

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Dopady pandémie covid-19 na práci sociálních pracovníků  
v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

**The Impacts of the COVID-19 Pandemic to the Work of Social  
Workers in Homes for the Users with Disability**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Válková

Autor:

Bc. Tereza Slowíková

Praha 2022

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Monice Válkové za věnovaný čas a odborné vedení práce. Dále děkuji všem respondentům za ochotu se zapojit do výzkumu. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za podporu během mého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Dopady pandemie covid-19 na práci sociálních pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Tereza Slowíková

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá tématem protiepidemických opatření vydaných v souvislosti s pandemií covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum mezi sociálními pracovníky z těchto zařízení se zaměřuje na dopad protiepidemických opatření na jejich práci v prvních dvou letech pandemie (březen 2020 – březen 2022). Cílem této práce je zmapování dopadu opatření na práci sociálních pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením a nabídnutí uceleného přehledu na tuto aktuální problematiku.

**Klíčová slova:** covid-19, protiepidemická opatření, dopady opatření, sociální práce, domov pro osoby se zdravotním postižením

## **Annotation**

The diploma thesis deals with the topic of anti-epidemic measures issued in connection with the COVID-19 pandemic to the profession of social workers in homes for the users with disabilities. Research among the social workers from these facilities focuses on the impact of anti-epidemic measures on their work in the first two years of the pandemic (March 2020 - March 2022). The aim of this work is to map the impact of these measures on the work of social workers in homes for people with disabilities and provide a comprehensive insight into this current issue.

**Key words:** COVID-19, anti-epidemic measures, impacts of the measures, social work, homes for the users with disabilities

# Obsah

Úvod.....	7
1 Zdravotní postižení.....	8
1.1 Základní vymezení.....	8
1.2 Typy postižení .....	10
1.2.1 Tělesné postižení.....	10
1.2.2 Mentální postižení .....	11
1.2.3 Smyslové postižení.....	13
1.2.4 Psychické onemocnění .....	16
1.2.5 Kombinované postižení.....	16
2 Sociální práce s osobami se zdravotním postižením.....	18
2.1 Sociální práce a sociální služby .....	18
2.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	19
2.3 Sociální práce v DOZP .....	20
2.3.1 Profesiogram sociálního pracovníka v DOZP .....	21
3 Vliv pandemie onemocnění covid-19 .....	23
3.1 Vliv pandemie onemocnění covid-19 na sociální práci .....	23
3.2 Vliv pandemie onemocnění covid-19 na osoby s mentálním a kombinovaným postižením.....	26
4 Metodologie výzkumu .....	28
4.1 Popis sběru dat.....	28
4.2 Výběr respondentů.....	29
4.3 Metody výzkumu .....	30
4.3.1 Analýza dokumentů .....	30
4.3.2 Dotazník.....	31
4.3.3 Rozhovory.....	32
4.4 Operacionalizace základní výzkumné otázky.....	32

5 Analýza dat z dotazníku.....	35
5.1 Kvantitativní zpracování dotazníku.....	35
5.1.1 Činnosti zaměřené na klienta .....	38
5.1.2 Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby.....	42
5.1.3 Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky .....	45
5.2 Kvalitativní zpracování dotazníku .....	47
5.2.1 Činnosti zaměřené na klienty .....	47
5.2.3 Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby.....	54
5.2.4 Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky .....	56
6 Analýza rozhovorů.....	60
6.1 Psychosociální dopady .....	60
6.2 Dopady na týmovou spolupráci .....	69
6.3 Přímá práce s klientem.....	76
6.4 Plány sociální služby .....	79
7 Shrnutí dopadu protiepidemických opatření pomocí SWOT analýzy.....	80
7 Časová osa opatření a s nimi souvisejících dokumentů .....	82
8 Diskuze .....	87
Závěr .....	92
Seznam literatury .....	94

## Úvod

Pandemie onemocnění covid-19 téměř ze dne na den ochromila celý svět. V rámci ochrany zdraví společnosti bylo nutné přijmout ochranná opatření v mnoha oblastech. Jednou z nich byly i sociální služby. S odstupem času se začalo ukazovat, že opatření chránící zdraví obyvatel mohou na druhé straně přinášet řadu negativních jevů do ostatních rovin života a fungování společnosti. Tato diplomová práce tedy mapuje dopady opatření vydaných v souvislosti s onemocněním covid-19 na území ČR, a to konkrétně jejich dopad na práci sociálních pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP).

Důvodem k výběru tématu byla autorčina dlouhodobá dobrovolnická práce v jednom DOZP, díky které měla možnost sledovat, jakým způsobem pandemie zasahuje toto zařízení a práci sociálních pracovníků. To ji přivedlo na myšlenku zmapovat dopad protiepidemických opatření na sociální práci v DOZP.

V teoretické části práce se autorka věnuje nejprve základní charakteristice zdravotního postižení a jeho klasifikaci s důrazem na osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Dále vymezuje pojmy sociální práce a sociální služby, a více pozornosti pak věnuje sociální práci v DOZP. V neposlední řadě autorka shrnuje dosud získané poznatky o dopadu pandemie onemocnění covid-19 na sociální práci v zahraničí i v ČR a o dopadu pandemie na osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Praktická část práce obsahuje kvantitativně-kvalitativní výzkum, který je složen z dotazníkového šetření, rozhovorů a analýzy dokumentů a odpovídá na základní výzkumnou otázku: „Jaký dopad přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?“

Cílem práce je zmapovat dopad protiepidemických opatření vydaných během dvou let pandemie (březen 2020 – březen 2022) na sociální práci v DOZP a nabídnout tak sociálním pracovníkům těchto zařízení ucelený vhled do této problematiky a možnost zhodnocení dopadu opatření v případě jejich vlastní práce s ohledem na konkrétní situaci jejich zařízení.

# 1 Zdravotní postižení

## 1.1 Základní vymezení

Zdravotní postižení je možné definovat z různých úhlů pohledu v závislosti na oboru, který tuto problematiku řeší. V medicínské definici se odráží její vnímání zdravotního postižení jako zdravotního *defektu*, zatímco sociální práce se zaměřuje především na fungování jedince ve společnosti. Jinou definici nabízí i psychologie, speciální pedagogika či například právo. Existuje tedy mnoho definic zdravotního postižení odvozených vždy od toho, co je oblastí zájmu daného oboru.<sup>1</sup>

Slovník sociální práce vymezuje zdravotní postižení jako takové postižení, které má negativní vliv na kvalitu života jedince, a to především v sociální oblasti a schopnosti pracovat.<sup>2</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením chápe tyto osoby jako „*osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními*“<sup>3</sup>. Podle Vágnerové zdravotní postižení „*lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí*“<sup>4</sup>. Tuto definici pak dále upřesňuje a zdůrazňuje, že postižení v zásadě ovlivňuje celou osobnost a její rozvoj a má vliv také na sociální situaci jedince a jeho postavení ve společnosti. Břízová uvádí, že definice zdravotního postižení se obvykle shodují ve dvou zásadních prvcích – jedná se o zdravotní stav, který je dlouhodobý (déle než 1 rok) a nevyléčitelný. Byť jej lze do určité míry kompenzovat, jedná se o stav trvalý.<sup>5</sup>

V souvislosti s definováním pojmu *postižení* je vhodné zmínit také pojem *handicap* (český ekvivalent – znevýhodnění). Handicap a jeho míra je určena nejen typem

---

1 MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 2010, s. 89-90.

2 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, 2008, s. 255.

3 *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*, článek 1.

4 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 161.

5 BŘÍZOVÁ, Bohdana, Definování předmětu a cíle sociální práce s osobami se zdravotním postižením. In: MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 7-8.



postižení jedince, ale zahrnuje v sobě zároveň osobnost jedince a také jeho postavení z hlediska společnosti a jejích hodnot.<sup>6</sup> Handicap tedy není přímým důsledkem zdravotního postižení, ale vzniká až sekundárně v návaznosti na výše popsané skutečnosti.<sup>7</sup> Míra handicapu může být ovlivněna také dobou vzniku postižení.

Z hlediska doby vzniku postižení je možné dělit zdravotní postižení na vrozené (případně získané v raném věku – do 2 let) nebo získané. Vrozené postižení zásadně ovlivňuje vývoj dítěte. Pro jedince ovšem nemusí být tak traumatizující, jelikož neprobíhá dlouhý proces adaptace na postižení, a přestože si člověk s vrozeným zdravotním postižením uvědomuje svůj handicap, nedokáže si dost dobře představit, jaký by byl život bez postižení. Člověk se získaným zdravotním postižením naproti tomu má zkušenost a tudíž i srovnání života bez postižení a s ním, a proto pro ni získané postižení představuje větší psychické trauma. Zkušenost života bez postižení takovému jedinci ale může přinést i určité výhody, jelikož má praktické zkušenosti a řadu kompetencí, které člověk s vrozeným postižením nemohl získat, a které mu mohou v dalším životě pomoci především ve fungování ve společnosti (např. osoba, která ztratila sluch v průběhu života a zachovala si schopnost verbální komunikace...)<sup>8</sup>

Zdravotní postižení je možné primárně dělit podle oblasti, které se týká. Většina autorů se shoduje na následující klasifikaci zdravotních postižení: tělesné postižení, mentální postižení (často propojováno též s duševním postižením do společné kategorie), smyslové postižení a kombinované postižení.<sup>9</sup> Poruchy autistického spektra jsou někdy přiřazeny pod mentální postižení, duševní onemocnění nebo kombinované postižení, případně jsou vyčleňovány jako samostatná kategorie zdravotního postižení.

Zákon 108/2006 podle § 3 g) mezi zdravotní postižení zahrnuje postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované.<sup>10</sup>

Vzhledem k povaze této práce a jejímu úzkému propojení se zákonem o sociálních službách bude využito v následujících podkapitolách dělení zdravotního postižení na tělesné, mentální, duševní, smyslové a kombinované, přičemž zvlášt'

---

6 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 161.

