služeb je podporovat kontakty uživatelů s jejich přirozeným sociálním prostředím. Poskytovaná sociální služba by měla zajistit zachování důstojnosti klienta a dodržování lidských práv a svobod. (Standardy, 2008)

„Při plánování služby se vychází především ze schopností, možností a zdrojů uživatele (jako opak neschopnosti a potřeby úplné péče). Služba se plánuje společně s uživatelem. Posiluje se aktivní účast uživatele a lidí, kteří ho nejvíce znají. Důležitou roli hrají neformální zdroje (rodina, přátelé, sousedé apod.).“ (Bednář, In: Standardy, 2008, s. 35)

Pro klíčového pracovníka a ostatní členy je velmi důležité, aby porozuměli dané situaci uživatele. Pro lepší porozumění mohou použít např. rozhovory, pozorování, analýzu dokumentace a také Maslowovu pyramidu potřeb. (Johnová, 2008) Ještě než začneme s uživatelem plánovat, je důležité zjistit, jaká má uživatel přání a potřeby. Potřeby mohou být vyjádřené a nevyjádřené, obojí by měl sociální pracovník umět rozpoznat. V této fázi je pro

pracovníky nutné si uvědomit, že služby, které poskytujeme a považujeme za vhodné k uspokojení potřeb starého člověka, nemusejí být zdaleka tím, co člověk opravdu potřebuje a očekává. (Pichaud, Thareauová, 1998)

3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍ PÉČE

Pro pochopení situace nejdříve objasním pojem sociální práce a poté sociální pracovník. Profese sociálního pracovníka a jeho kompetence, jsou předmětem mnoha diskuzí. V praxi pak můžeme kompetence sociálního pracovníka chápat, jako dobře zvládané role, kdy se pracovník může spoléhat na své odborné znalosti a v praxi aplikovat své profesní hodnoty. Při sociální práci se seniory je důležité zvládnout roli sociálního pracovníka, neméně důležitá je také osobnost sociálního pracovníka. Budu se tedy těmito pojmy v této kapitole zabývat. V závěru kapitoly vymezím aktivizační služby, které mohou být důležitým prvkem při vstupu klientů do zařízení, ale také prvkem motivačním v průběhu života seniorů v zařízeních sociální péče.

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

„Sociální práce je uměním, které vyžaduje velikou škálu dovedností. Jde především o porozumění pro potřeby druhých a schopnost pomáhat lidem tak, aby se na naši pomoci nestali závislí, aby neztratili schopnost pomáhat si vlastními silami.“ (Matoušek a kol., 2001, s. 192)

Mezi další činnosti sociálního pracovníka patří poskytování informací o možnostech umístění do zařízení, evidence došlých žádostí a potřebných dokladů pro jednání sociální komise v pořadníku čekatelů, účast na jednání sociální komise a vyrozumění žadatelů o výsledku, příprava písemné smlouvy o poskytování služby, přijetí klienta, podpis smlouvy s klientem před nástupem nebo při nástupu do zařízení, pomoc klientovi při adaptaci a reintegraci v novém prostředí a v nové společenské komunitě, pravidelné návštěvy klientů a zkoumání možných sociálních a jiných problémů, kontakt s příbuznými klientů a spolupráci s nimi dle potřeby, vyřizování různých požadavků klientů, spolupráci s jinými institucemi, denní spolupráci s psychologem, s lékaři a ošetřujícím personálem a vedoucím zařízení,

organizaci a koordinaci individuálního plánování v zařízení včetně stanovení klíčových pracovníků pro jednotlivé klienty, poskytování sociální opory klientům a příbuzným, pomoc příbuzným při úmrtí klienta atd. (Malíková, 2011)

Podle ZSS, §115 mohou v zařízeních sociální péče vykonávat odbornou činnost kromě sociálních pracovníků i další pracovníci a to především zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Při poskytování sociálních služeb působí také dobrovolníci a to za podmínek stanovených zvláštním předpisem.

3.1 Profese sociálního pracovníka a jeho kompetence

Profese sociálního pracovníka se vyvinula jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti a přispívají ke zlepšení narušených společenských vztahů v konkrétním prostředí. Sociální pracovník pracuje s jednotlivcem, skupinou i komunitou. Jeho posláním je učit jednotlivce správným životním postojům a chování, pomáhat člověku ke svobodnému životu a spojit tyto jednotlivce s komunitou. (Matoušek a kol., 2003)

K tomu aby mohl toto poslání naplnit, musí objekt svého působení dostatečně poznat a mít dispozici potřebné dovednosti a nástroje. Proto je důležitá odborná příprava budoucích sociálních pracovníků, ale i další vzdělávání těch, kteří již v sociální sféře působí. Dle slovníku sociální práce kompetence v sociální práci zahrnuje zvládnutí požadavků vzdělávacích i zkušenostních a schopností realizovat pracovními závazky a dosahováním cílů sociální práce. (Matoušek, 2008)

Pojetí kompetencí vychází v sociální oblasti většinou z popisu pracovních činností nebo ze způsobů pracovního chování a není založeno na hodnocení pracovního výkonu. Mnohé činnosti sociálních pracovníků jsou pro svou komplexnost a kreativní povahu obtížně měřitelné. Pracovní činnosti sociálních pracovníků mají vzhledem k jiným profesím variabilní povahu a v rámci různých organizací zaujímají pracovníci odlišné pracovní role. Mnohé užitečné činnosti sociálních pracovníků mohou i při vysoké investici profesionality a pracovního úsilí vést v podstatě k neefektivnímu a neúspěšnému výkonu. V řadě případů kompetence odpovídají ideálním či žádoucím způsobům chování, které nejsou popsateľné

jasnými a konkrétními identifikátory. Tyto pracovní činnosti nelze jednoduše rozčlenit na prvky a podřídít je výkonovým kritériím, která jsou jasně definována. (Mlčák, 2005)

„Kompetence v praxi chápeme jako funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.“ (Havrdová, 1999, s. 42-43)

Zvláštní místo mezi různými druhy kompetencí zaujímají kompetence klíčové. Veteška, Tureckiová (2008) vymezují klíčové kompetence jako obecné kvalifikace, které nejsou vztahovány na konkrétní pracovní místo, ale jsou všeobecné. Podle nich zahrnují klíčové kompetence schopnosti, dovednosti, postoje, hodnoty a osobnostní rysy a vlastnosti. Rozvíjení klíčových kompetencí souvisí s dalším vzděláváním, celoživotním učením, rekvalifikacemi, neboť klíčové kompetence jsou získávány především při vzdělávacím procesu.

Sociální práce svou náplní vytváří vysoké nároky na schopnosti a dovednosti sociálního pracovníka. Ve smyslu vzdělávání a zvládnání situací a úkolů, které jsou očekávány v pracovním výkonu pak hovoříme o profesní kompetenci. Na základě výše uvedeného se nabízí otázka. Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka? Co si pod prací sociálního pracovníka konkrétně můžeme představit je využití jeho znalostí, dovedností a schopností v poskytování sociální pomoci. Měl by se orientovat v potřebách a možnostech klientů, rozeznat silné stránky a možnosti nejenom klienta, ale i jeho okolí a podporovat jejich soběstačnost, nezávislost a sebeúctu. Sociální pracovníci by se měli orientovat nabídce dalších služeb a měli by naučit klienta je správně využívat. Další kompetence sociálního pracovníka by měly směřovat do oblasti chodu samotné organizace, zejména ve smyslu schopnosti týmové práce, manažerských schopností, časového, projektového managementu, plánování aj. Sociální pracovník by měl umět i vyjednávat a lobbovat, a to nejen za práva uživatelů, ale i za sebe, své kolegy a postavení sociální práce jako takové. (Bajer, 2007)

3.2 Sociální práce se seniory

Práce sociálního pracovníka se řadí mezi pomáhající profese a jeho hlavní náplní je pomáhat lidem. Je nezbytné, aby takovýto pracovník splňoval řadu předpokladů a dovedností. Jak píše Kopřiva (2000), na rozdíl od jiných povolání hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli

lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem a od pracovníků se očekává více než slušnost. „*V těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost*“. (Kopřiva, 2000, s. 14) Základním cílem práce se seniory je vytvoření moderního systému sociálních služeb, který umožní a povede každého klienta k tomu, aby nebyl pouze pasivním objektem péče, ale jejím aktivním subjektem.

Starý člověk se potřebuje dostatečně orientovat ve své životní situaci, potřebuje znát informace a vědět, že je v bezpečí. To je také úkolem sociálního pracovníka, aby poskytl srozumitelné a dostatečné informace. Vždy by měl dbát na to, aby byla respektována a zachována lidská důstojnost každého klienta. Už v úvodních ustanoveních ZSS je zakotveno, že: „*Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“.

Velkou pozornost je také třeba věnovat profesní etice. *Pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnující jeho práva a povinnosti, pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka*. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 14)

Jak uvádí Hronová (In: Mahrová, Venglářová, 2008) vzhledem k tomu, že v pomáhajících profesích se výkon dotýká důležitých hodnot člověka, jako je jeho osobnost, zdraví, autonomie a svoboda, je etický kodex pro tyto profese nezbytný.

Neméně důležitá je komunikace mezi klientem a pracovníkem, která se musí přizpůsobit aktuální situaci, ve které se starý člověk nachází. Předat důležité informace a dát dostatek času na zpracování získaných informací, vytváří základ pro vytvoření dobrého vztahu se seniorem. Ke klientovi přistupujeme jako k rovnocennému partnerovi, s respektem, užíváme srozumitelný jazyk. Klevetová a Dlabalová (2008) se shodují v tom, že dobrá komunikace spočívá především v ochotě naslouchat, být přítomen, potvrdit slyšené a projevit zájem.

Sociální práce se seniory přináší nemalé problémy a často i kritické situace. Stáří samo o sobě není choroba, ale je spojeno s vyšším výskytem zdravotních a funkčních omezení. Sociální péče se soustřeďuje především na ty seniory, kteří trpí poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, ať už se jejich omezení týkají hybnosti, smyslového vnímání, nebo

úbytku kognitivních funkcí. Janečková (In: Matoušek, O. a kol., 2005) vymezila kritické body v péči o seniory:

- sociální práce a zdravotní péče spolu souvisí, neboť zhoršení zdravotního stavu často vyvolá potřebu sociální péče,
- sociální péče musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací (např. v důsledku demence či duševního onemocnění),
- základem práce se starými lidmi je vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, neboť ty patří k základním potřebám starých lidí,
- sociální práce se starým člověkem souvisí často také s pomocí jeho rodině a pečujícím rodinným příslušníkům

4. AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

Domov pro seniory by neměl být místem, kam člověk půjde dožít, ale místem, kde prožije plnohodnotné a spokojené stáří. Pro naplnění tohoto cíle je důležitá jeho adaptace v novém prostředí. V tom tkví i jedna z rolí sociálního pracovníka. Aby se senioři dobře adaptovali a zapojili do života v novém domově, je možné jim nabídnout aktivity, které jim pomůžou s adaptací. Většina domovů pro seniory nabízí širokou škálu aktivizačních činností. Díky těmto činnostem si klient udržuje schopnosti a dovednosti v rámci jeho stávajících možností. Jednotlivé aktivity jsou individuálně přizpůsobovány klientům s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu a stupni soběstačnosti. Všechny činnosti vycházejí z potřeb a zájmu klientů, nabízejí především smysluplně strávený čas, umožňují kontakt s jinými lidmi, strukturují den, aktivizují a hlavně přináší potěšení. Klient se sám rozhoduje, které činnosti se zúčastní. (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005)

Aktivizační činnosti jsou poskytovány za účelem aktivizace uživatelů, pro navození a obnovení dovedností a schopností v seniorském věku a také pro zlepšení soběstačnosti seniora a posílení jeho fyzické i psychické kondice.