7 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, 2011, s. 184.

8 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 162-163.

9 Např. Vágnerová a Michalík.

10 § 3 písm g) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

důležité jsou pro tuto práci především osoby s mentálním a kombinovaným postižením, které jsou nejčastějšími klienty DOZP.

## 1.2 Typy postižení

### 1.2.1 Tělesné postižení

Klasickým příkladem osoby s tělesným postižením je člověk na ortopedickém vozíku. Ovšem tělesné postižení nemusí být vždy na první pohled viditelné (příkladem může být epilepsie). Jedná se o jakékoliv postižení či zdravotní oslabení, které je přímo vázané na tělo a jeho fungování. Jak již bylo zmíněno, tělesné postižení je možné, stejně jako ostatní zdravotní postižení, dále rozlišovat podle doby vzniku, tedy zda se jedná o vrozené postižení (např. DMO, vrozené vývojové vady apod.) nebo získané (nejčastěji úrazy nebo následky závažných onemocnění). Množství osob se získaným tělesným postižením neustále roste, a to především v důsledku nárůstu zdravotních problémů spojených s nevhodným životním stylem.<sup>11</sup>

Zásadní problém týkající se sociálního fungování osob s tělesným postižením představuje především omezená mobilita a také invalidita, tedy omezení v oblasti pracovního uplatnění. Z hlediska psychiky čelí tělesně postižený jedinec často náročnému úkolu vyrovnat se s fyzickou závislostí na péči jiné osoby na péči při současné psychické nezávislosti.<sup>12</sup> Neméně důležitým prvkem ovlivňujícím začlenění tělesně postižené osoby do společnosti, je také viditelnost postižení. To může způsobovat řadu předsudků ze strany společnosti, kterým postižený jedinec musí čelit a vyrovnávat se s nimi. Jedním z častých předsudků je propojování tělesného postižení s intelektovým, což vede k tomu, že intaktní okolí jedná s tělesně postiženým jedincem jako s osobou, která má snížený intelekt.<sup>13</sup> Příčinou sociálního znevýhodnění osob s viditelným tělesným postižením tak často bývá postoj společnosti, která se neumí vyrovnat s viditelnou odlišností a přijmout ji.<sup>14</sup>

---

11 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 99-101.

12 Tamtéž, 106-107.

13 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 253-255.

14 Tamtéž, s. 259.

## 1.2.2 Mentální postižení

Mentální postižení je organické nebo funkční postižení mozku, které se projevuje snížením rozumových/intelektových schopností. V odborné literatuře je možné se setkat se dvěma pojmy souvisejícími s mentálním postižením. Prvním z nich je mentální retardace, která je užívána především pro vrozené mentální postižení (či raně získané – do 2 let věku dítěte). Druhým termínem je pak demence vztahující se k mentálním postižením získanému v průběhu života (např. po úrazu nebo ve stáří degenerativním onemocněním mozku).<sup>15</sup>

Pro další specifikování mentálního postižení je možné využít např. Klasifikaci MKN-10, která rozlišuje mentální postižení na základě výše inteligenčního kvocientu (F70-79):

- 1) *Lehká mentální retardace (IQ 69–50)*
- 2) *Středně těžká mentální retardace (IQ 49–35)*
- 3) *Těžká mentální retardace (IQ 34–20)*
- 4) *Hluboká mentální retardace (IQ < 20)*
- 5) *Jiná mentální retardace*
- 6) *Nespecifikovaná mentální retardace*<sup>16</sup>

Lehká mentální retardace se projevuje obtížemi při učení. Osoby s touto formou mentálního postižení jsou v dospělosti schopny samostatně pracovat a fungovat ve společnosti bez pomoci jiné osoby nebo jen s minimální podporou.

Středně těžká mentální retardace se projevuje značně opožděným vývojem v dětství. Často se objevují problémy v oblasti komunikace. Jedinci jsou schopni dosáhnout určité úrovně vzdělání (na základní úrovni počty, čtení a psaní). Potřebují větší míru podpory pro zvládnutí fungování ve společnosti (např. chráněné bydlení, zaměstnání v chráněných dílnách, asistence apod.)

Osoby s těžkou mentální retardací potřebují trvalou podporu a pomoc jiné osoby.

Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou plně závislí na péči druhé osoby a pomoci v základních úkonech jako je komunikace, pohyb a hygiena.

---

<sup>15</sup> SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 112-113.

<sup>16</sup> . F70-F79 - Mentální retardace [online].

Kategorie jiná mentální retardace je využívána pouze v případě, kdy není možné stanovit stupeň intelektového postižení z důvodu jiného přidruženého postižení (např. nevidomá osoba s mentálním postižením).

Nespecifikovaná mentální retardace je použita v případě, když je prokázáno mentální postižení, ale chybí dostatek informací, aby bylo možné zvolit nějakou z výše uvedených kategorií.<sup>17</sup>

Zajímavostí je, že v roce 2018 došlo k revizi Mezinárodní klasifikace nemocí na verzi MKN-11, která však ještě není do českého prostředí implementována. Tato revize přichází s novým označením poruchy intelektového vývoje, kterým nahrazuje pojem mentální retardace. K určení stupně poruchy kromě stupně IQ zohledňuje také adaptivní chování jedince (což již dříve přijala klasifikace DSM-V, která je používána na území USA). Při určení stupně postižení by se tedy měl brát v úvahu nejen inteligenční kvocient, ale též adaptivní chování. To lze popsat jako soubor konceptuálních dovedností, které se týkají především oblasti komunikace, jazyka a časové a prostorové orientace, sociálních dovedností a dovedností praktických zahrnujících oblast denního života a řešení běžných životních situací.<sup>18</sup>

Pro lidi s mentálním postižením je fungování majoritní společnosti složité a jsou často dezorientováni (to může platit nejen na sociální úrovni, ale i v prostoru a čase). Potřebují tak v různé míře podporu a pomoc se zvládnutím běžných situací v životě. Mentálně postižené osoby vykazují specifické osobnostní znaky, které je důležité mít na paměti při práci s klienty s tímto typem postižení. Charakteristickým projevem mentálního postižení je například snížená mechanická a logická paměť, což se projevuje potřebou vícekrát opakovat úkon, aby si ho daný jedinec osvojil. Dalším znakem je těkavá pozornost, porucha v oblasti pohybové koordinace, snížená míra adaptace, zpomalená chápavost a také snížená schopnost sebeovládání.<sup>19</sup> Vzhledem ke zvýšené sugestibilitě těchto osob, omezené schopnosti vyjadřování vlastních potřeb a přání a snížené schopnosti promýšlet důsledky jednání svého i ostatních je u těchto lidí vysoké riziko manipulovatelnosti a zneužitelnosti.<sup>20</sup>

---

17 Tamtéž.

18 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 63-64.

19 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, 2011, s. 154-155.

20 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 119-120.

V souvislosti s výše zmíněnou charakteristikou osob s mentálním postižením jsou tito lidé „často vystaveni nízkým očekáváním ze strany společnosti“<sup>21</sup>, což se může projevit například zanedbáváním rozvoje těchto osob. S tím souvisí také další předsudek, který se často objevuje ve společnosti směrem k osobám s mentálním postižením, že je totiž takový člověk vnímán jako *přerostlé dítě* a také se k němu okolí takto chová navzdory tomu, že je daná osoba dospělá.<sup>22</sup> Při práci a komunikaci s lidmi s mentálním postižením proto Michalík zdůrazňuje následující principy: „*takt, toleranci, empatii, ohleduplnost, trpělivost a úctu k partnerovi*“<sup>23</sup>.

### 1.2.3 Smyslové postižení

Smyslové postižení se dále rozděluje na zrakové a sluchové.

#### Postižení zraku

Prvním typem smyslového postižení je zrakové postižení. Zrakové postižení je možné popsat jako „*důsledek poškození (vady, poruchy) zraku a funkce vidění*“<sup>24</sup>.

Při vymezení zrakového postižení je důležité zmínit, že se jedná o „*postižení funkce zraku, které již nelze korigovat do normálního vidění*“<sup>25</sup>, čímž znesnadňuje či znemožňuje realizaci běžných aktivit v životě člověka standardním způsobem.<sup>26</sup> Při klasifikaci zrakového postižení se mírně liší terminologie medicínská s terminologií, kterou běžně využívají ostatní pomáhající profese:<sup>27</sup>

1) *slabozrakost (lehká, střední)*

2) *zbytky zraku (z medicínského hlediska se jedná o tzv. těžkou slabozrakost či praktickou slepotu)*

3) *nevidomost (totální, úplná slepota)* – nevidomost nemusí nutně znamenat, že člověk nevidí absolutně nic, často je například zachováno rozlišování světla a tmy<sup>28</sup>

---

21 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 68.

22 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 119.

23 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, 2011, s. 155.

24 Tamtéž, 278.

25 Tamtéž, 275.

26 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 77.

27 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, 2011, s. 276.

28 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 198-199.

Zrakem člověk získává až 90 % veškerých informací. Zrakové postižení tedy ztěžuje postiženému jedinci nejen orientaci v prostoru, ale také komunikaci a z dlouhodobého hlediska celkově fungování takto postiženého člověka ve společnosti.<sup>29</sup> Zvláště při komunikaci může docházet k vzájemnému nepochopení nevidomého s vidícím okolím, což může být způsobeno například tím, že nevidomý člověk nemá možnost současně s verbální komunikací vnímat též neverbální sdělení, která jsou přirozenou součástí komunikace jako celku. V opačném směru komunikace může docházet k tomu, že vidící člověk špatně čte neverbální komunikaci nevidomého, kterou nevidomý nepoužívá v souladu s komunikací verbální, jelikož pro něj není podstatná. U nevidomých osob je také ztěženo učení nápodobou, jelikož jim chybí zrak jako jeden ze základních zdrojů sociální zkušenosti.<sup>30</sup>

I zde je ale potřeba se vyhnout řadě předsudků spojených se zrakově postiženými osobami a uvědomit si, že nevidomý člověk díky technickému pokroku a řadě důmyslných kompenzačních pomůcek může žít bohatým životem.