„Kvalitní program je nejen nutnou součástí života seniorů, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný. Činností se funkce lidského těla i mysli posilují, udržují a rozvíjejí, nečinností se ztrácejí.“ (Rheinwaldová, 1999, s. 11)

I přes mnohé aktivity, které zařízení svým klientům nabízí, jsou senioři, kteří nechtějí žádnou nabízenou aktivitu přijmout. Tento fakt dokládá i Vágnerová (2007), kdy uvádí, že nejoblíbenější činností obyvatel domova důchodců je četba, sledování televize a rozhlasu a také procházky. Někdy chybí motivace a někteří senioři prostě rezignovali.

Vhodnou duševní a tělesnou aktivitou mohou pracovníci v zařízeních sociální péče pomoci seniorům zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk. Ze své praxe vím, že i lidé v pokročilém věku jsou schopni zvládat spoustu různých aktivit a činností. Jde jen o to přizpůsobit je každému jednotlivému klientovi s ohledem na jeho zdravotní a duševní stav. Důležité je tyto klienty správně motivovat, projevit dostatek empatie a trpělivosti. Nikdy nesmí být do žádné aktivity nuceni, ale je potřeba je povzbuzovat a posilovat jejich sebevědomí.

5. SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku kvality života seniorů. V teoretické části vycházím z odborné literatury a dalších informací o dané problematice. Zabývám se kvalitou života jako pojmem a také definicí kvality života a jejím pojetím. Důležité jsou také faktory, které ovlivňují celkovou kvalitu života seniorů. Další kapitola je zaměřena na stáří a seniory z pohledu dnešní společnosti, kdy je důležité jasně definovat pojmy senior a stáří. S těmito pojmy jsou spojeny i sociální služby pro seniory a pobytová zařízení pro seniory. Ve třetí kapitole se věnuji standardům kvality sociálních služeb, které definují úroveň kvality poskytování sociálních služeb a jejichž smyslem je chránit práva jak příjemců služby, tak i všech zaměstnanců. Tyto standardy zahrnují také ochranu práv osob v kontextu sociálních služeb, pravidla jednání se zájemcem o službu sociální péče, uzavření smlouvy o poskytování sociální služby a v neposlední řadě také vypracování individuálního plánu s každým obyvatelem domova. V poslední kapitole vymezuji profesi sociálního pracovníka a jeho kompetence v kontextu sociální práce se seniory.

Na základě teoretické části bakalářské práce jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku a následně dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka (dále jen HVO): „*V čem je možné zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče?*“

Dílčí výzkumná otázka č. 1 (dále jen DVO1): Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace, při poskytování svých služeb?

Dílčí výzkumná otázka č. 2 (dále jen DVO2): Co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v zařízení sociální péče?

Dílčí výzkumná otázka č. 3 (dále jen DVO3): Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům?

6. METODOLOGICKÁ ČÁST

Výzkumné šetření je zaměřeno na porovnání kvality života seniorů v jednotlivých zařízeních sociální péče. Kvalita života je poslední dobou často diskutované téma. Oblast péče o seniory byla v naší zemi dlouhodobě na okraji společenského i politického zájmu. Poskytovatelé péče se museli často potýkat s nedostatkem financí, kvalifikovaného personálu, absencí jasné legislativy a spoustou dalších věcí. Během posledních dvaceti let ovšem došlo k velkým změnám. Rozvíjí se nové typy služeb, uplatňují se nové metody práce, je kladen větší důraz na vzdělání personálu. Ve svém výzkumném šetření se chci zaměřit na to, jaká je kvalita života seniorů v současnosti a jestli je možné ji nějakým způsobem zlepšit.

6.1 Cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření je porovnat kvalitu života ve zvolených zařízeních sociální péče. Zjistit, v čem je možné zlepšit kvalitu života, jaký mají pracovníci těchto zařízení přístup ke klientům, jaké činnosti a programy jsou klientům nabízeny a jakým způsobem je rozvíjen potenciál klientů. Dále zjistit, zda jsou uplatňovány principy lidských práv a spravedlnosti.

HVO: „V čem je možné zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče?“

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly vytvořeny tři dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace, při poskytování svých služeb?

DVO2: Co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v zařízení sociální péče?

DVO3: Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům?

6.2 Zdůvodnění strategie výzkumu

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jedná se o výzkum zaměřený na názory lidí a tato metoda umožňuje hlubší proniknutí do podstaty dané problematiky. Získáme více informací o tom, jak různé situace prožívají oslovení informanti, a také se můžeme podívat na zkoumanou problematiku z jejich perspektivy. Termín kvalitativní výzkum je definován jako „*Jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající*

se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ (Strauss, A., Corbinová, J. 1999, s. 10)

Jiný autor (Hendl, 2005) označuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Jde především o pohled očima druhých lidí a snahu o porozumění toho proč jednají určitým způsobem v určitých situacích. Hledáním významu a snahou pochopit aktuální dění vytváří výzkumník podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. *„Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je pomocí celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 17)

Jistou nevýhodou může být časová náročnost sběru informací a jejich následné vyhodnocování, výhodou naopak flexibilita a omezená struktura, která nám dovolí přizpůsobit se. Závěry není možné generalizovat ani vztahovat na jiná zařízení sociální péče, nebo na jiné sociální pracovníky, než na ty, kteří byli zahrnuti do tohoto výzkumu. (Disman, 2007)

6.3 Techniky sběru dat

Podle Žižlavského (2003), může mít kvalitativní výzkum mnoho podob. K nejčastějším technikám sběru dat v kvalitativním výzkumu patří pozorování, rozhovor, analýza dokumentů a také textů, audio záznamy a video záznamy a osobní komentáře. Potřebná data získáme nasloucháním vyprávění, kladením otázek a získáváním odpovědí. (Hendl, 2005) Z uvedených technik jsem zvolila pro výzkumnou část své bakalářské práce, techniku polostrukturovaného rozhovoru, který patří podle Miovského (2006) mezi nejrozšířenější metody rozhovoru v kvalitativním výzkumu.

Stejně jako každá jiná, i tato metoda má své výhody a nevýhody. Mezi nevýhody patří náročnější příprava a potíže se zobecňováním výsledků. Také analýza a sběr dat jsou časově náročné. Výhodou je dobré porozumění zkoumaného problému a hloubkový popis případu. Tento typ rozhovoru představuje daný soubor otázek a témat, ale zároveň umožňuje tazateli upravovat formulaci a pořadí otázek podle situace a na základě odpovědí. (Hendl, 2005) Ve výzkumném šetření použiji otevřené otázky. Při otevřených otázkách dotázaný použije své vlastní formulace odpovědí. (Jeřábek, 1993)

Podle Berga, (2001) jsou čtyři typy otázek, které by měl polostrukturovaný rozhovor obsahovat:

- **Základní otázky** - směřují k ústřednímu tématu výzkumu, mohou být seskupeny a položeny naráz, nebo se mohou objevovat v průběhu rozhovoru. Všechny mají stejnou funkci - mají pomoci získat klíčové informace spojené s výzkumnými otázkami.
- **Dodatečné otázky** - jsou otázky rovnocenné se základními otázkami. Může jít o alternativní vyjádření základních otázek, kterým účastník studie v původní formulaci nerozuměl. Bývají použity na zkontrolování reliability odpovědí a k posouzení možného dopadu změny formulace.
- **Jednorázové otázky** - používáme k vybudování vztahu na začátku rozhovoru. Slouží k nastavení tempa, nebo ke změně tématu v průběhu hovoru. Tyto otázky nejsou rozhodující, pokud jde o sběr informací důležitých pro studii, ale jsou nepostradatelné při vytváření pouta mezi tazatelem a respondentem. Také mohou mít významný vliv na celkový úspěch rozhovoru.
- **Zkoumavé otázky** - neboli sondy mají za úkol přimět informanty rozpracovat své odpovědi na položené otázky. Patří sem například otázka „Můžete mi o tom říct něco více?“ nebo „Mohl byste to prosím více vysvětlit?“ a tak podobně. Na stejnou otázku mohou různé první odpovědi spustit různé zkoumavé otázky, ale jejich účel je stejný. Získat od informanta více informací v reakci na specifickou otázku.

Kromě těchto čtyř typů otázek, které jsou přínosem v polostrukturovaném rozhovoru uvádí Bergr, (2001) také tři typy otázek, které by tento rozhovor naopak obsahovat neměl:

- **Rozčilení působící otázky** - budí u informanta nepřiměřenou emocionální reakci, i když otázka nebyla zamýšlena jako útočná. Nevhodná formulace snadno může narušit tok rozhovoru.
- **Dvouhlavňové otázky** - jsou takové otázky, která vyžadují odpověď zahrnující dvě nebo více témat. Taková otázka nejenže může respondenta zmást, ale také může ztížit analýzu odpovědí.
- **Složitě otázky** - jsou také zdrojem potíží. Krátké, stručné a cílené otázky jsou efektivnější, než zdlouhavá souvětí.

Abych získala i jiný úhel pohledu na zkoumaný problém, doplnila jsem rozhovory o techniku analýzy dokumentů. Podle Hendla (2005), patří analýza dokumentů ke standardní aktivitě kvalitativního výzkumu. „*Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek.*“ (Hendl, 2005, s. 50) Hlavní výhodou analýzy dokumentů je podle autora to, že získaná data nejsou vystavena takovému zkreslení, jako je tomu u rozhovorů. „*Analýza výsledků lidské činnosti má vždy jeden společný znak. To čím se zabývá a co zkoumá, vzniklo nezávisle na výzkumném úkolu. Věci vždy vznikají z docela jiných důvodů než výzkumných a zanechávají po sobě důkazy své existence v nejrůznější podobě. Účelem výzkumu produktů je tyto stopy shromáždit, utřídit a interpretovat.*“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001)

6.4 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování

Na počátku výzkumu je potřeba stanovit jednotku zkoumání, tzn. subjekt, jehož vlastnosti chceme výzkumem zjistit. Jednotkou zkoumání je v této práci zařízení poskytující sociální službu „pobytová zařízení pro seniory.“ Jednotku zkoumání tvoří Domov pro seniory, který bude z důvodu zachování anonymity označen jako Domov A a dále je jednotkou zkoumání Domov se zvláštním režimem, který bude označen, jako Domov B. Tyto jednotky zkoumání jsem si vybrala proto, že splňují předpoklady pro naplnění cíle mého výzkumu a také to bylo dáno ochotou zařízení spolupracovat na výzkumu. Jednotkou zjišťování jsou subjekty, se kterými se výzkumník setkává za účelem sběru informací. V mé bakalářské práci představují jednotku zjišťování sociální pracovníci a pracovníci přímé péče zkoumaných zařízení. Jednotkou zjišťování jsou také dokumenty daných zařízení. Pro výběr jednotky jsem použila metodu záměrného výběru. Miovský (2006) uvádí, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme jedince, kteří kritérium splňují a jsou ochotni se zapojit do výzkumu.

Tab. č. 1 Identifikace vzorku informantů

Informant (ve všech případech ženy)	Pracovní pozice	Věk (let)	Délka praxe (let) na stejné pracovní pozici	Organizace	Vzdělání
A1	Sociální pracovník	27	4	Domov A	VŠ v oboru sociální práce
A2	Sociální pracovník	50	10	Domov A	VŠ v oboru sociální práce
A3	Pracovník v sociálních službách	30	2	Domov A	Kurz pracovníka v sociálních službách
A4	Pracovník v sociálních službách	49	15	Domov A	Kurz pracovníka v sociálních službách
B1	Sociální pracovník	33	5	Domov B	VŠ v oboru sociální práce
B2	Sociální pracovník	51	18	Domov B	VŠ v oboru sociální práce
B3	Pracovník v sociálních službách	42	15	Domov B	Kurz pracovníka v sociálních službách
B4	Pracovník v sociálních službách	38	10	Domov B	Kurz pracovníka v sociálních službách

6.5 Transformace výzkumných otázek

Transformace výzkumných otázek je postup, kdy přetváříme složité teoretické koncepty na měřitelné znaky. Tento proces navazuje na teoretická východiska, ze kterých byly vymezeny tři dílčí výzkumné otázky. V kontextu těchto jednotlivých dílčích výzkumných otázek jsem stanovila indikátory, které byly následně transformovány na tazatelské otázky. Tyto otázky se staly podkladem pro scénář polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníci a s pracovníci přímé péče ve zkoumaných zařízeních. Indikátory byly použity také při analýze dokumentů. Identifikace vzorku informantů se nachází v tabulce č. 1, transformace výzkumných kroků v tabulce č.2 a kompletní znění transformovaných výzkumných otázek v tabulce č. 3.

Tab. č. 2 Transformace výzkumných kroků

Vo	Výzkumný nástroj	Informanti
DVO1	Analýza dokumentů	Interní dokumenty Domova A a Domova B
DVO2	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci, Pracovníci v sociálních službách
DVO3	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci, Pracovníci v sociálních službách

Tab. č. 3 Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek

VO	TO
DVO1: Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace, při poskytování svých služeb?	Analýza dokumentů
DVO2: Co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v zařízení sociální péče?	TO1: Pomáhají Vám, při Vaší práci zpracované metodiky a postupy práce? Pokud ano, jaké a v čem Vám pomáhají? TO2: Jak se projeví v individuálním plánování přání a potřeby uživatelů? Jakým způsobem je zjišťujete?

	<p>TO3: Jakým způsobem si získáváte důvěru uživatelů?</p> <p>TO4: Jak zjišťujete spokojenost uživatelů?</p> <p>TO5: Domníváte se, že mohou uživatelé projevovat vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě v zařízení. Pokud ano, v čem?</p> <p>TO6: Jaké programy jsou pro klienty vytvářeny a v čem tyto programy podle Vás rozvíjí potenciál uživatelů?</p>
<p>DVO3: Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům?</p>	<p>TO1: V jakých životních situacích a při jakých úkonech, potřebují Vaši uživatelé nejčastěji Vaši pomoc? Znáte životní příběhy Vašich uživatelů?</p> <p>TO2: Na co je podle Vás péče o uživatele v domově nejvíce zaměřena?</p> <p>TO3: Co myslíte, že ovlivňuje Váš přístup ke klientům?</p> <p>TO4: Jakým způsobem pracujete s motivací uživatelů?</p> <p>TO5: Domníváte se, že chybí v zařízení nějaká aktivita pro uživatele? Pokud ano, jaká?</p>

6.6 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal během měsíce ledna až února 2015. Oslovila jsem dvě zařízení poskytující sociální službu „pobytová zařízení pro seniory“. V obou zařízeních mi vyšli vstříc. Mým záměrem bylo, provést rozhovory se dvěma sociálními pracovníci a také se dvěma pracovníci přímé péče v každém jednotlivém zkoumaném zařízení. Pro zachování anonymity informantů budu označovat pracovníce Domova A jako A1, A2, A3, A4 a pracovníce Domova B jako B1, B2, B3, B4. Respondenti byli seznámeni se záměrem výzkumu, byla jim zaručena anonymita a všichni respondenti vyjádřili souhlas s uskutečněním rozhovoru. Rozhovory jsem vedla na základě otázek připravených ve scénáři rozhovoru, délka rozhovoru se pohybovala do 60 minut, což záviselo na otevřenosti a schopnosti informanta, odpovídat na kladené otázky. Rozhovory jsem zaznamenávala ručně do zápisového archu s předem připravenými otázkami, přímo za přítomnosti informantů, na čemž jsme se se všemi informanty předem společně dohodli. Zástupci jednotlivých zařízení mi poskytli také dokumenty potřebné k analýze dokumentů. Ve velké většině se jednalo o propagační materiály, interní směrnice a metodiky.

6.7 Rizika výzkumu

Rizika výzkumu této bakalářské práce jsem rozdělila do dvou oblastí. První oblast rizik se vztahuje na výzkumníka. Druhá oblast se týká informantů.

Rizika ze strany výzkumníka:

Vzhledem k tomu, že se jedná o můj první kvalitativní výzkum, jsem si vědoma jistých nedostatků. Protože se teprve učím zpracovávat informace vědeckovýzkumným způsobem, mohu se dopouštět mnoha chyb a omylů.

Rizika ze strany informantů

Jako hlavní riziko vnímám to, že nezjistím jednoznačnou odpověď, na některé tazatelské otázky. Může to být způsobeno tím, že názory pracovníků se budou lišit s ohledem na částečně rozdílnou cílovou skupinu uživatelů.

7. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V analytické části se budu věnovat výsledkům výzkumu. Cílem výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „*V čem je možné zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče?*“ Hlavní výzkumná otázka byla rozdělena do tří dílčích výzkumných otázek (DVO1, DVO2, DVO3). Dále jsem vytvořila jedenáct tazatelských otázek, které rozvíjí DVO2 a DVO3. Rozhovory byly vedeny se čtyřmi sociálními pracovníci a čtyřmi pracovníci v sociálních službách. Tyto rozhovory byly podrobeny analýze a její výsledky prezentuji v této části práce.

7.1 DVO1: Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace, při poskytování svých služeb?

V této kapitole budu analyzovat dokumenty, které mi poskytli informanti, kteří poskytují služby cílovým skupinám uvedených zařízení. V kapitole 2.2 jsem definovala Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem a také jsem uvedla podle ZSS a Vyhlášky 505 jednotlivé činnosti, které tyto pobytová zařízení poskytují. V této souvislosti tedy dokumenty analyzuji podle následujících indikátorů: **činnosti a postupy**. Analýzou dokumentů, zkoumám, jaké činnosti a postupy používají uvedené organizace při poskytování svých služeb.

7.1.1 Domov A

Toto zařízení je příspěvkovou organizací Královéhradeckého kraje, zřízené za účelem poskytování sociální péče starým občanům. Cílovou skupinou pobytového zařízení jsou senioři, kteří dosáhli věku 65-ti let a potřebují podporu z důvodu trvalé změny zdravotního stavu. Tuto podpora jim nemůže být poskytnuta členy rodiny, ani pečovatelskou službou. Z důvodu bezbariérovosti celého areálu lze poskytovat služby (v rámci cílové skupiny) také uživatelům, kteří mají omezenou pohyblivost a také těm, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík. Lze konstatovat, že každý uživatel je zodpovědný za svoji situaci a také rozsah a forma pomoci ze strany zařízení musí vycházet z individuálních potřeb uživatelů. V zařízení je kladen důraz na to, aby uživatel využíval i služby veřejných institucí. Dále je vítaná pomoc

rodiny a blízkých osob. Informant A1 mi poskytl dokument – Nabídka služeb a uvedl: „V tomto dokumentu jsou podle mě velice dobře zpracovány základní zásady při poskytování našich služeb.“

Indikátor – činnosti

Mezi činnosti zařazují činnosti pracovníků, jejich činnost je nezbytná pro poskytování kvalitní služby uživatelům Domovů A a B.

- **Poskytnutí ubytování** – celoroční ubytování s kapacitou 64 lůžek (ve 20 jednolůžkových, 19 dvoulůžkových a 2 třílůžkových pokojích). Součástí pokojů je koupelna, WC a balkon, polohovací lůžka, televize, varná konvice a dorozumívací systém napojený na sesternu.
- **Úklid , praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení** – praní: osobní prádlo - možnost 5 x týdně, ložní prádlo – 1x měsíčně. Žehlení a mandlování: 5x týdně. Drobné opravy prádla - 5 x týdně a úklid 7x týdně.
- **Poskytnutí stravy** – 5 x denně s možností využít diabetickou stravu, kdy lze stravu podat v jídelně nebo na pokoji.
- **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu** – pomoc při oblékání a svlékání podle potřeby uživatele. Dále pomoc při přesunu na vozík nebo lůžko v časové frekvenci 3 x denně. Obdobně pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změna poloh. Uživatel s omezením může využít úkon příprava stravy, pomoc při krmení a podání pití. Pomoc při prostorové orientaci se vztahuje na uživatele, kteří mají poruchu orientace, kdy je uživatel doprovázen personálem.
- **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** – při těchto činnostech je zachovááno soukromí a individuální potřeby každého uživatele. Lze využít sprchování v koupelně u svého pokoje nebo mobilní sprchové lůžko. Dále pomoc při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při využití WC.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** – nákup, návštěva lékaře, výlety mimo zařízení, duchovní činnost, návštěva různých vystoupení, jiných zařízení apod., půjčování knih, novin a časopisů, kadeřnice a donáška léků. Uživatelé, kteří jsou schopní, mohou využívat tyto činnosti v rámci veřejných zdrojů vně domova.

Uživatelům, kteří potřebují pomoc, nabízí domov tyto služby zprostředkovat v rámci areálu domova.

- **Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob** – domov se zaměřuje na uživatele domova, ale také na jejich rodiny, přátele a známé, kdy je nabízena možnost: neomezených návštěv (pokud tím nejsou rušeni ostatní uživatelé), pobyt mimo domov, pomoc při psaní pohledů, dopisů a telefonování. Rodinám je nabízena možnost se zapojit do volnočasových aktivit, které se v domově konají.
- **Sociálně terapeutické činnosti** – jedná se o činnosti, které vedou k rozvoji a udržování osobních a sociálních schopností a dovedností. Konkrétně se jedná o činnosti související s oblékáním, jídlom a hygienou (pomoc při znovu nabytí zručnosti při držení lžice, zapínání a rozepínání knoflíčků apod.). Dále zájmové a aktivizační činnosti, které vedou k rozvoji a udržování dovedností a schopností.
- **Aktivizační činnosti** – aktivity jsou rozděleny podle skupin uživatelů, kdy se jedná o: aktivní a schopné uživatele, kteří nepotřebují pomoc, uživatelé kteří potřebují pomoc a nekomunikující uživatelé. Aktivity jsou realizovány individuálně, skupinově a společenské aktivity, za větší účasti uživatelů. Domov nabízí následující aktivity: ergoterapii, muzikoterapii, canisterapii, pečení a vaření, trénování paměti, výlety, hraní stolních her, předčítání, fyzioterapii, odpolední čtení, prodej textilu, oslavy svátků, promítání filmů a zpívání.
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů** – vyřizování úředních záležitostí (změna trvalého pobytu, vyřízení příspěvku na péči, vydání nového OP apod.).
- **Nabídka zdravotních výkonů** – jedná se o výkony, které jsou prováděny dle ordinace ošetřujícího lékaře daného uživatele: vedení odborné zdravotní péče, podání léků, ošetřování chronických ran, aplikace inzulinu, péče o cévky, bandáže a péče o těžce nemocné a umírající.
- **Základní sociální poradenství** – poskytnutí informací směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby a výběru sociální služby. Dále poskytnutí informací o základních právech a povinnostech osoby, v souvislosti

s poskytováním služby a také poskytnutí informací o možnostech podpory členů rodiny.