### **Postižení sluchu**

Kromě zrakových vjemů přijímá člověk informace také sluchem. Na mluvené komunikaci ostatně stojí fungování společnosti. Sluch také pro člověka představuje jakýsi přirozený bezpečnostní prvek, jelikož je to jediný smysl aktivní i ve spánku.<sup>31</sup>

Sluchové postižení je hojně zastoupené ve společnosti a určitým specifikem je, že často vzniká až v průběhu života a napříč věkem. Z hlediska sociálního začlenění jedince do společnosti jsou důležité především 2 faktory. Prvním z nich je rozsah sluchové ztráty, který je možné klasifikovat následujícím způsobem:

- 1) *lehká porucha (ztráta 26–40 dB)*
- 2) *střední porucha (ztráta 41–60 dB)*
- 3) *těžká porucha (ztráta 61–80 dB)*
- 4) *velmi těžká porucha včetně hluchoty (ztráta 81 dB a více).*<sup>32</sup>

Jiné dělení nabízí např. Vágnerová:

---

29 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 61.

30 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 201-202.

31 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 74.

32 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 72.

1) *Těžká nedoslýchavost* – Důležitou kompenzační pomůckou pro osoby s tímto stupněm sluchového postižení je naslouchadlo. V případě vrozené vady není výrazná limitace v rozvoji řeči.

2) *Zbytky sluchu* – Tyto osoby rozpoznají zvuky, ale často nejsou schopni je rozlišit a nerozumí mluvené řeči

3) *hluchota* - Tyto osoby nejsou schopny slyšet mluvenou řeč.<sup>33</sup>

Druhým zásadním faktorem ovlivňujícím začlenění jedince do společnosti je doba vzniku postižení (prelingvální/postlingvální fáze vývoje) a případně také sociální okolí jedince (např. jestli se narodil slyšícím či neslyšícím rodičům).<sup>34</sup> Tyto faktory totiž předurčují způsob komunikace sluchově postiženého člověka s okolím – tedy zda bude pro komunikaci využívat primárně český jazyk (mluvení, odezírání), nebo bude jeho mateřským jazykem český znakový jazyk. Zde je ovšem důležité zmínit, že oba dva jsou naprosto plnohodnotnými jazyky.<sup>35</sup>

Při komunikaci s okolím a fungování ve společnosti mohou neslyšící narážet na celou řadu bariér. Jednou z nich je například to, že myšlení neslyšících (od narození) se pohybuje mnohem více ve vizuální rovině a je tedy více konkrétní, takže porozumění tématům, která jsou převážně abstraktního či hypotetického charakteru či mnohoznačnost pojmů, může působit neslyšícím problém. Dalším příkladem může být tzv. informační bariéra, která je způsobena ztíženým přístupem neslyšících k běžně dostupným informacím, jelikož řada neslyšících neovládá český jazyk natolik, aby bez obtíží porozuměli psanému textu, zvláště pokud jde o komplikovanější texty delšího rozsahu, nebo aby takový text sami produkovali.<sup>36</sup>

Sluchově postižení jedinci jsou nejvíce ze všech skupin zdravotně postižených osob ohroženi sociální izolací právě z důvodu obtížné komunikace. Ve zvlášť obtížné pozici jsou pak neslyšící osoby komunikující znakovým jazykem, jelikož se mohou dorozumět bez tlumočnicka pouze s lidmi, kteří také ovládají znakový jazyk. Tato skutečnost podpořila semknutí neslyšících do sociálně izolované skupiny, ve které si příslušníci navzájem rozumí jazykově i způsobem myšlení.<sup>37</sup> V souvislosti s tím se tedy

---

33 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 213.

34 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*, 2019, s. 72.

35 Tamtéž, 74.

36 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2004, s. 221.

37 Tamtéž, s. 221-222.

dnes již hovoří o skupině Neslyšících (s velkým „N“), kteří sami sebe vnímají jako *socio-etnickou minoritu* s vlastním jazykem a kulturou. Naproti tomu neslyšící (s malým „n“) jsou osoby s vadou sluchu, které se nevnímají jako součást vyčleněné skupiny a snaží se spíše integrovat do běžné společnosti.<sup>38</sup>

#### 1.2.4 Psychické onemocnění

Tento typ postižení bude zmíněn jen velmi okrajově. Dříve se pro tyto osoby používalo označení *osoby s duševním postižením*, řada starších publikací také spojovala mentální postižení a duševní postižení do společné kategorie. V současné době je v odborné literatuře preferován pojem *osoby s duševním/psychickým onemocněním*. Přestože spadají do kategorie *osob se zdravotním postižením*, jsou poměrně specifickou skupinou, které je věnována zvláštní pozornost. Někteří autoři zabývajících se sociální prací s osobami se zdravotním postižením se jim tedy ve svých publikacích nevěnují, což pravděpodobně vyplývá ze specifických potřeb osob s psychickým onemocněním, které se odráží ve způsobu práce s touto cílovou skupinou.<sup>39</sup>

Osoby s psychickým onemocněním nejsou obvykle klienty DOZP, zákon o soc. službách pro ně vymezuje jiné služby, nicméně klienti tohoto typu zařízení mohou mít kromě tělesného, smyslového či mentálního postižení přidruženou také nějakou psychickou poruchu. Většina DOZP má ovšem ve vymezení cílové skupiny uvedeno, že služba není určena osobám s psychickou poruchou, která by výrazným způsobem narušovala soužití s ostatními klienty.<sup>40</sup>

#### 1.2.5 Kombinované postižení

V praxi je možné se setkat nejen s jednotlivými vadami samostatně, ale také s jejich různými kombinacemi. Příčinou kombinovaného postižení je často genetika. Ne vždy je možné rozlišit, které postižení je primární (dominantní).<sup>41</sup>

Přestože je v podstatě možná jakákoliv kombinace postižení, některé jsou frekventovanější. Velmi častá je například kombinace mentálního postižení s tělesnou

---

38 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 83.

39 Např. Mojžíšová.

40 Např. DOZP Vlašská, DOZP Hrabyně a další.

41 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016, s. 149.



nebo smyslovou vadou. Dále je možné se setkat také s tzv. hluchoslepotou, tedy kombinací zrakového a sluchového postižení. Její častou příčinou je genetická vada zapříčiňující tzv. Usherův syndrom.<sup>42</sup> Zvláštním typem kombinovaného postižení jsou pak poruchy autistického spektra (PAS). Jsou to tzv. pervazivní poruchy, což v praxi znamená, že zasahují do více oblastí vývoje jedince. Typická je pro ně tzv. autistická triáda symptomů: problémy v oblasti komunikace, sociální interakce a vnímání světa.<sup>43</sup>

Stejně jako u předchozích postižení, i zde je důležité pozitivní zaměření na podporu zachovaných schopností klienta a maximální využití jeho potenciálu pro začlenění do společnosti a aktivní podílení se na jejím fungování.<sup>44</sup>

---

42 Tamtéž, s. 150-152.

43 Tamtéž, s. 150.

44 Tamtéž, s. 153.

## 2 Sociální práce s osobami se zdravotním postižením

### 2.1 Sociální práce a sociální služby

Sociální práce je velmi rozmanitý obor, což se samozřejmě odráží i v jeho definování. Definice sociální práce je celá řada. O jednotnou definici se na mezinárodní úrovni snaží Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW), která již několikrát během své existence představila tzv. globální definici sociální práce. Současná podoba této definice byla zveřejněna v roce 2014 a reaguje na aktuální otázky sociální práce. Sociální práce je podle globální definice IFSW vědní disciplína založená na praxi, která jako obor vychází jednak z vlastních teorií a teorií dalších oborů, ale také z určitých znalostí získávaných na základě dlouhodobé komunitní zkušenosti. Podle této definice jsou klíčovými principy sociální práce sociální spravedlnost, lidská práva, respekt rozmanitosti a s tím související individuální přístup a současně také princip kolektivní odpovědnosti. Sociální práce podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí a to tak, že *„zapojuje lidi a struktury do řešení životních výzev a zvyšování blahobytu (wellbeing)“*.<sup>45</sup>

Lehce odlišnou definici nabízí Slovník sociální práce, který sociální práci definuje jako *„společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“*.<sup>46</sup>

V České republice není sociální práce definována zákonem. Zákonem jsou definovány pouze sociální služby (a úloha sociálního pracovníka v nich), které jsou jedním ze zásadních prostorů (zásadním prostorem), ve kterém je sociální práce realizována (pro realizaci sociální práce).<sup>47</sup>

Slovník sociální práce definuje sociální služby takto: *„Všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.“*<sup>48</sup>

Na osoby se zdravotním postižením je zaměřena celá řada sociálních služeb pokrývajících různé oblasti a kategorie (sociální poradenství, služby sociální péče

---

45 Global Definition of Social Work [online].

46 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, 2008, s. 200-201.