V dokumentu Veřejný závazek jsou uvedeny další činnosti: poslání, konkrétní cíle služby a dostupnost služby.

Indikátor – postupy

Předpisy, kterými se řídí pracovníci Domova A, a upravují postupy práce jsou: Metodický pokyn č. 39 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb, Metodický pokyn č. 33 – Jednání se zájemcem o sociální službu, Metodický pokyn č. 36 – Smlouva o poskytnutí sociální služby, Metodický pokyn č. 25 – Individuální plánování průběhu služby a Metodický pokyn č. 34 – Klíčoví pracovníci.

Pracovníci postupují dle výše uvedených metodik, kdy nový uživatel je již před nástupem do zařízení seznámen s nabídkou služeb a má tedy jasnou představu o tom, jak bude poskytování služby probíhat. Při jednání se zájemcem o službu v rámci sociálního šetření je uživatel seznámen s Pravidly kolektivního soužití a také s následujícími vnitřními směrnici: Podávání a vyřizování stížností na kvalitu nebo způsob poskytování služeb, Evidence a vyúčtování úhrady při pobytu mimo domov, Stravování klientů, Nakládání s majetkem uživatelů a požárními předpisy. Dále je uživatel informován o možnostech nahlížet do vnitřních směrnic a standardů.

Nejpozději v den nástupu do domova je s uživatelem uzavřena Smlouva o poskytování služby sociální péče a také podle metodického pokynu Individuální plánování průběhu služby formuluje klíčový pracovník společně s uživatelem osobní cíl a kroky k dosažení cíle. Snahou pracovníků domova je, co v nejvyšší míře omezit porušování práv uživatelů, kdy v metodickém pokynu č. 39 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb jsou vymezeny situace:

- Možného porušení práv uživatelů
- Situace možného střetu zájmů
- Ochrana uživatelů před předsudky a negativním hodnocením
- Pravidla pro použití restriktivních opatření
- Pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami

Výsledkem by mělo být poskytování kvalitní služby a spokojenost uživatelů, dosažení osobního cíle nebo jednotlivých kroků, které vedou k dosažení cíle uživatelů.

7.1.2 Domov B

Domov B je rozdělen na dvě oddělení: ošetrovatelské a resocializační. Rozdílnost lze sledovat v cílech uvedených oddělení, kdy na resocializační oddělení může být přijat ten uživatel, který byl před nástupem v přeléčení. Výzkumné šetření bude realizováno v ošetrovatelském oddělení. Cílovou skupinou jsou dospělé osoby, muži a ženy z Královéhradeckého kraje, od věku 45 let. Jedná se o osoby, které jsou závislé na návykových látkách a jsou v takovém stádiu onemocnění, které vyžaduje kompletní ošetrovatelskou péči. V souvislosti s teoretickou částí práce, kdy jsem v kapitole 2.2 vymezila pojmy duševní onemocnění a závislost na návykových látkách uvádím následující účel ošetrovatelského oddělení: život bez závislostí, získání sebeúcty, posílení kompetencí ve zvládnání péče o vlastní osobu, posílení sociálních dovedností a zamezení sociálního vyloučení. Zástupce ošetrovatelského oddělení mi poskytl pro výzkumné šetření dokument Nabídka služeb ošetrovatelského oddělení.

Indikátor – činnosti

- **Poskytnutí ubytování** – čtyři vícelůžkové, bezbariérové pokoje, kdy při zlepšení zdravotního stavu uživatele je možnost přestěhování na resocializační oddělení. V souvislosti s ubytováním je poskytován úklid, praní prádla, žehlení a drobné úpravy osobního a ložního prádla.
- **Poskytnutí stravování** – domov zajišťuje následující diety: redukční, diabetickou, žlučnickovou, nízkobílkovinnou a nízkocholesterolovou, kdy dietní strava je uživateli podána na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Strava se podává v jídelně nebo na lůžku.
- **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** – pomoc při úkonech osobní hygieny, základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC.
- **Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu** – pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, vstávání z lůžka a změna poloh. Dále pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, podávání jídla a pití a pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** – pomoc a podpora při obnovení nebo udržení kontaktu s rodinou a podpora a pomoc při dalších aktivitách podporující sociální začleňování a podpora a pomoc při využívání dostupných služeb a informačních zdrojů.
- **Sociálně terapeutické činnosti** – vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující sociální začlenění osob.
- **Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti** – sebeobslužné aktivity směřují uživatele k samostatnosti v úkonech péče o vlastní osobu na základě individuálního plánu. Aktivizační činnosti – procvičování paměti, zrakové vnímání a řeči, procvičování motoriky a koordinace pohybů. Dále vzpomínkové techniky a předcítání. Nácvik sociálních dovedností a pohybové aktivity – ranní rozcvičení za pomoci kompenzačních pomůcek, chůze, procházky, rehabilitace a výlety. Skupinové a individuální arteterapie - kreslení, vystřihování, omalovánky, ubrousková metoda, barvy na sklo, lepení, práce se dřevem, práce s přírodními materiály, šití, vyšívání, pletení, háčkování, tkaní na stavu, tvorba dárků pro různé příležitosti. Ergoterapie – uživatelé jsou motivováni k nácviku dovedností, pomocným pracím na oddělení, zahradě a areálu. V rámci muzikoterapie lze poslouchat hudbu, ale také aktivně hudbu provozovat, což je rozšířeno o dechová cvičení. Mezi odpočinkové činnosti patří šachy, dáma, karty, četba knih, luštění křížovek a sledování televize. Domov pořádá také kulturní akce uvnitř oddělení a také mimo domov. Konkrétně se jedná o taneční zábavy, představení dětí, hudební a divadelní představení, výstavy, návštěvy jiných zařízení a sportovní akce.

Další činnosti jsou uvedeny v dokumentu Veřejný závazek – poslání, cíle a principy služby.

Indikátor – postupy

Pracovníci postupují podle metodiky – Informace o přijetí uživatele do Domova B a metodiky - Smlouva o poskytnutí sociální péče.

V případě, kdy se osoba rozhodne využívat danou službu, je třeba vyplnit žádost, která musí obsahovat vyjádření lékaře. V tento okamžik se osoba stává zájemcem o službu a je s ním zahájeno vyjednávání – sociální šetření.

- V situaci, kdy zájemce používá návykové látky, ale má zájem pracovat na své abstinenci a do budoucna být uživatelem služby, tak je navázána spolupráce a je připravován k přijetí.
- V případě, kdy se sociálním šetřením zjistí, že zájemce aktivně používá návykové látky, nemá náhled na problém závislosti, zlehčuje svou situaci, nemá zájem pracovat na abstinenci a bagatelizuje problémy spojené se závislostí žádost je zamítnuta pro nesplnění podmínek cílové skupiny.

Při poskytování základních činností vychází pracovníci z jednání se zájemcem o službu a následně z individuálního plánu uživatele. Společně s klíčovým pracovníkem se uživatel podílí na vytvoření individuálního plánu, na jeho aktualizaci a také vyhodnocování. U uživatelů špatně komunikujících a dementních vytvoří individuální plán klíčový pracovník na základě monitorování a pozorování uživatele. Individuální plán je vytvořen na základě osobních cílů uživatele a potřeb uživatele z hlediska zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. Dále individuální plán obsahuje dohodu o tom, jakým způsobem uživatel bude čerpat poskytované služby.

Postupy, které vedou k poskytování služby, vycházejí ze Smlouvy o poskytování služby sociální péče, jejíž součástí jsou prvky zvláštního režimu, kdy míra uplatnění je řešena individuálně.

- Uživatel může být kdykoliv podroben dechové zkoušce
- Kdykoli provedena kontrola osobních věcí (vždy za přítomnosti uživatele)
- Umožněn volný pohyb, mimo areál domova pouze s profesionální pomocí
- Je mu poskytnuta celodenní strava s absencí alkoholických nápojů

Dokument Prvky zvláštního režimu obsahuje také sankce, za porušení pravidel, které vždy obsahují motivační prvky.

7.1.3 Dílčí závěr 1:

DVO1: Jaké činnosti a postupy, podle analýzy dokumentů uplatňují zvolené organizace, při poskytování svých služeb?

Analýzou dokumentů zvolených zařízení vyplývá, že se pracovníci v rámci svých kompetencí snaží svými činnostmi a postupy poskytovat cílovým skupinám takové služby, které vyplývají ze ZSS. Obě zařízení mají vypracované dokumenty, podle kterých postupují. Nad rámec

základních činností poskytují zařízení fakultativní služby: zajištění léků a kompenzačních pomůcek, donášku nákupů, velké opravy osobního prádla a ošacení, donášku věcí do čistírny, opravy obuvi a zajištění opravy oční optiky, šperků, hodinek a holicích strojků. Jak jsem popsala v teoretické rovině v kapitole 2.1 Pobytová zařízení pro seniory, je důležité, aby pobytová zařízení neposkytovala všechny úkony v plné míře, ale tak, aby služba nacházela motivační prvky k vlastní aktivitě uživatele. Dále je třeba usilovat o to, aby měl uživatel kontakt s přirozeným sociálním prostředím. V této souvislosti z analýzy vyplývá, že Domov A má za cíl usilovat o zachování vazeb uživatelů s rodinou a jejich přirozeným prostředím, usilovat o využívání místních institucí, které poskytují veřejné služby (kadeřnice, pedikúra, knihovna, obchody, fotograf a kino). Uživatelé se mohou pohybovat volně po domově a opouštět domov podle svých potřeb a také lze využít pobyt mimo domov. V případě Domova B se jedná zejména o spolupráci s rodinou klienta, protože domov nemůže převzít všechny úkoly za rodinu, spolupráce s rodinou je nezbytná při tvorbě individuálního plánu. Pracovníci se společně s rodinou domlouvají na možnosti podílet se na poskytování pomoci. Výše popsané rozdíly mezi oběma zařízeními plně korespondují s teoretickou částí práce, kdy je uvedena částečná rozdílnost z důvodu cílových skupin. Naopak shodu lze nalézat v kulturním životě v uvedených domovech. Jedná se o poskytování aktivizačních programů, kdy v obou zařízeních jsou poskytovány různé druhy aktivizačních činností, které jsou založeny na motivaci uživatelů.

7.2 DVO2: Co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v zařízení sociální péče?

V teoretické části práce jsem vymezila pojem kvalita života a také jsem definovala faktory ovlivňující kvalitu života v kontextu stáří a pobytových služeb. Na základě těchto teoretických východisek a na základě odpovědí informantů z řad personálu zkoumaných zařízení se pokusím zjistit odpověď na DVO2.

Indikátor: postupy práce

TO1: Pomáhají Vám při Vaší práci zpracované metodiky a postupy práce? Pokud ano, jaké a v čem Vám pomáhají?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli sociální pracovníce, a pracovníce v sociálních službách, využívají zpracované metodiky a postupy práce. Zajímalo mě, jestli jim v jejich práci tyto metody a postupy pomáhají, nebo jestli jsou pro ně naopak určitou překážkou.

„Hlavním smyslem písemných metodických materiálů je stanovit závazná pravidla a postupy pro řešení situací, které mohou nebo mají nastat v průběhu sociální služby s cílem zajistit trvalou kvalitu poskytované služby i podmínky pro uplatňování práv a svobod uživatelů služby. Kvalitní metodické materiály poskytují jistotu pracovníkům i uživatelům.“ (Standardy 2008)

Informant A1 uvedl: *„Metodiky jednoznačně pomáhají. Nedá se přesně rozlišit jaké, protože „všechno se vším souvisí“ a tak i zdánlivá maličkost může mít velký význam. Metodiky pomáhají v uvědomování si souvislostí, v tom, aby se na něco nezapomnělo a aby nový pracovník měl z čeho čerpat.“* Druhý z informantů A2 k tomu řekl: *„Myslím si, že to snad ani nejde úplně na každou aktivitu napsat přesně metodiku, protože pak vlastně vyvstane nějaká situace a musíte třeba improvizovat. Nejde se řídit podle papíru co tam je napsané, teď budete dělat tohle a tohle, od, do...“*

Některé pracovníce měly z rozhovoru trochu obavy, ale ujistila jsem je, že zachovám anonymitu a výstupy budou použity pouze pro účely výzkumného šetření. Na první otázku odpověděl informant B2 toto: *„Řeknu, že nejlepší je praxe a čas, prostě ke každému stejně musíte přistupovat individuálně, to se nedá napsat.“* Informant B4 konstatoval, že: *„Nestalo se mi, že bych si nevěděla rady s prací a šla se podívat do standardů.“*

Téměř všechny pracovníce se shodly na tom, že metodiky a postupy práce mají zpracované a všechny o nich vědí, ale v konkrétních situacích se řídí především vlastním rozumem a zkušeností. Což ovšem neznamená, že by dělaly něco špatně, nebo něco zanedbávaly, ale nechají se vést více svými pocity a zkušenostmi. Upřednostňují individuální přístup a rozhodují se vždy tak, aby to bylo ve prospěch klienta.

Indikátor: potřeby

TO2: Jak se projeví v individuálním plánování přání a potřeby uživatelů? Jakým způsobem je zjišťujete?

Zde jsem chtěla zjistit, jakým způsobem informanti zjišťují přání a potřeby uživatelů, zda jsou aktivní, a komunikují s uživateli o jejich představách, zda se zajímají o jejich názory na individuální plánování. Také mě zajímalo, zda se tyto jejich přání a potřeby projeví při samotném plánování a pokud ano, jakým způsobem.

Informant A1 odpověděl: *„Jak se to projeví? Mělo by to tam být zaznamenáno, samozřejmě. Jednou, maximálně dvakrát do roka dáváme dotazník, co si vlastně přejí uživatelé, nebo můžou kdykoliv přijít za námi.“* Informant B2 doplnil: *„Mělo by to být zaznamenáno asi nejlíp téma cílema, tam by měly být ty jejich přání, a čeho by chtěli dosáhnout. Zjišťujeme to, když ten člověk nastupuje, tak o tom mluvíme při sociálním šetření, z toho se pak dělá první verze toho plánu a pak klíčoví pracovníci při těch schůzkách, které by měly být.“*

Z této části rozhovoru jasně vyplynulo, že individuální plánování je pro sociální pracovníce i pracovníce v přímé péči velmi důležitou součástí práce s klientem. Podílí se na ní jak sociální pracovníce již při prvním sociálním šetření, ještě před nástupem do domova, tak později klíčoví pracovníci, kteří s klientem pracují. Problém může nastat, pokud má klient problémy s komunikací, tady vyvstává potřeba spolupráce s rodinou klienta. Pokud ji nemá, je nutné se obrátit například na sociální pracovníci, která se dříve o klienta starala, nebo na pracovníky dalších institucí, kde klient pobýval před nástupem do domova.

Informant A2: *„S některýma lidma se domluvíme, zeptáme se jich, nebo u některých třeba musíme přes příbuzné, abychom věděli, vůbec co měli rádi a jak měli rádi, když už to neumí sami vyjádřit. U některých to jenom odhadujeme.“* Také odpověď informanta A4 byla zajímavá: *„Když nám sem přivezou ležící třeba, nemluví, tak to je jediné rodina, nebo přes sociální pracovníci, tam kde byl ten klient dřív. To se jinak nedozvíme. Přání do individuálních plánů samozřejmě dáváme, na pravidelných schůzkách co máme, tak to se snažíme vyjít vstříc, každému podle svých možností. Co můžeme, pomůžeme, někdy se spojíme i s tou rodinou, když si přeje mít třeba televizor na pokoji, tak se jich zeptáme.“*

Ale s některýma se opravdu jako není možné domluvit, copak my pak máme vymýšlet za nějaké plány a cíle...nebo někdo nám řekne – dejte mě s tím pokoj...“

Pro sociální pracovníky je velice důležitá zpětná vazba klientů. Je problematické naplňovat potřeby a přání klientů, pokud klient sám neví, co by si přál, nebo nemá žádné cíle a chce mít pouze klid. Tady se nabízí velký prostor pro sociální pracovníce i pracovníce v přímé péči, aby dokázaly klienty motivovat a svým přístupem si získaly jejich důvěru.

Indikátor: potřeby

TO3: Spolupracují pracovníci mezi sebou při realizaci individuálního plánu uživatele? Pokud ano, jakým způsobem?

Tato otázka je zaměřena na oblast spolupráce sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči. Domnívám se, že jde o velice důležité téma, protože kvalita služeb se odvíjí do jisté míry právě od spolupráce všech zainteresovaných pracovníků. Pokud spolupráce funguje správně, je to jistě ku prospěchu klientů, pokud spolupráce vázne, mohou vyvstat problémy, na které může v konečném důsledku doplatit nejvíce právě klient.

Informant B3 k této otázce uvedl: *Ano, předáváme si informace i písemně, zapisujeme, co je u koho nového, aby další směna už věděla, co a jak a funguje to bezvadně.* Informant B4 k tomu dodal: *„Samozřejmě spolupracujeme, bez toho by to nešlo, když si předáváme služby, tak se o konkrétním klientovi bavíme. Kdybychom si nepředávaly informace, tak by to nefungovalo. Ta komunikace mezi námi musí být.“* Ve druhém zařízení byly odpovědi podobné, informant A1 k tomu řekl: *„Pracovníci spolupracují, sociální pracovník sestavuje prvotní individuální plán, klíčový pracovník je zodpovědný za jeho aktualizace, všichni, kdo se podílí na péči, jsou zodpovědní za jeho realizaci. Plán je v PC, všichni k němu mají přístup, realizaci evidují.“*

Všichni informanti odpověděli shodně, že spolupracují. Vzájemná spolupráce a předávání informací jsou důležitou součástí péče. Na spolupráci se podílí všichni pracovníci, kterých se to týká a tato spolupráce začíná hned po přijetí klienta do zařízení.

Indikátor: přístup ke klientům

TO4: Jak zjišťujete spokojenost uživatelů? Jakým způsobem si získáváte důvěru uživatelů?

V této otázce jsem se zaměřila na to, jakým způsobem zjišťují pracovnice daného zařízení spokojenost svých uživatelů se službami a také s personálem. Jak si získávají důvěru klientů, jestli se o to vůbec snaží a taky, jak moc je pro ně důležité, navázat s klienty úzký vztah. Zda se jim to daří, nebo ne.

Na otázku, jak zjišťují spokojenost klientů, odpověděl informant A1 následující: *„Spokojenost našich klientů zjišťujeme především komunikací, ale také dotazníky, které předkládáme uživatelům, asi dvakrát do roka. Zaměříme se vždycky na nějakou oblast péče, maximálně 4-5 otázek, nic dlouhého.“* Informant A2 doplnil: *„Pořádáme taky pravidelné schůzky s uživateli, kde každý může říct, co ho trápí, co se mu líbí, nelíbí, a my to potom vyhodnotíme a změňíme podle toho, co si přeje.“* K otázce získávání důvěry se vyjádřil informant B1: *„Důvěru se snažíme získat už prvním kontaktem, snažíme vycházet jim vstříc, mluvit s nima jako s dospělými lidmi a ne s dětmi, nechovat se infantilně, prostě jako rovný s rovným.“*

Z odpovědí vyplynulo, že obě zařízení kladou velký důraz na spokojenost uživatelů a aktivně zjišťují jejich spokojenost se službami i personálem. Prvořadým prostředkem je pro ně vzájemná komunikace, pomáhají jim také dotazníky a společná setkání. Stejně tak na důvěře pracují zaměstnanci obou zařízení od prvního kontaktu s klientem a snaží se ji prohlubovat především tím, že jednají s klienty jako s rovnocennými partnery a zachovávají jejich nezpochybnitelnou lidskou důstojnost.

Indikátor: fyzický prostor

TO5: Domníváte se, že mohou uživatelé projevovat vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě v zařízení. Pokud ano, v čem?

Smyslem této otázky bylo zjistit, zda uživatelé mohou projevovat vlastní svobodnou vůli, zda mohou rozhodovat o věcech, které se jich bezprostředně týkají. Také jsem chtěla zjistit, jestli uživatelé mohou nějakým způsobem ovlivňovat rozhodování o svém životě v zařízení a jak vnímají tuto otázku pracovnice daných zařízení. Na to mi odpověděl informant A3:

„Samozřejmě, že mohou, mají sice stanovený nějaký režim, že je v nějakou dobu snídane, oběd atd., ale na všem se dá domluvit.“ Podle informanta A4 pro uživatele připravují spoustu různých aktivit, ale do ničeho je nenutí, spíše se je snaží motivovat a dodává: *„Ten jejich život tady by se měl co nejvíce podobat tomu životu, jaký měli předtím, než k nám přišli.“*

V Domově B se odpovědi trochu lišily, z důvodu zaměření na cílovou skupinu, která má určitá omezení oproti Domovu A. Jde především o to, že v Domově B mají uživatelé umožněn volný pohyb pouze uvnitř zařízení a mimo zařízení mohou pouze s profesionálním doprovodem. Je to v zájmu jejich zdraví a bezpečnosti. Informant B3 k tomu řekl: *„Problém je, pokud ten člověk to má v hlavě v nepořádku a chce jít sám někam ven, tak to my mu v tom musíme zabránit, protože by mu mohlo hrozit nějaké nebezpečí.“*

Obě zařízení se podle svých možností snaží poskytovat dostatek prostoru k tomu, aby uživatelé mohli plně projevit vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě. Pokud existují nějaká omezení, jsou opodstatněná především zdravotním, nebo duševním stavem uživatelů. Všechny personál obou zařízení plně respektuje práva uživatelů s ohledem na jejich aktuální stav a bezpečí.

Indikátor: aktivizační programy

TO6: Jaké programy jsou pro klienty vytvářeny a v čem tyto programy podle Vás rozvíjí potenciál uživatelů?