47 MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*, 2001, s 178-179.

48 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, 2008, s. 203.

a služby sociální prevence). Sociální poradenství se dělí na základní, které poskytují všechny sociální služby bez ohledu na cílovou skupinu, a odborné sociální poradenství, které je poskytováno osobám se zdravotním postižením v poradnách pro osoby se zdravotním postižením.<sup>49</sup> Příkladem je síť devíti poraden Národní rady osob se zdravotním postižením v ČR.<sup>50</sup> Ze služeb sociální péče jsou osobám se zdravotním postižením poskytovány tyto služby: osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby (jsou konkrétně zaměřeny na osoby se smyslovým postižením), podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Ze skupiny služeb sociální prevence mají osoby se zdravotním postižením jako svou cílovou skupinu zákonem vymezené tři služby: raná péče (zaměřuje se podporu rodin s dítětem se zdravotním postižením), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny.

Tato práce se věnuje sociální službě Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

## **2.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) je pobytová sociální služba upravená § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Spadá do druhu (skupiny) služeb sociální péče a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.<sup>51</sup> Klienty zařízení jsou tedy děti a dospělí s různou formou postižení (tělesné, mentální, smyslové či kombinované), kteří z různých důvodů nemohou mít zajištěnou péči v rodinném prostředí. DOZP poskytuje svým klientům komplexní sociální péči. Podle § 48 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. se jedná konkrétně o poskytování těchto činností: *„poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*

---

<sup>49</sup> § 37 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

<sup>50</sup> Poradna [online].

<sup>51</sup> § 48 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

*sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*<sup>52</sup>. V DOZP je také umožněno vykonávat „ústavní výchovu, výchovná opatření nebo předběžná opatření podle zvláštních právních předpisů“<sup>53</sup>, a to s ohledem na specifické potřeby cílové skupiny těchto zařízení.

Dříve se těmto zařízením říkalo Ústavy sociální péče. Ke změně názvu došlo v roce 2007 v souvislosti se zákonem o soc. službách.<sup>54</sup> V ČR je v současné době registrováno 207 Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Převažující cílovou skupinou těchto zařízení jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením.<sup>55</sup> Z toho důvodu je také v kapitole Zdravotní postižení větší prostor věnován osobám s mentálním postižením. Poskytovateli této sociální služby mohou být fyzické osoby, nestátní neziskové organizace, obce a kraje nebo MPSV ČR, které v současné době zřizuje 5 DOZP.<sup>56</sup>

## 2.3 Sociální práce v DOZP

Úlohu sociálního pracovníka nelze jasně vymezit. Jedním ze způsobů, jak pojmout uceleně roli sociálního pracovníka, je zaměřit se na soubor kompetencí sociálního pracovníka.<sup>57</sup> Tomuto tématu se věnuje například Havrdová, která definuje kompetence jako „*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese*“<sup>58</sup>. Havrdová popisuje 6 kompetencí (nebo spíše „*oblastí profesionální role*“<sup>59</sup>) sociálních pracovníků: rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat

---

52 § 48 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

53 § 48 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

54 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, 2008, s. 51.

55 Registr poskytovatelů sociálních služeb [online].

56 O MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online].

57 HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*, 1999, s. 41.

58 Tamtéž, s. 42.

59 Tamtéž, s. 45.

k soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace, odborně růst. Tyto kompetence pak dále charakterizuje za pomoci tzv. kritérií.<sup>60</sup>

Na základě takového popisu kompetencí ale není možné si jasně představit náplň práce sociálních pracovníků na konkrétních pozicích, které se v České republice nabízejí, včetně všech jejich specifik. Vymezení a bližší popsání pracovních pozic sociálních pracovníků v rámci sociálních služeb v ČR není úplně snadné, protože každá organizace si pro svou potřebu vytváří vlastní popis náplně práce sociálního pracovníka.

V rámci projektu Profesionalizace sociální práce v České republice (PROSO) realizovaného třemi českými univerzitami (Univerzita Karlova, Univerzita Palackého v Olomouci, Masarykova univerzita) v letech 2018-2021 byly vytvořeny tzv. Profesiogramy<sup>61</sup> pro sociální pracovníky, které usnadňují vymezení jednotlivých pracovních pozic sociálních pracovníků v ČR.<sup>62</sup>

Profesiogram sociálního pracovníka v domově pro osoby se zdravotním postižením je spojen také s úlohou sociálního pracovníka v domově pro seniory a sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem, jelikož náplň práce sociálních pracovníků v těchto zařízeních je velmi obdobná.<sup>63</sup>

### **2.3.1 Profesiogram sociálního pracovníka v DOZP**

Náplň práce sociálního pracovníka v domově pro osoby se zdravotním postižením popsanou profesiogramem je možné pomyslně rozdělit do 3 oblastí: činnosti zaměřené na klienta, činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby, činnosti zaměřené na ostatní pracovníky (samozřejmě některé činnosti se prolínají přes více oblastí).

*Činnosti zaměřené na klienta* zahrnují jednání se zájemcem o službu a proces přijímání nových klientů. Dále zahrnují podporu a pomoc klientovi s finančními záležitostmi, do které je možné zařadit pomoc při podávání žádostí o dávky a příspěvky

---

<sup>60</sup> Tamtéž, s. 46.

<sup>61</sup> Pozn. autorky: Profesiogramy v rámci PROSO byly definovány jako „*systematické popisy pracovních pozic sociálních pracovníků na trhu práce v ČR*“.

<sup>62</sup> O projektu Profesionalizace sociální práce v České republice (PROSO) [online].

<sup>63</sup> Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem. [online].

od státu, asistenci klientovi při nakládání s jeho finančními prostředky a se souhlasem klienta také řešení finančních otázek za klienta (platby za služby, uschování financí atd.). Sociální pracovník kromě finanční oblasti řeší také situaci odchodu klienta ze zařízení, přechodu do jiného zařízení nebo náležitosti související se smrtí klienta. Nezanedbatelnou činností zaměřenou na klienta je pak tvorba a revize individuálního plánu péče a přímá práce s klientem, do které patří například podpora kontaktu s rodinou klienta, podpora klienta v zájmových činnostech či doprovázení klienta (k lékaři, na různá jednání atd.). Sociální pracovník může být současně také klíčovým pracovníkem klienta (nebo může klíčového pracovníka v případě potřeby zastupovat). Dále řeší sociální pracovník zajištění lékařské a jiné péče pro klienta, změnu trvalého bydliště klienta a zaměřuje se na dodržování práv klientů.

*Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby* zahrnují zapojení sociálního pracovníka do plánování a tvorby strategie poskytování sociálních služeb, tvorbu standardů kvality a vyřizování záležitostí spojených s kvalitou sociální služby (stížnosti apod.), metodické vedení pracovníků v sociálních službách.

Poslední oblastí jsou *činnosti zaměřené na ostatní pracovníky*. Největší část práce této oblasti je realizována v případě, kdy „je sociální pracovník vedoucím sociálního úseku zařízení“<sup>64</sup>. Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky obsahují organizování a vedení porad, organizování práce podřízených pracovníků a také její kontrolu a hodnocení, podporu motivace pracovníků a zajišťování potřeb pracovníků týkajících se jejich dalšího vzdělávání. Do této oblasti je možné zařadit také úlohu koordinátora dobrovolníků, kterou sociální pracovník v domovech pro osoby se zdravotním postižením často vykonává, a samozřejmě spolupráci s ostatními pracovníky (zdravotníky, pomocným personálem atd.).<sup>65</sup>

---

64 Tamtéž.

65 Tamtéž.

## 3 Vliv pandemie onemocnění covid-19

### 3.1 Vliv pandemie onemocnění covid-19 na sociální práci

Pandemie přinesla z hlediska společnosti řadu rozdělujících a stigmatizačních prvků. Stigmatizace a diskriminace související s pandemií se dotýká všech lidí napříč společností a sociálními vrstvami (nutno zdůraznit, že v rozvojových zemích v mnohem vyšší míře než ve vyspělých částech světa).<sup>66</sup> Současně se ovšem ukazuje, že pandemie roztočila jakousi spirálu stigmatizace a diskriminace, která negativně dopadá zejména na osoby, které se ocitly na okraji společnosti již před pandemií. Jak upozorňuje Okafor: „Sociální pracovníci si musí uvědomit, že stigma podporuje izolaci lidí a blokuje přístup k péči a podpoře, což přispívá k pokračujícímu šíření nemoci.“<sup>67</sup> Základními složkami sociálního vyloučení podle Piersona jsou právě kromě jiného sociální izolace a ztížený přístup k základním službám včetně zdravotní péče.<sup>68</sup> V kontextu pandemie covid-19 ovšem nedostatek zdravotní péče a ochrany i ztížený přístup k informacím vede k mimořádnému zvýšení pravděpodobnosti nákazy a nákaza vede k ještě větší izolaci marginalizovaných osob a případně k další diskriminaci a marginalizaci. V praxi se tedy ukazuje, že sociálně ohrožení jedinci jsou díky pandemii dvojnásobně ohroženy. Jednou ze základních úloh sociální práce v kontextu pandemie covid-19 je tedy „*prosazování sociálního začleňování nejzranitelnějších osob a vytváření povědomí o pandemii*“<sup>69</sup>. Sociální pracovníci by měli aktivně bojovat proti „*mýtům o pandemii, strachu a stigmatu*“<sup>70</sup>.

Z hlediska sociální práce se během pandemie onemocnění covid-19 pozornost společnosti upřela především na rizikové skupiny ohrožené onemocněním covid-19, tedy na klienty sociální práce. Mnohem méně pozornosti se pak věnovalo vlivu pandemie přímo na sociální práci jako takovou. Podle Levické se sociální práce díky

---

66 OKAFOR, Afomachukwu. Role of the social worker in the outbreak of pandemics (A case of COVID-19). *Cogent psychology*, 2021, s. 4.