Tato otázka měla za cíl zjistit, jaké programy a aktivity jsou pro klienty vytvářeny, jakým způsobem přispívají tyto akce k celkovému rozvoji osobnosti každého klienta, zda je rozvíjen potenciál jednotlivých klientů a jakým způsobem. Také mě zajímalo, jak se na těchto aktivitách podílí sociální pracovníci a pracovníci v z přímé péče i to, jak moc jsou tyto aktivity využívány ze strany klientů. Informanti z obou zařízení shodně potvrdili, že nejčastější a nejoblíbenější aktivitou, bývá cvičení. Informant A1 : *„Myslím, že nejdůležitější je to společné cvičení, pěkně se rozhýbou za ten den.“* Informant B2 k tomu poznamenal: *„Jde o to vůbec se hýbat, uteče jim čas, nekoukají jenom do zdi na pokoji, ale udržují si psychickou i fyzickou kondici.“* V Domově A i Domově B shodně kladou velký důraz na pohybovou aktivitu, procvičování paměti, pořádají pro klienty spoustu kulturních akcí, ze kterých si každý vybere právě to, co se mu líbí a co ho zajímá. Informant B1 dodal: *„Zaměřujeme se především na individuální práci s uživateli, hromadné programy*

nepreferujeme. Přesto, programy, které vytváříme či zajišťujeme, mají za cíl udržet či rozvíjet dosavadní schopnosti uživatelů, posilovat jejich přirozené vazby, oživit vzpomínky.“ V Domově B, vzhledem k cílové skupině poskytují navíc klientům: *„Podporu a pomoc při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.“* A to z toho důvodu, že u některých klientů je předpoklad, že by se mohli ještě vrátit a začlenit do aktivního života, což v Domově A už není možné.

7.3 DVO3: Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům?

Tuto otázku jsem stanovila na základě kapitoly 2.3 v teoretické části bakalářské práce, kdy jsem se zabývala životní situací uživatelů pobytových služeb v souvislosti s individuálním přístupem pracovníků těchto zařízení. Lze předpokládat, že názory pracovníků se budou lišit s ohledem na cílovou skupinu uživatelů. Jak uvádí Topinka (2007) zařízení se liší z důvodu své specializace, zřizovatelem, kvalitou svých služeb a také zaměstnanci.

Indikátor: životní situace

TO1: V jakých životních situacích a při jakých úkonech, potřebují Vaši uživatelé nejčastěji Vaši pomoc? Znáte životní příběhy Vašich uživatelů?

Zde jsem chtěla zjistit, zda pracovníci znají životní situaci každého jednotlivého uživatele a při jakých úkonech poskytují pracovníci nejčastěji pomoc. Pracovníkům jsem položila doplňující otázku: Zda je pro ně důležité při poskytování pomoci znát minulost uživatelů a také vědět, co si uživatelé plánují do budoucna? Všichni informanti odpověděli, že znají životní situace svých uživatelů. Pro názornost uvádím odpovědi dvou informantů. Informant A1 uvedl: *„To v jaké jsou situaci se dozvím z dokumentace, která je pořizována při vstupu do domova a většinou se lidé rozpovídají o tom, jak žili a že už třeba nemůžou být doma sami. Někteří třeba řeknou, že jsou děti daleko nebo tak. No a někteří to neřeknou ze začátku, ale postupem času se většinou svěří.“* Informant B4 řekl: *„Známe jejich situaci, protože se s nima pracuje ještě před vstupem, ale musím také dodat, že většinou neříkají plnou pravdu, takže někdy existuje více variant toho, proč jsou vůbec tady.“*

Na doplňující otázku polovina informantů odpověděla, že je pro ně důležité znát minulost uživatelů a to proto, aby se jim snažili co nejvíce vytvořit v domově prostředí, které se co nejvíce přiblíží jejich původní domácnosti. Druhá polovina informantů shodně odpověděla, že je moc nezajímá minulost uživatelů, protože s tím se už nedá nic dělat, ale za důležité považují současný stav.

Všichni informanti uvedli, že nejvíce poskytují pomoc při vstupu uživatele do zařízení. Jedná se o fázi, kdy uživatelé přichází do nového prostředí a musí si na toto prostředí zvykat. To znamená seznamovat se s novým prostorem, režimem a také s novými lidmi, což považuje většina informantů za nejčastější problém. Informant B3 uvedl: *„Ten začátek je pro lidi nejvíce zatěžující a pak bych také řekla, že u mnohých nastoupí období, kdy to chtějí vzdát a to někdy i několikrát a to pak hledáme všechny možné cesty, jak je motivovat, aby vydrželi.“*

Většina informantů uvedla, že jejich pomoc spočívá v úkonech péče o uživatele, ale ty nepovažují ve většině případů za problémové. Informanti se vyjádřili, že je důležité s uživateli komunikovat a motivovat je v každé životní situaci, ve které právě nachází.

Indikátor: ošetrovatelská péče, aktivizace

TO2: Na co je podle Vás péče o uživatele v domově nejvíce zaměřena?

Z analýzy dokumentů jednotlivých zařízení jsem zjistila, jaké činnosti svým uživatelům poskytují. Zde jsem se snažila zjistit, na co je péče o uživatele v domově nejvíce zaměřena v kontextu poskytovaných činností. Informanti se k této otázce vyjádřili ve dvou kategoriích: ošetrovatelská péče a aktivizace. Převážná většina informantů uvedla, že péče v domově je nejvíce zaměřena na ošetrovatelskou péči. Informant A1 uvedl: *„Většina lidí, které tady máme, potřebují každý den pomoc při hygieně, jídle, pomoc při oblékání, vstávání a přesunu na lůžku, chůzi a tak.“* Podobně se vyjádřil informant B2, který uvedl následující: *„Jsou klienti, kteří moc pomoc nepotřebují, ale moc jich není. Většinou mají hodně zdravotních problémů a ty i psychických. Často řešíme inkontinenci a také pohyb v domově. Někteří klienti se neorientují v prostoru a je potřeba s nimi chodit, prostě jim dělat doprovody.“*

Druhou kategorii tvoří aktivizace, kdy informanti obou zařízení shodně uvedli, že mezi péči v domově patří aktivizace, která je poskytována skupinově a individuálně. Informant A4 uvedl: *„Máme to tady rozdělené. Sociálky většinou dělají individuální aktivizace a pracovníci*

v přímé péči dělají skupinové aktivity. Při individuálních aktivizacích jde hlavně o rozhovory s lidmi nebo děláme doprovody do města.“ Informant tuto informaci rozšířil, kdy uvedl: „Klienti chodí na skupinové aktivity, jako jsou skupinové cvičení paměti, předčítání, sledování filmů pro pamětníky. Hodně pouštíme přírodopisné filmy a každou chvíli je tady nějaké hudební vystoupení. Chodí sem děti ze škol.“ Pracovníci domova B shodně uvedli, že nejvíce se péče poskytuje při individuálních aktivitách. Informant B1 řekl: „Při individuální aktivizaci se lidi nejvíce rozmluví a je to celkově lepší. Cvičíme s nimi kondiční cvičení, předčítáme a luštíme společně křížovky.“

Odpovědi informantů korespondují s výsledky analýzy dokumentů, kdy pracovníci poskytují takové činnosti péče, které mají uvedené ve svých vnitřních dokumentech a metodikách práce.

Indikátor: zdravotní stav

TO3: Co myslíte, že ovlivňuje Váš přístup ke klientům?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaké okolnosti nebo faktory ovlivňují pracovníky v jejich přístupu ke klientům. Informant B3 se vyjádřil: *„Jednoznačně mě ovlivňuje zdravotní stav klientů, protože mi dává obrázek - jak. Jak budu s klientem jednat. Tím myslím právě teď nebo zítra a tak. Zdravotní stav mi vlastně dává návod, jak budu jednat a to mě tedy ovlivňuje.“* Větší polovina informantů uvedla, že je ovlivňuje zdravotní stav klientů, kdy informanti uvádí, jak stav fyzický, tak psychický. Informant A4 uvedl: *„To máte tak: když je třeba člověk s demencí, tak vyžaduje jiný přístup. Hodně vnímat neverbální komunikaci a také ji používat. Myslím tím doteky, mluvit tak, aby mi rozuměli – srozumitelnost a také myslím blízkost a trpělivost.“* Pichaud, Thareauová (1998) o tomto přístupu pracovníků uvádí, že při komunikaci je potřeba zaujmout nejvhodnější pozici – být dostatečně blízko, abychom člověka ubezpečili svou blízkostí, a také dostatečně daleko, abychom mu ponechali svobodný prostor.

Položila jsem doplňující otázku: Existují nějaké bariéry, které ovlivňují Váš přístup ke klientům? Převážná většina informantů stanovila bariéry v oblasti komunikace. Informant A1 uvedl: *„Já když vedu rozhovory s méně komunikativními klienty, tak vím, že musím být hodně trpělivá, často opakovat, co jsem řekla a parafrázovat. Stále se utvrzuji v tom, že mi klient rozumí. Prostě si myslím, že bariér je hodně, ale vždy záleží na konkrétním člověku a na*

individuálním přístupem.“ Tento informant dále řekl: *„Ještě mě napadlo, že mě ty bariéry vlastně také ovlivňují u ležících klientů. Musím také najít přístup, jak se k nim přiblížit. Třeba postranice u postele. To si dávám pozor, abych je vždy dala dolů a byla na úrovni klientů. Učili nás to na školení a je to pravda, nestát nad klientem a tím se nad něj nepovyšovat.“*

Na základě odpovědí informantů, ovlivňuje přístup ke klientům zejména zdravotní stav a také bariéry komunikační a fyzické.

Indikátor: nabídka služeb

TO4: Jakým způsobem pracujete s motivací uživatelů?

Zde jsem se snažila zjistit, jakým způsobem pracovníci používají motivaci v životních situacích uživatelů. Všichni informanti uvedli, že motivace je nejdůležitější faktor, při poskytování péče uživatelům. Dále informanti uvedli, že s motivací pracují každý den a ve všech životních situacích uživatelů. Informant A3 řekl: *„Neustále dáváme klientům nabídku. Uvedu příklad: U některých klientů je koupání problém. Nechtějí se koupat, tak ho necháme v klidu, ať si klient dělá to, co v tu chvíli zrovna chce dělat. Pak se k němu vrátíme, nenutíme ho, jen mu znova nabídneme koupání. Pokud nechce, tak informaci předáme odpolední směně a ta pak opakovaně nabídne koupání.“* Jiný příklad uvedl informant A4: *„Když klient nechce být na aktivizaci hned od začátku nebo po celou dobu, tak mu řeknu: Pokud nechcete, nenutím Vás, ale když si to rozmyslíte, tak klidně zazvoňte a my pro vás přijedeme. Můžete být na aktivizaci třeba na půlku.“*

Na základě výstupů z analýzy dokumentů je zřejmé, že pobytová zařízení neposkytují všechny úkony v celé míře, ale vždy tak, aby služba nacházela motivační prvky k vlastní aktivitě uživatelů. Tento fakt dokládá i informant B1, který uvádí: *„S motivací lidí pracujeme ještě před vstupem do zařízení. Klient sem jde dobrovolně a je na něm, jestli chce vydržet nebo ne. Na nás je, abychom ho po celou dobu motivovali a hledali všechny motivační prvky.“* Že je zásadní uživatele motivovat a také použít své dovednosti a kompetence si informanti uvědomují. Větší polovina informantů uvedla, že jim pomáhají školení, kde se učí různé motivační techniky a zároveň informanti uvádí, že školení si vybírají sami. Informant B4 uvedl: *„Školení si můžeme vybrat sami, tedy téma jaké nás zajímá, ale musí se dobře vybírat. Hodně školení je jenom úvod do něčeho a moc se tam toho nedozvíš.“*

Indikátor: vzdělání, dobrovolníci

TO5: Domníváte se, že chybí v zařízení nějaká aktivita pro uživatele? Pokud ano, jaká?

Haškovcová (2010) se zabývá vzděláním u seniorské populace. Autorka uvádí, že senioři jsou schopni zužítkovat získané znalosti a dovednosti v určitých oblastech. Dále konstatuje, že seniorské vzdělávání musí být pestré. Potřebu vzdělávání uživatelů vnímají všichni dotázaní informanti. Jak mi odpověděl informant A1: *„Jednoznačně tady v domově chybí počítačové kurzy. Zrovna nedávno jsme to řešili na poradě, protože jsou tady lidi, kteří jsou schopní se na počítači naučit. Také rodiny klientů už se na to ptali. Klienti by si mohli prohlížet fotky své rodiny a to by bylo myslím fajn.“* V této souvislosti uvádím odpověď informanta A4, který řekl: *„Slyšela jsem, že studenti průmyslovky učili seniory na počítači v rámci nějakého projektu, nebo že by nějaký dobrovolník?“* Shodně odpověděli také informanti domova B, kdy polovina uvedla, že chybí vybavení počítačové učebny. Informant B2 řekl: *„Máme tady jeden počítač pro všechny klienty. Je to málo, sotva se sem někdo dostane.“*

Položila jsem doplňující otázku – Zda chodí do domova dobrovolníci a jaké činnosti zde zastávají? Podle Zákona č. 198/2002, Sb., o dobrovolnické službě, smí být dobrovolník v domově pouze společník u lůžka. To znamená, že nesmí vykonávat činnosti, podle ZSS. Informant B1 uvedl: *„Dobrovolníci nám moc chybí. Je jich málo. Chodí sem studenti zpívat, ale aby dělali něco jiného to ne.“* Informant A3 řekl: *„Dobrovolníci sem skoro nechodí, jestli myslíte, že by mohli učit lidi třeba na počítači, tak by to bylo super.“* Potřebu dobrovolníků v domovech vnímá pět z osmi dotázaných.

8. SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Analýza dokumentů mi rozkryla, že pracovníci obou domovů se snaží v rámci svých kompetencí používat činnosti a postupy, které vyplývají ze ZSS. Mají vypracované metodické postupy, podle kterých postupují a jsou pro ně významné. Dále poskytují fakultativní služby, které vedou ke kontaktu uživatelů s přirozeným sociálním prostředím. V poskytovaných činnostech obou domovů lze sledovat shodné i rozdílné prvky. To je způsobeno poskytováním péče částečně rozdílným cílovým skupinám. Vymezená shoda je snaha o zachování vazeb s rodinou a poskytování aktivizačních programů. Rozdílnost dokumentů je v režimech domovů, kdy domov B používá sankce, za porušení pravidel, které obsahují také motivační prvky. V DVO2 se mi podařilo zjistit, co ovlivňuje, nebo může ovlivnit kvalitu života uživatelů v konkrétních domovech. Jedná se zejména o metodiky, postupy práce a individuální plány, v rámci kterých se zjišťují přání a potřeby uživatelů. Z odpovědí vyplynulo, že uživatelé mohou projevat vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě v zařízení. Pracovníci vnímají svůj přínos a význam v pomoci svým klientům ve všech životních situacích, kdy životní příběhy uživatelů znají a nejvíce se zaměřují na ošetrovatelskou péči a aktivizační programy. Přístup pracovníků ke klientům nejvíce ovlivňuje zdravotní stav, jak fyzický, tak psychický. Z rozhovorů s pracovníky je zřejmé, že motivace je důležitým faktorem při poskytování péče uživatelům. Dále z výzkumného šetření vyvozují závěr, že vzdělávání pracovníků není na takové úrovni, jakou by si pracovníci přáli. V obou domovech chybí počítačové vybavení pro aktivizační programy a též chybí dobrovolníci, kteří by v domovech zastávali roli společníka u lůžka.

ZÁVĚR A DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života seniorů v zařízeních sociální péče a hledala jsem odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*V čem je možné zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče?*“ Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila do tří dílčích výzkumných otázek. Na základě tří dílčích závěrů jsem zformulovala závěr výzkumu. Jedná se o mé první výzkumné šetření a jsem si vědoma jisté nedostatečnosti. Přesto se domnívám, že jsem postupovala logicky a systematicky a podařilo se mi dosáhnout hlavního cíle: Porovnat kvalitu života ve zvolených zařízeních sociální péče. Zjistit, v čem je možné zlepšit kvalitu života, jaký mají pracovníci těchto zařízení přístup ke klientům, jaké činnosti a programy jsou klientům nabízeny a jakým způsobem je rozvíjen potenciál klientů. Dále zjistit, zda jsou uplatňovány principy lidských práv a spravedlnosti. Odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a také splnit aplikační cíl bakalářské práce.

V teoretické části práce je vymezen pojem kvalita života a faktory, které ji ovlivňují a také sociální služby a standardy kvality sociálních služeb, které definují úroveň poskytování těchto služeb. Při poskytování služeb jsou to také sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří v rámci svých kompetencí mohou ve značné míře ovlivňovat kvalitu poskytovaných služeb. Z teoretické části práce jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku a také dílčí výzkumné otázky.

Analýzou dokumentů jsem zjistila, že obě zařízení mají vypracované dokumenty, podle kterých postupují a pracovníci se v rámci svých kompetencí snaží poskytovat takové činnosti a používají postupy, které vyplývají ze ZSS. Zařízení nad rámec základních činností poskytují fakultativní služby, které pomáhají řešit různé životní situace uživatelů. Obě zařízení neposkytují všechny úkony v plné míře, ale usilují o to, aby služby nacházely motivační prvky k vlastní aktivitě uživatelů. Tímto zvoleným přístupem vytváří prostor, kdy mají uživatelé kontakt s přirozeným sociálním prostředím a jsou zachovávány vazby uživatelů s rodinou a přáteli. Porovnáním obou zařízení, jsem získala podobný materiál, který mi umožnil porovnat míru spolupráce s rodinou uživatelů. Z rozsahu šetření vyvozují závěr, který vypovídá o tom, že spolupráce s rodinou je významná při tvorbě individuálního plánu, kdy se pracovníci společně s rodinou domlouvají na možnosti podílet se na poskytování pomoci. Rozdíly lze nalézt v režimu jednotlivých domovů, kdy domov B uplatňuje prvky

zvláštního režimu, které obsahují sankce, za porušení pravidel. Analýzou dokumentů jsem zjistila shodné aktivizační programy obou zařízení, které vždy obsahují motivační prvky.

Rozhovory jsem vedla s osmi informanty z řad pracovníků obou domovů. Výzkumná zjištění dokládají, že zpracované metodické materiály pracovníkům jednoznačně pomáhají při poskytování služeb, ale zároveň pracovníci deklarují, že se přesně nedá rozlišit jaké, protože si uvědomují, že jsou všechny činnosti vzájemně provázány. Z rozhovorů se zástupci obou domovů jsem na základě stanovených indikátorů zjistila, že pracovníci si uvědomují význam individuálního plánování, při kterém zjišťují přání a potřeby uživatelů. Všichni dotázaní zástupci si jsou vědomi, že individuální plánování je velmi důležitou součástí práce s uživatelem. Dobře vědí, že spolupráce s rodinou a také mezi sebou, je důležitou činností, protože kvalita poskytovaných služeb se odvíjí do jisté míry právě od spolupráce všech zainteresovaných osob. Přání a potřeby pracovníci zjišťují také dotazníky a společnými setkáními s uživateli, několikrát v daném roce. Zjištění, že pracovníci obou domovů se snaží poskytovat dostatek prostoru k tomu, aby uživatelé mohli plně projevit svou svobodnou vůli, a rozhodovat o svém životě přispívá k závěru, že pracovníci respektují práva uživatelů s ohledem na jejich aktuální stav a bezpečí.

Rozhovory s pracovníky mi přinesly poznání, jaké programy jsou pro uživatele vytvářeny a jak tyto programy rozvíjí potenciál uživatelů. Jedná se zejména o následující aktivity: společné cvičení, procvičování paměti, rozhovory, předčítání, sledování filmů pro pamětníky, společné luštění křížovek a různé kulturní programy. Pracovníci shodně uvedli, že se zaměřují zejména na individuální práci s uživateli, která má za cíl udržet či rozvíjet dosavadní schopnosti uživatelů, posilovat jejich přirozené vazby a oživit vzpomínky.

Praktická část mi přinesla odpověď též na DVO3, která vyplynula z kapitoly 2.3 v teoretické části práce. Jak pracovníci vidí a vnímají svůj význam a přínos v pomoci svým klientům? V této části výzkumného šetření se mi potvrdilo riziko výzkumu, že názory pracovníků se budou lišit s ohledem na částečně rozdílnou cílovou skupinu uživatelů. Zachytila jsem rozdíly mezi názory pracovníků obou domovů v souvislosti se životní situací uživatelů, kdy pracovníci domova A uvedli, že je pro ně důležité znát minulost svých uživatelů. Tento fakt považují za důležitý proto, aby se snažili vytvořit v domově prostředí, které se co nejvíce přiblíží původní domácnosti uživatelů. Pracovníci domova B shodně odpověděli, že je minulost uživatelů moc nezajímá, protože s tím se nedá už nic dělat.

Pracovníci považují za důležitý aktuální stav uživatelů. Z odpovědí též vyplývá, že i přes částečnou rozdílnost cílových skupin, pomoc pracovníků nejvíce spočívá v úkonech péče o uživatele. Konkrétně se jedná o ošetrovatelskou pomoc. Tato odborná pomoc úzce souvisí s přístupem ke klientům. Pracovníci jednoznačně považují zdravotní stav, komunikační a fyzické bariéry za faktory, které ovlivňují jejich přístup ke klientům.

Na druhé místo pracovníci řadí aktivizaci, při které je důležité uživatele motivovat. Shrnují, že pracovníci s motivací uživatelů pracují, ještě před vstupem do domova a následně ve všech životních situacích svých uživatelů. Pracovníci rozšiřují své znalosti a kompetence v oblasti motivace na školicích akcích, které považují za nedostatečné a jsou většinou úvodem do tématu.

Z výzkumného šetření vyvozují závěr, že zlepšit kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče lze zejména v oblasti vzdělávání pracovníků, vzájemnou komunikací mezi personálem domovů, rozšířením technického zázemí a zapojením dobrovolníků.

Aplikačním cílem bakalářské práce bylo, na základě výzkumného šetření navrhnout jednotlivé kroky, které povedou ke zlepšení kvality života uživatelů v konkrétních zařízeních sociální péče.

Navrhované kroky:

- V rámci zjišťování přání a potřeb uživatelů, zapojit do spolupráce pomocný personál jednotlivých domovů. Konkrétně navrhuji zapojit – uklízečky, kuchařky, údržbáře a další pracovníky, kteří nejsou sociálními pracovníky ani pracovníky v sociálních službách, ale podílí se nepřímo na kvalitě poskytovaných služeb. S těmito pracovníky přichází uživatelé do kontaktu při běžných činnostech a tito pracovníci mnohdy znají přání a potřeby uživatelů. Jejich znalosti mohou ve značné míře přispět ke zlepšení kvality života v konkrétních domovech.
- V oblasti vzdělávání pracovníků navrhuji školicí akce, přímo v organizaci, která jsou šitá na míru. Znamená to, že školicí akce bude mít téma, které si pracovníci sami navrhnou. Vzdělávání nebude jednorázového charakteru, ale bude složeno z jednotlivých lekcí, které dané téma pracovníkům přiblíží do hloubky. Výstupem tohoto typu vzdělávání bude to, že pracovníci si prohloubí své znalosti, rozšíří a posílí své kompetence.