67 Tamtéž. (překlad autorky)

68 PIERSON, John. *Tackling poverty and social exclusion: promoting social justice in social work*, 2016, s. 12.

69 Tamtéž.

70 Tamtéž.

pandemii ocitla před příležitostí „pozitivně zviditelnit“ sebe samu a tím přispět k vlastní profesionalizaci.<sup>71</sup> K tomuto kroku ovšem zatím nedošlo a sociální pracovníci jsou tak trochu neviditelnými pracovníky první linie.<sup>72</sup>

Pozornost během pandemie nebyla ve větší míře zaměřena ani na poskytování sociálních služeb, u kterých není dostatečně zmapován vliv pandemie v souvislosti s jejich systémovým fungováním a přizpůsobováním se novým situacím.<sup>73</sup> Na tento problém upozorňuje i výzkumný tým z Lotyšska, který se pokusil vyplnit tuto mezeru zmapováním dopadu pandemie na fungování sociálních služeb v Lotyšsku v rámci svého výzkumu shrnutého v článku *Transformative change in social service delivery and social work practice in Latvia during the COVID-19 pandemic*.<sup>74</sup> Z tohoto výzkumu například vyplývá, že pandemie odhalila nedostatky v interinstitucionální spolupráci. Ta fungovala během nejnáročnějších období pandemie velmi dobře tam, kde byla dobře nastavena již před propuknutím pandemie. Ukázalo se ale, že v místech, kde se objevovaly nedostatky v interinstitucionální spolupráci v rámci sociálních služeb již dříve, se během pandemie o to více prohloubily, což mělo negativní dopad na fungování sociálních služeb.<sup>75</sup>

Lotyšský výzkum také ukázal, že během pandemie se výrazně zvýšila pracovní zátěž sociálních pracovníků (potřeba více konzultací a podpory klientů, nutnost neustále přizpůsobovat podmínky a prostory soc. služeb podle měnících se opatření), ale jejich počet v rámci služeb i výše financí pro sociální služby zůstaly na stejné úrovni. Podobně se během pandemie odhalily u řady pobytových a ambulantních sociálních služeb i nedostatky prostor, ve kterých jsou služby poskytovány (opatření kladla velké nároky na hygienické podmínky, které souvisely s velikostí prostor, oddělováním

---

71 Pozn. autorky: Podle Greenwooda je jedním ze znaků profesionalizace oboru profesní autorita (tedy akceptaci oboru ze strany společnosti), což je jeden z bodů, se kterým sociální práce dlouhodobě zápasí. GREENWOOD, Ernest. Attributes of a Profession, *Social Work*, 1957, s. 47.

72 LEVICKÁ, Jana. Pandémia COVID-19 – test pre kreativitu a solidaritu nielen sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In: *Sborník ke Světovému dni sociální práce: výzvy, kreativita a úspěch v sociální práci : 16-17. března 2021, 2021*, s. 46-47.

73 Pozn. autorky: Zde myšleno fungování již existujících služeb, nikoli vznik a rozvoj nových služeb typu tísňové linky atd.

74 BELA, B, A BROKA, F RAJEVSKA a L RASNACA. Transformative change in social service delivery and social work practice in Latvia during the COVID-19 pandemic. *European journal of social work*, 2021, s. 4.

75 Tamtéž, s. 9.



prostor pro karantény atd.). Řadu problémů způsobil také přesun komunikace s klienty do online prostoru, případně skrze telefony (nedostatečná technická vybavenost, strach klientů sdělovat důvěrné informace přes videohovor nebo po telefonu atd.). Z lotyšského výzkumu tedy vyplynulo, že se během pandemie celkově projevil „nedostatek zdrojů na systémové úrovni (finanční, technologické, lidské)“<sup>76</sup>. Tento problém zmiňuje i Vráželová v souvislosti s českou scénou sociální práce.<sup>77</sup>

Na druhé straně pandemie přinesla i pozitiva. Díky náročným situacím, před které byli sociální pracovníci často postaveni, se odhalily jejich kvality – maximálně projevila jejich empatie, individuální přístup ke klientům, vysoká míra kreativity a schopnosti přizpůsobovat se změnám, což jsou zásadní schopnosti a dovednosti sociálních pracovníků pro kvalitní výkon jejich profese.<sup>78</sup> Pozitivně hodnotí práci sociálních pracovníků i Tajanovská, která podobně jako realizátoři lotyšského výzkumu vyzdvihuje u českých sociálních pracovníků jejich kreativitu, nasazení pro klienta i důraz na důstojnost, lidská práva a sociální spravedlnost.<sup>79</sup>

Zároveň ovšem upozorňuje na citlivou oblast v rámci výkonu sociální práce v ČR, kterou pandemie odhalila a je potřeba se na ni zaměřit. Jedná se o nedostatečnou psychohygienu sociálních pracovníků a obhajobu vlastní zájmů a potřeb sociálních pracovníků (nikoli pouze těch klientových). Podle Tajanovské mají sociální pracovníci v ČR stále tendenci upřednostňovat klienta před sebou samými, což má pak často negativní dopad na jejich psychické zdraví i samotný výkon profese.<sup>80</sup> Tohoto tématu se dotýká i Vráželová, která ve svém článku *Covid-19 – riziko, nebo příležitost pro sociální práci?* zmiňuje důležitost pocitu jistoty u samotných sociálních pracovníků.

---

76 Tamtéž, s. 7, 10.

77 VRÁŽELOVÁ, Lenka. Covid-19 – riziko, nebo příležitost pro sociální práci? In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021, s. 13-15.

78 BELA, B, A BROKA, F RAJEVSKA a L RASNACA. Transformative change in social service delivery and social work practice in Latvia during the COVID-19 pandemic. *European journal of social work*, 2021, s. 10-11.

79 TAJANOVSKÁ, Andrea. Způsobila koronavirová pandemie mimořádné podmínky pro sociální práci? V sociálních službách určitě ano! In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021, s. 26.

80 Tamtéž.

Pandemie ukázala, že zabezpečení pocitu jistoty nejprve u sociálních pracovníků je nezbytným krokem k tomu, aby ji pak mohli pracovníci předávat svým klientům.<sup>81</sup>

### **3.2 Vliv pandemie onemocnění covid-19 na osoby s mentálním a kombinovaným postižením**

V médiích se hovoří o tom, že mezi nejvíce zranitelné skupiny v souvislosti s pandemií covid-19 patří senioři, těhotné ženy nebo osoby bez domova. Často se přitom zapomíná na další zranitelnou skupinou, kterou jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením.<sup>82</sup> Přitom ochrana osob s mentálním postižením před nákazou onemocněním covid-19 a dostatečná podpora pro ty, kteří infikovaní jsou, představuje pro sociální pracovníky a další osoby pracující s touto cílovou skupinou velkou výzvu. Důvodem jsou především specifické vlastnosti a projevy těchto lidí a snížená schopnost adaptovat se na změny.<sup>83</sup>

Vyšší riziko nákazy u osob s mentálním postižením má několik důvodů. Prvním z nich jsou různé zdravotní problémy, které jsou často přidružené k mentálnímu postižení (zejména u postižení genetického původu). Jak upozorňují Courtenay a Perera: „*Respirační infekce jsou hlavní příčinou úmrtí u osob s mentálním postižením, zejména osob s downovým syndromem.*“<sup>84</sup>

Dalším důvodem vyššího rizika nákazy jsou sociální okolnosti. Osoby s mentálním postižením žijící často v domovech pro osoby se zdravotním postižením mají z hlediska sociálního způsobu soužití (společné aktivity, společná jídelna, pracovníci přichází do kontaktu během dne prakticky se všemi klienty a jsou častými přenašeči nemoci atd.) stejné riziko nákazy jako senioři v domovech pro seniory. Většina osob s mentálním postižením potřebuje každodenní pomoc a podporu dalších osob, takže není dost dobře možné je v případě potřeby úplně izolovat. Do sociálních okolností spadá také specifická interakce osob s mentálním postižením – tyto osoby

---

81 VRÁŽELOVÁ, Lenka. Covid-19 – riziko, nebo příležitost pro sociální práci? In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021, s. 12.

82 Pozn. autorky: Pro zjednodušení textu bude dále používáno pro obě skupiny postižení jednotné označení *osoby s mentálním postižením*.

83 COURTENAY, K. a B. PERERA. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 2020, s. 1.

84 Tamtéž.

jsou často velmi haptické a používají při komunikaci doteky. U některých osob se mohou ve spojitosti s určitým typem postižení objevovat i různé specifické projevy typu slinění, plivání atd., které mohou potencionálně vést k šíření nákazy.<sup>85</sup>

Třetím důvodem vyššího rizika nákazy je omezení v porozumění. Míra porozumění závažnosti pandemie a důležitosti dodržovat opatření je vázaná na míru mentálního postižení.<sup>86</sup> Pro osoby s mentálním postižením je důležité, aby dostávaly informace zjednodušenou, pro ně srozumitelnou formou. Problém v porozumění mohou představovat také bariéry, jako jsou respirátory. Jedná se v podstatě o nový, neznámý, prvek, který se zařadil do běžného života, proto se mohou klienti s mentálním postižením například bát lidí, kteří mají nasazený respirátor, mohou jim nedůvěřovat a tím pádem nepřijímat informace, které jim jsou sdělovány. Podobně náročné pro osoby s mentálním postižením může být také využívání technologií. Díky pandemii covid-19 se začaly využívat různé nové komunikační cesty jako například online videohovory. Pro osoby s mentálním postižením ale může být komunikace a vůbec fungování v online prostoru obtížné a nesrozumitelné.<sup>87</sup>

Zcela zásadní vliv na život a psychiku osob s mentálním postižením pak mají náhlé a časté změny opatření, na které nemohou být osoby s mentálním postižením dostatečně dopředu připraveny a které výrazně zasahují a ovlivňují jejich běžnou denní rutinu. Jak bylo již několikrát zmíněno, osoby s mentálním postižením mají z povahy svého postižení sníženou schopnost adaptace na změny. Především pro klienty s autismem tak mohou změny v denní rutině způsobovat stres, úzkosti a z dlouhodobého hlediska mohou vést k narušení jejich duševního zdraví.<sup>88</sup>

---

85 Tamtéž, s. 1-2.

86 Tamtéž, s. 1.

87 Tamtéž, s. 4.

88 Tamtéž, s. 1-5.

## 4 Metodologie výzkumu

Výzkumná část diplomové práce se zabývá sociální prací v DOZP během prvních 2 let pandemie onemocnění covid-19 (březen 2020 – březen 2022). Cílem výzkumu je zmapování dopadu opatření souvisejících s pandemií na práci sociálních pracovníků v DOZP. Základní výzkumná otázka zní: „Jaký dopad přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?“

### 4.1 Popis sběru dat

Data do výzkumu byla získávána trojím způsobem – dotazníkovým šetřením, polostrukturovanými rozhovory a analýzou dokumentů.