- Rozšířit materiálně - technické vybavení domovů, které souvisí s aktivizačními programy. Konkrétně se jedná o vybavení a rozšíření počítačových místností, nebo počítačových koutků. V této souvislosti navrhuji požádat o finanční příspěvek v rámci zřizovatele domovů, využít možnosti grantových projektů a také možnost spolupráce s rodinami uživatelů – v rámci sponzoringu a daru.
- Management domovů směřovat ke spolupráci s institucí, která vlastní akreditaci na dobrovolnickou službu a vysílá dobrovolníky do organizací. Následně spolupracovat s dobrovolnickým centrem, které bude dobrovolníky do domovů proškolovat, vysílat a tím dojde k doplnění práce profesionálních zaměstnanců domovů o takové činnosti, které povedou ke zlepšení kvality života uživatelů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- BAJER, P. Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky. *Sociální práce*, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci 2007, č. 1/2007, s. 17 – 20, ISSN 1213-6204.
- BALOGOVÁ, B. In: MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- BERGSMA, J., ENGEL, G. L. In: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- BOCHEL, a kol., In: MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- BERG, B. L. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 2001 citováno podle WILDEMUTH, Barbara M. a Yan ZHANG. Unstructured Interviews. WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, 2009, 222 - 231. ISBN 9781591585039.
- CALMAN, K. G. In: KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 8020013075.
- ČESKÝ ETOMOLOGICKÝ SLOVNÍK. 2. vyd. Praha: Leda, 2002. ISBN 80-85927-85-3.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DLOUHÝ, M. In: MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- FAHEY, T. WHELAN, C. NOLAN, B. 2006. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.
- HAVRDOVÁ, Z. : *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha : Osmium, 1999. ISBN 978-80-902-0818-6.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : Základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

- HERMAN, J. a kol. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vydání. Brno : T.I.G.E.R., 2008. ISBN 57-858-08.
- HORECKÝ, J. In: HERMAN, J. a kol. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno : T.I.G.E.R., 2008. ISBN 57-860-08.
- HRONOVÁ, M. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2138-4.
- HROZENSKÁ, M. *Kvalita života starších lidí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effela, 2011. ISBN 9788089245246.
- HROZENSKÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktická východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 9788080632823.
- JANEČKOVÁ, H. In: MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Regleta, 1993. ISBN 80-706-6662-5.
- JOHNOVÁ, M. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vyd. [s.l.] : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN neuvedeno
- KALVACHOVÁ, M. 2000. In: MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- KARAFOVÁ, J. In: MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOPŘIVA, K., ŠIKLOVÁ, J. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-717-8429-6.
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. ISBN 978-80-7254-662-6.
- KREBS, V., *Sociální politika*. Praha: Aspi, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Sociologické podmínky kvality života*. In: PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- KUCHAŘOVÁ, V. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha : SOCIOKLUB- -VÚPSV. 2002.

- KVĚTENSKÁ, D. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Vyd. 2. Univerzita Hradec Králové : GAUDEAMUS, 2009. ISBN 978-80-7041-431-6.
- MACEČEK, R. In: JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTĽ, O.; JABŮRKOVÁ, M. 2007. *Kvalita péče o seniory : řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha : Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.
- MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MLČÁK, Z. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava, FF Ostravské univerzity, 2005. ISBN 80-7368-129-3.
- MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 8021030186.
- MUSIL, L. Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. *Sociální práce/Sociální práce*, Brno: ASVSP, 2004, roč. 1/2004, č. 1. ISSN 1213-6204.
- NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia*, Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000, roč. 2000, č. 5, s. 127-163. ISSN 1212-365X.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: MZ, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NAVRÁTIL, P. Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka. *Sociální práce/ Sociální práce*, Brno: ASVSP, 2003, roč. 2003, č. 2, s. 84-94. ISSN 1213-6204.

- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 978-80-716-9828-9.
- STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. 8. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-206-0.
- SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
- ŠIMEK, J. ŠPAČEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0440-4.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOPINKA, D. 2007. Mapování potřeb uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb. In: *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách. Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum 2007. ISBN 978-80-246-13-5.
- VAN DER STEEN, J. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.
- VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. ISBN 80-2394-218-2.
- VOJTOVIČ, S. *Kvalita života a lidské práva v kontextech sociální práce a vzdělávání dospělých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-088-4.
- VÝKLADOVÝ SBORNÍK PRO POSKYTOVATELE
Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb

WADE, S. 2004. *Intermediate Care of Older People*. London and Philadelphia:Whurr Publisher

WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnou*. Praha: Svoboda, 1982. ISBN 25-12-482.

ŽIŽLAVSKÝ, M. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova Univerzita, 2003. ISBN 8021031107.

ŽIŽLAVSKÝ, M., *Paradigmatická východiska výzkumu v sociální práci. Sociální práce/ Sociální práce*, Brno: ASVSP, 2003, roč. 2003, č. 1, s. 83-90. ISSN 1213-624.

OSTATNÍ ZDROJE

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – výkladový sborník pro poskytovatele. 2008. Praha: MPSV.

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

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

ZÁKON č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

ZAVÁDĚNÍ STANDARŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DO PRAXE. Průvodce poskytovatele. 2002. Praha: MPSV.

Internetové zdroje

HUTAŘ, J., KRÁSA, V. 2006. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy.* [online]. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <

<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/soc-zak-brozura.pdf> >.

<http://www.novinky.cz/domaci/>, [cit. 14.2.2015]

<http://www.plhb.cz/content/zavislost-na-navykovych-latkach>, [cit. 17.2.2015]

<http://poradna.nrzp.cz/static.php?static=dokumenty&p=informace> [cit. 25.2. 2015]

Seznam příloh

Příloha č.1 – seznam tabulek

Příloha č.2 – scénář rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách v Domově A, a Domově B

Příloha č.3 – přepis rozhovoru s informantem

Příloha č. 1 – seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Identifikace vzorku informantů

Tabulka č. 2 - Transformace výzkumných kroků

Tabulka č. 3 - Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek

Příloha č. 2 – scénář rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách v Domově A, a Domově B

- Pomáhají Vám, při Vaší práci zpracované metodiky a postupy práce? Pokud ano, jaké a v čem Vám pomáhají?
- Jak se projeví v individuálním plánování přání a potřeby uživatelů?
- Jakým způsobem je zjišťujete?
- Spolupracují pracovníci mezi sebou při realizaci individuálního plánu uživatele? Pokud ano, jakým způsobem?
- Jakým způsobem si získáváte důvěru uživatelů?
- Jak zjišťujete spokojenost uživatelů?
- Domníváte se, že mohou uživatelé projevovat vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě v zařízení. Pokud ano, v čem?
- Jaké programy jsou pro klienty vytvářeny a v čem tyto programy podle Vás rozvíjí potenciál uživatelů?
- V jakých životních situacích a při jakých úkonech, potřebují Vaši uživatelé nejčastěji Vaši pomoc?
- Znáte životní příběhy Vašich uživatelů?
- Na co je podle Vás péče o uživatele v domově nejvíce zaměřena?
- Co myslíte, že ovlivňuje Váš přístup ke klientům?
- Jakým způsobem pracujete s motivací uživatelů?
- Domníváte se, že chybí v zařízení nějaká aktivita pro uživatele? Pokud ano, jaká?

Příloha č. 3 – přepis rozhovoru s informantem A1

Rozhovor ze dne 10. 2. 2015, 15,00 hod. – kancelář Domova A

DVO1

Analýza dokumentů

DVO2

TO1: Pomáhají Vám při Vaší práci zpracované metodiky a postupy práce? Pokud ano, jaké a v čem Vám pomáhají?

A1: Metodiky jednoznačně pomáhají. Nedá se přesně rozlišit jaké, protože „všechno se vším souvisí“ a tak i zdánlivá maličkost může mít velký význam. Metodiky pomáhají v uvědomování si souvislostí, v tom, aby se na něco nezapomnělo a aby nový pracovník měl z čeho čerpat.

TO2: Jak se projeví v individuálním plánování přání a potřeby uživatelů? Jakým způsobem je zjišťujete?

A1: Jak se to projeví? Mělo by to tam být zaznamenáno, samozřejmě. Jednou, maximálně dvakrát do roka dáváme dotazník, co si vlastně přejí uživatelé, nebo můžou kdykoliv přijít za námi.

TO3: Spolupracují pracovníci mezi sebou při realizaci individuálního plánu uživatele? Pokud ano, jakým způsobem?

A1: Pracovníci spolupracují, sociální pracovník sestavuje prvotní individuální plán, klíčový pracovník je zodpovědný za jeho aktualizace, všichni, kdo se podílí na péči, jsou zodpovědní za jeho realizaci. Plán je v PC, všichni k němu mají přístup, realizaci evidují.

TO4: Jak zjišťujete spokojenost uživatelů? Jakým způsobem si získáváte důvěru uživatelů?

A1: Spokojenost našich klientů zjišťujeme především komunikací, ale také dotazníky, které předkládáme uživatelům, asi dvakrát do roka. Zaměříme se vždycky na nějakou oblast péče, maximálně 4-5 otázek, nic dlouhého.

TO5: Domníváte se, že mohou uživatelé projevovat vlastní svobodnou vůli a rozhodovat o svém životě v zařízení. Pokud ano, v čem?

A1: Mohou, máme pro ně připraveno spoustu aktivit, ale nenutíme je do toho, chodí jenom ti, co chtějí a mají zájem. Samozřejmě se je snažíme motivovat, někdy by jsme byli rádi, aby se více projeví, a aby nám řekli, co konkrétně chtějí.

TO6: Jaké programy jsou pro klienty vytvářeny a v čem tyto programy podle Vás rozvíjí potenciál uživatelů?

A1: Myslím, že nejdůležitější je to společné cvičení, pěkně se rozhýbou za ten den.

DVO3

TO1: V jakých životních situacích a při jakých úkonech, potřebují Vaši uživatelé nejčastěji Vaši pomoc? Znáte životní příběhy Vašich uživatelů?

A1: To v jaké jsou situaci, se dozvím z dokumentace, která je pořizována při vstupu do domova a většinou se lidé rozpovídají o tom, jak žili a že už třeba nemůžou být doma sami. Někteří třeba řeknou, že jsou děti daleko nebo tak. No a někteří to neřeknou ze začátku, ale postupem času se většinou svěří.

TO2: Na co je podle Vás péče o uživatele v domově nejvíce zaměřena?

A1: Většina lidí, které tady máme, potřebují každý den pomoc při hygieně, jídle, pomoc při oblékání, vstávání a přesunu na lůžku, chůzi a tak.

TO3: Co myslíte, že ovlivňuje Váš přístup ke klientům?

A1: Já když vedu rozhovory s méně komunikativními klienty, tak vím, že musím být hodně trpělivá, často opakovat, co jsem řekla a parafrázovat. Stále se utvrzuji v tom, že mi klient rozumí. Prostě si myslím, že bariér je hodně, ale vždy záleží na konkrétním člověku a na individuálním přístupu.

TO4: Jakým způsobem pracujete s motivací uživatelů?

A1: Snažíme se je motivovat, ale řekla bych, že je to záležitost celého kolektivu, snažíme se my, fyzioterapeut, sestřičky, protože všichni víme, že to bude pro dobro všech, aby zůstali co nejdéle soběstační.

TO5: Domníváte se, že chybí v zařízení nějaká aktivita pro uživatele? Pokud ano, jaká?

A1: Jednoznačně tady v domově chybí počítačové kurzy. Zrovna nedávno jsme to řešili na poradě, protože jsou tady lidi, kteří jsou schopní se na počítači naučit. Také rodiny klientů už se na to ptali. Klienti by si mohli prohlížet fotky své rodiny a to by bylo myslím fajn.