Dotazník byl vytvořen pomocí webového nástroje Google Forms a rozeslán mezi sociální pracovníky pracující v DOZP (celkem bylo rozesláno 317 emailů). Obsahoval 19 otázek rozdělených do 5 oblastí. V úvodu byl uveden informovaný souhlas respondenta v povinném poli, dále první část dotazníku obsahovala otázky týkající se informací ohledně respondenta a jeho zařízení. Poté následovaly 4 tematické oblasti dotazníku. Poslední 2 otázky byly nepovinné a týkaly se možnosti dalšího zapojení do výzkumu a zájmu o získání výsledků výzkumu.

Na dotazník odpovědělo celkem 80 respondentů v časovém období 29. 1. 2022 do 28. 2. 2022.<sup>89</sup>

Rozhovory byly také realizovány on-line, formou video-hovorů, prostřednictvím platformy MStTeams. Celkem proběhly 4 rozhovory se sociálními pracovníky z různých DOZP v časovém období od 18. 3. 2022 do 30. 3. 2022. Délka každého rozhovoru byla přibližně 30 minut. Rozhovory byly na základě informovaného souhlasu respondentů sděleného ústní formou před zahájením samotného rozhovoru nahrávány přímo v aplikaci MS Teams, a poté přepsány za účelem dalšího zpracování do výzkumu.

---

<sup>89</sup> Pozn. autorky: Původně měl být dotazník otevřen pouze na 14 dní. Období bylo v průběhu sběru dat prodlouženo na žádost několika oslovených respondentů, kteří se chtěli zapojit do výzkumu, ale jejich zařízení procházelo v té době kulminací onemocnění covid-19.

## 4.2 Výběr respondentů

Vzhledem k povaze výzkumné otázky byli respondenti vybíráni metodou účelového vzorkování.<sup>90</sup> Miovský tuto metodu pojmenovává také jako záměrný výběr a označuje ji za „nejrozšířenější metodu výběru dat, s jakou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme“. Jedná se o metodu, při které „cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností“<sup>91</sup>.

Respondenti do výzkumu do dotazníkového šetření byli osloveni na základě informací z registru poskytovatelů služeb. V registru poskytovatelů sociálních služeb bylo k datu vytvoření dotazníku registrováno 207 DOZP. V některých DOZP je více než jeden sociální pracovník. Celkem bylo tedy rozesláno 317 emailů s žádostí o vyplnění dotazníku. Pokud to bylo možné, byly žádosti rozesílány přímo na emailové adresy jednotlivých sociálních pracovníků, v případech, kdy na stránkách zařízení nebyla uvedena emailová adresa sociálního pracovníka, byl dotazník zaslán na jiný mail, uvedený jako kontaktní údaj zařízení, s prosbou o předání dotazníku sociálnímu pracovníkovi DOZP.

Podmínkou pro účast ve výzkumu bylo zaměstnání na pozici sociálního pracovníka v DOZP. Tato podmínka byla naplněna tím, že byli osloveni pouze sociální pracovníci pracující v sociální službě zapsané v registru jako Domov pro osoby se zdravotním postižením. Druhou podmínkou pak byla práce v DOZP v průběhu posledních 2 let. Vzhledem k povaze výzkumu, který je založen na zkušenosti respondentů se zkoumaným jevem, bylo splnění této podmínky ponecháno na zvážení samotných respondentů, zda mají dostatek zkušeností, aby se mohli zapojit do výzkumu, či nikoliv. Několik oslovených potenciálních respondentů samo na žádost o vyplnění dotazníku odpovědělo, že se do výzkumu nemohou zapojit, jelikož do tohoto typu služby nastoupili v nedávné době a nemají tedy dostatek zkušeností ke zkoumanému tématu.

Dotazník byl anonymní. Nicméně v závěru dotazníku byly 2 dobrovolné otázky, které částečně odkrývaly anonymitu respondentů. První z nich dávala respondentům možnost uvést kontaktní email v případě, že by se chtěli dále zapojit do výzkumu. Do druhé mohli v případě zájmu respondenti uvést kontaktní email, na který chtějí

---

90 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 2012, s. 154.

91 MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 2006, s. 135.

obdržet výsledky výzkumu po jeho vyhodnocení. Dotazník jako celek byl ale zpracováván anonymně (tzn. poslední 2 otázky byly z dotazníku před jeho zpracováním vyjmuty a data byla zpracována zvlášť, aby byla skutečně zachována anonymita).

Na základě dotazníku pak byli následně osloveni respondenti do rozhovorů. Z oslovených 13 respondentů se nakonec do rozhovorů zapojily 4 respondentky.<sup>92</sup> Ve 3 případech se jednalo o sociální pracovníce z DOZP, mezi jejichž klienty převažují osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Čtvrtá respondentka pracuje v DOZP, které je zaměřené na skupinu osob s velmi specifickým onemocněním v pokročilé fázi, které v rámci své progresse vede mimo jiného k tělesnému postižení takto nemocných osob.

### 4.3 Metody výzkumu

Výzkum diplomové práce má smíšenou povahu s převahou kvalitativního charakteru.

V rámci výzkumu byly použity 3 metody sběru dat – tzv. metodologická triangulace. Jedná se o validizační metodu, která „*má za cíl rozvíjet a aplikovat různé postupy, jimiž můžeme minimalizovat různá zkreslení vzniklá při procesu získávání (kvalitativních) údajů*“<sup>93</sup>.

#### 4.3.1 Analýza dokumentů

První z nich byla analýza dokumentů, zde konkrétně vládních nařízení ohledně opatření pro DOZP v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19). Hendl uvádí, že „*analýza dokumentů patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu*“<sup>94</sup>. Vzhledem k povaze výzkumu byl zvolen kvalitativní způsob analýzy

---

92 Pozn. autorky: Snížení zájmu o další zapojení do výzkumu je možné spojit s aktuální světovou situací, kdy téma pandemie ustoupilo do pozadí kvůli válečnému konfliktu na Ukrajině, na který řada sociálních služeb reagovala nabídkou pomoci. Lze tak usuzovat z několika zmínek respondentů k aktuální situaci ve světě.

93 MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 2006, s. 264.

94 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 2012, s. 132.

dokumentů zaměřený na obsah opatření vydaných v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19.

### 4.3.2 Dotazník

Druhou výzkumnou metodou byl dotazník, který měl smíšený charakter. Hendl k tomuto typu dotazníků uvádí: *„...je možné míchat různé přístupy ke sběru dat tím, že do dotazníku zařadíme uzavřené otázky (např. typu ano/ne) i otevřené otázky (jaký je váš názor na tento typ výuky?).“*<sup>95</sup>

Jak bylo již uvedeno, dotazník tvořilo 5 oblastí. Úvodní oblast tvořily otázky obecného charakteru směřující k orientačnímu zařazení respondenta. Jednalo se o pohlaví respondenta; věk<sup>96</sup>; vzdělání<sup>97</sup>; kraj, ve kterém se zařízení nachází, a velikost obce, ve které se zařízení nachází<sup>98</sup>.

Následovaly 3 tematické sekce dotazníku, které se zaměřovaly na 3 oblasti činností sociálního pracovníka v DOZP (viz kapitola 2.3.1 a kapitola 4.3). Každá oblast obsahovala nejprve soubor činností s mřížkou výběru, pomocí které měli respondenti ohodnotit vliv protiepidemických opatření na jednotlivé činnosti.<sup>99</sup> Následovalo otevřené pole s možností doplnění chybějící činnosti a vlivu opatření na tuto činnost. Poté byly v každé oblasti 2 otevřené otázky, které se zaměřovaly na pozitiva a negativa opatření na danou oblast činností sociálního pracovníka.

Poslední část dotazníku se zaměřovala na ohrožení (rizika) a příležitosti plynoucí z protiepidemických opatření. Obsahovala 2 otevřené otázky s možností stručného popsání rizik a příležitostí.

Dotazník byl předně zpracován kvantitativně na základě procentuálního (poměrového) zastoupení odpovědí. Části dotazníku, které obsahovaly otevřené

---

95 Tamtéž, s. 61.

96 Pozn. autorky: Zde byl možný výběr z následující škály: 20 – 34 let, 35 – 49 let, nad 50 let.

97 Pozn. autorky: Zde byl možný výběr: vyšší odborné, vysokoškolské bakalářské, vysokoškolské magisterské.

98 Pozn. autorky: Zde byl možný výběr: do 3 000 obyvatel (venkovská obec), 3 000 – 10 000 obyvatel (menší město), nad 10 000 obyvatel.

99 Pozn. autorky: Výběr možných odpovědí byl následovný: opatření danou činností *výrazně ovlivnila*; *částečně ovlivnila*; *neovlivnila*; *nemohu hodnotit – nekonal jsem tuto činnosti nekonal jsem tuto činnost během pandemie/nekonám tuto činnost v rámci své práce*.

otázky, byly následně zpracovány ještě kvalitativně a na základě jejich analýzy byly vytvořeny otázky do rozhovorů.

Šablona otázek do dotazníku je uvedena v příloze č. 1.

### 4.3.3 Rozhovory

Rozhovor je metoda kvalitativního charakteru. Pro účely výzkumu byl využit polostrukturovaný rozhovor, ve kterém dochází ke spojení prvků strukturovaného rozhovoru a nestrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor se skládá z předem vytvořených návodných otázek, má tedy základní strukturu a předem vymezený účel. Zároveň ale umožňuje připravené otázky v průběhu přizpůsobovat aktuální situaci v rozhovoru – modifikovat otázky, měnit jejich pořadí, či pokládat doplňující otázky za účelem rozvinutí tématu.<sup>100</sup> Polostrukturovaný rozhovor tak díky svým výše zmíněným možnostem eliminuje nedostatky strukturovaného rozhovoru, především jeho nemožnost zohlednit a reagovat na individualitu aktérů rozhovoru. Zároveň se vyhýbá i rizikům plynoucím z nestrukturovaného rozhovoru. Ty představuje zejména problém udržení tématu rozhovoru a následně obtížná analýza dat vzhledem k různorodosti a nesourodosti získaného materiálu.<sup>101</sup>

Šablona otázek do polostrukturovaného rozhovoru výzkumu je uvedena v příloze č. 2.

## 4.4 Operacionalizace základní výzkumné otázky

V rámci operacionalizace základní výzkumné otázky byl definován pojem *dopad* na základě SWOT analýzy, která byla následně využita i jako metoda zpracování dat výzkumu. Přestože SWOT analýza se primárně využívá s jiným než výzkumným cílem, zde byla použita pro rozbor dopadu pandemie na sociální práci především díky své komplexnosti a zároveň přehledné struktuře.

Pojem *dopad* byl tedy v rámci operacionalizace nahrazen pojmy *pozitiva*, *negativa*, *rizika* a *příležitosti*. Na základě operacionalizace pojmu dopad byly vytvořeny tyto dílčí výzkumné otázky (dále jen DVOs) do výzkumu:

---

100 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 2012, s. 174.

101 Tamtéž, s. 173-175.



- Jaká **pozitiva** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
- Jaká **negativa** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
- Jaká **rizika** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
- Jaké **příležitosti** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?

Dále byl operacionalizován pojem *výkon profese sociálních pracovníků v DOZP* a to na základě profesiogramu pro sociální práci v DOZP (viz kapitola 2.3:1). Jednotlivé činnosti sociálního pracovníka uvedené v profesiogramu byly logicky rozděleny do 3 tematických celků: *činnosti zaměřené na klienta*, *činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby* a *činnosti zaměřené na ostatní pracovníky*. Na základě tohoto rozdělení tedy byly dále vytvořeny DVOs:

- Jaká **pozitiva** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
  - Jaká **pozitiva** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na klienta**?
  - Jaká **pozitiva** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na organizaci a fungování služby**?
  - Jaká **pozitiva** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na ostatní pracovníky**?
- Jaká **negativa** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
  - Jaká **negativa** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na klienta**?
  - Jaká **negativa** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na organizaci a fungování služby**?
  - Jaká **negativa** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na ostatní pracovníky**?
- Jaká **rizika** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?

- Jaká **rizika** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na klienta**?
- Jaká **rizika** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na organizaci a fungování služby**?
- Jaká **rizika** přinesla opatření související s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na ostatní pracovníky**?
- Jaké **příležitosti** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?
  - Jaké **příležitosti** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na klienta**?
  - Jaké **příležitosti** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na organizaci a fungování služby**?
  - Jaké **příležitosti** přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 do **činností zaměřených na ostatní pracovníky**?

## 5 Analýza dat z dotazníku

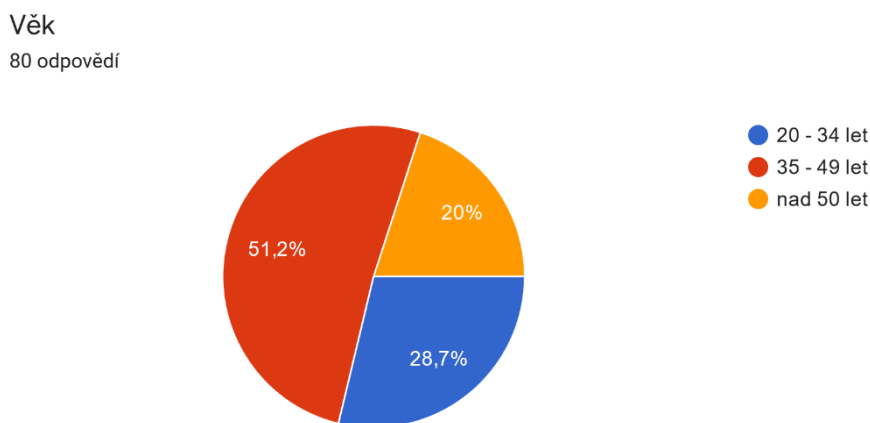
Pro analýzu dotazníku byla využita kvantitativní i kvalitativní metoda analýzy dat. Na základě výsledků z kvantitativního i kvalitativního zpracování dotazníku byly pak vytvořeny otázky do rozhovoru.

### 5.1 Kvantitativní zpracování dotazníku

Dotazník vyplnilo celkem 80 respondentů, z nichž byli v 7,5 % zastoupeni muži (6 respondentů), ve zbylých 92,5 % se jednalo o respondenty ženského pohlaví (74 respondentek).

Co se týká věku, tak největší zastoupení měla věková skupina 35 – 49 let, která čítala 41 respondentů (51,2 %), poté následovala věková skupina respondentů 20 – 34 let, ke které se přihlásilo 23 respondentů (28,7 %), a o něco méně respondentů, konkrétně 16 respondentů, v dotazníku zaškrtnulo věkovou skupinu nad 50 let (20 %).

Graf č. 1: Věk respondentů

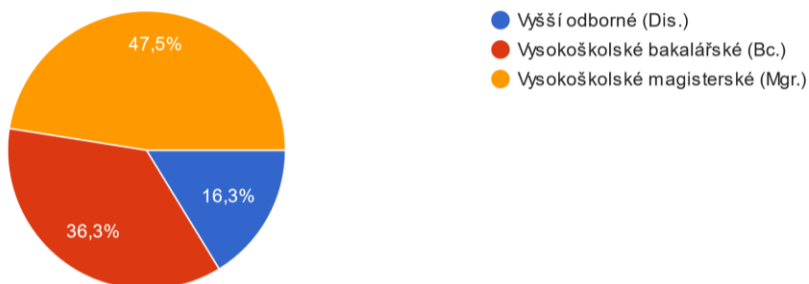


*Zdroj: vlastní*

V otázce dosaženého vzdělání uvedlo 38 respondentů vysokoškolské magisterské vzdělání (47,5 %), 29 respondentů uvedlo vysokoškolské bakalářské vzdělání (36,3 %) a vyšší odborné vzdělání uvedlo 13 respondentů (16,3 %).

## Graf č. 2: Vzdělání respondentů

Vzdělání  
80 odpovědí



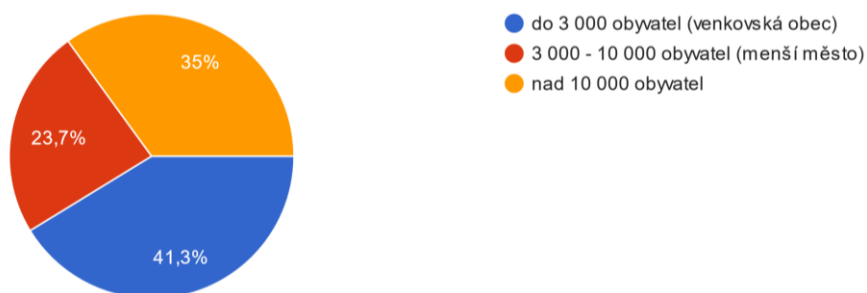
*Zdroj: vlastní*

V dotazníku byli zastoupeni respondenti pracující v DOZP ve všech krajích České republiky. Nejvíce respondentů dotazníku pracuje v zařízení na území Moravskoslezského kraje (12 respondentů), Ústeckého kraje (11 respondentů) a Jihomoravského kraje (10 respondentů). Nejmenší zastoupení měl Plzeňský kraj se 2 respondenty.

Zařízení, ve kterých respondenti pracují, se nacházejí ve 41,3 % na území venkovské obce do 3 000 obyvatel (uvedlo 33 respondentů), ve 35 % se naopak nacházejí ve městě nad 10 000 obyvatel (28 respondentů) a ve zbývajících 23,7 % se jedná o zařízení na území menší obce (19 respondentů).

## Graf č. 3: Velikost obce, ve které se nachází zařízení

Zařízení, ve kterém pracujete, se nachází v obci o velikosti:  
80 odpovědí



*Zdroj: vlastní*

Při analýze dat z dotazníku nebyla potvrzena korelace mezi žádnou z výše uvedených kategorií a dopadem opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na sociální práci v DOZP.

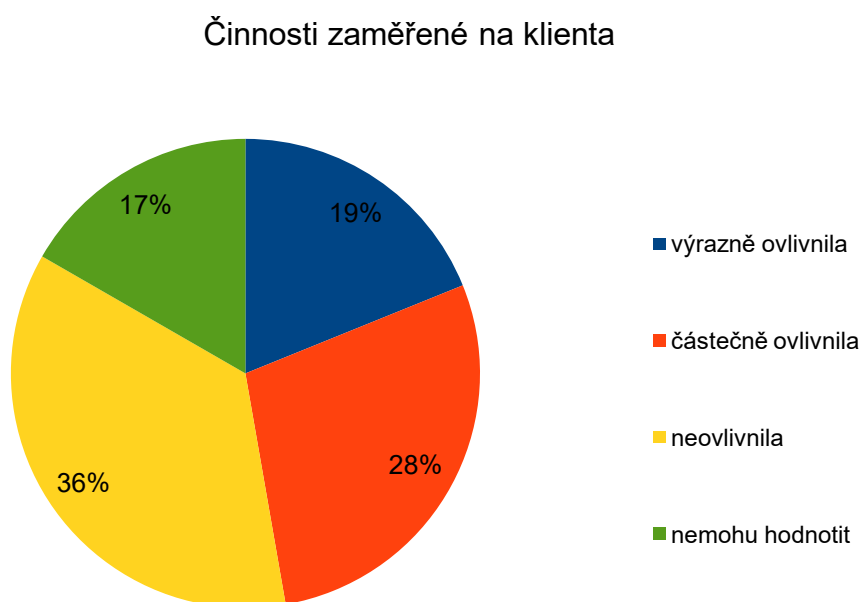
Ze souhrnného porovnání všech odpovědí týkajících se dopadu opatření na jednotlivé činnosti sociálního pracovníka v DOZP vyplývá, že nejvíce zasaženou skupinou činností byly *činnosti zaměřené na ostatní pracovníky*. U této oblasti činností zvolili respondenti odpověď, že opatření „výrazně ovlivnila“ činnost, ve 27 %, odpověď „částečně ovlivnila“ zvolili ve 38 %, „neovlivnila“ v 18 % a ve stejné míře (18 %) nemohli jednotlivé činnosti hodnotit.

Druhou nejvíce ovlivněnou oblastí byly *činnosti zaměřené na klienta*, u kterých se vyskytovala odpověď „výrazně ovlivnila“ v 19 %, „částečně ovlivnila“ ve 28 %, „neovlivnila“ ve 36 % a v 17 % případů uvedli respondenti, že nemohou hodnotit.

U *činností zaměřených na organizaci a fungování služby* byla odpověď „výrazně ovlivnila“ zvolena respondenty ze 14 %, z 30 % byla volena odpověď „částečně ovlivnila“, 48 % odpovědí bylo „neovlivnila“ a v 8 % nemohli respondenti činnosti hodnotit.

Jak bylo již zmíněno v kapitole 2.3.1 této práce, rozdělení činností do jednotlivých oblastí je pouze orientačně vytvořené pro účely tohoto výzkumu. Zásadní je dopad opatření na konkrétní činnosti sociálního pracovníka DOZP.

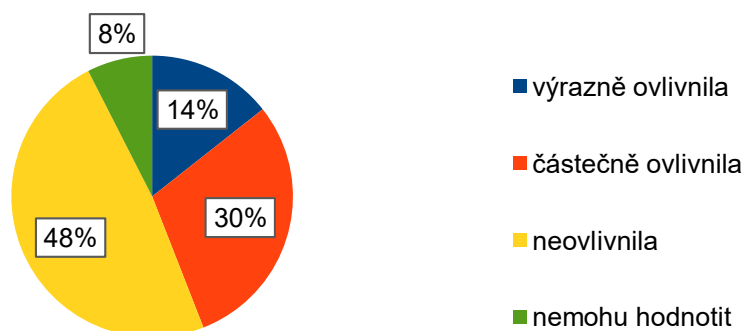
Graf č. 4: Činnosti zaměřené na klienta



Zdroj: vlastní

Graf č. 5: Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby

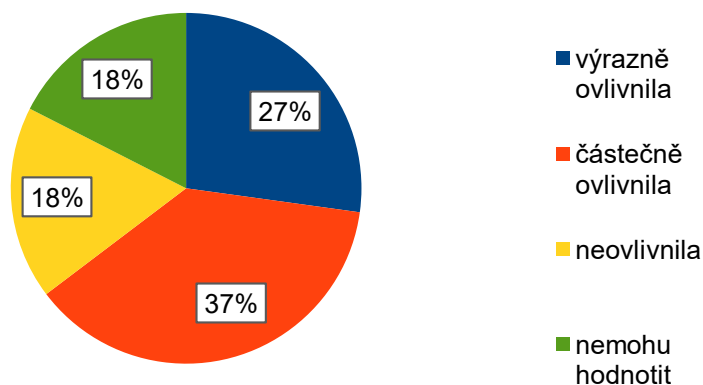
### Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby



Zdroj: vlastní

Graf č. 6: Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky

### Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky

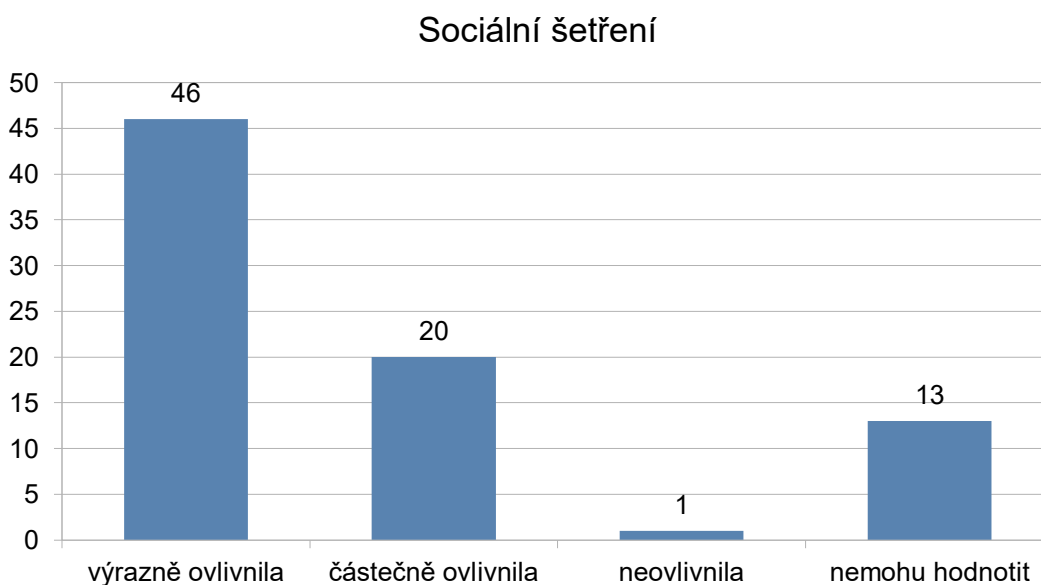


Zdroj: vlastní

## 5.1.1 Činnosti zaměřené na klienta

V této oblasti se nacházela činnost, u které nejvíce respondentů uvedlo, že byla protiepidemickými opatřeními výrazně ovlivněna. Jednalo se o *sociální šetření v domácnosti zájemce*.

Graf č. 7: Sociální šetření

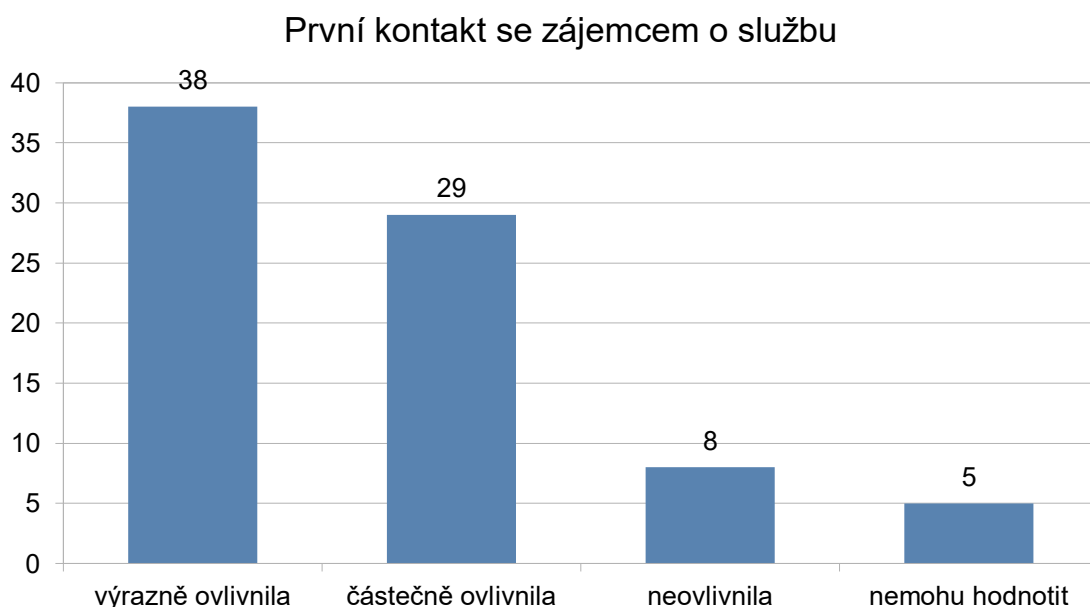


Zdroj: vlastní

Jak je patrné ze sloupcového grafu, 46 respondentů uvedlo, že tato oblast byla výrazně ovlivněna opatřeními vydanými v souvislosti s onemocněním covid-19. 20 respondentů pak odpovědělo, že sociální šetření v domácnosti zájemce bylo částečně ovlivněno opatřeními. 1 respondent zvolil u této činnosti odpověď „neovlivněno“ a 13 pak „nemohu hodnotit“. Je otázkou, zda nebyl dopad protiepidemických opatření na tuto činnost sociálních pracovníků ve skutečnosti ještě vyšší a výsledky nejsou zkresleny faktem, že 13 pracovníků (10,4 % respondentů) nemůže hodnotit dopad opatření na tuto činnost (například z toho důvodu, že jejich zařízení má naplněnou kapacitu a nepřijímá nové klienty, nebo během pandemie neměli žádné nové potenciální zájemce, u kterých by bylo potřeba realizovat sociální šetření).

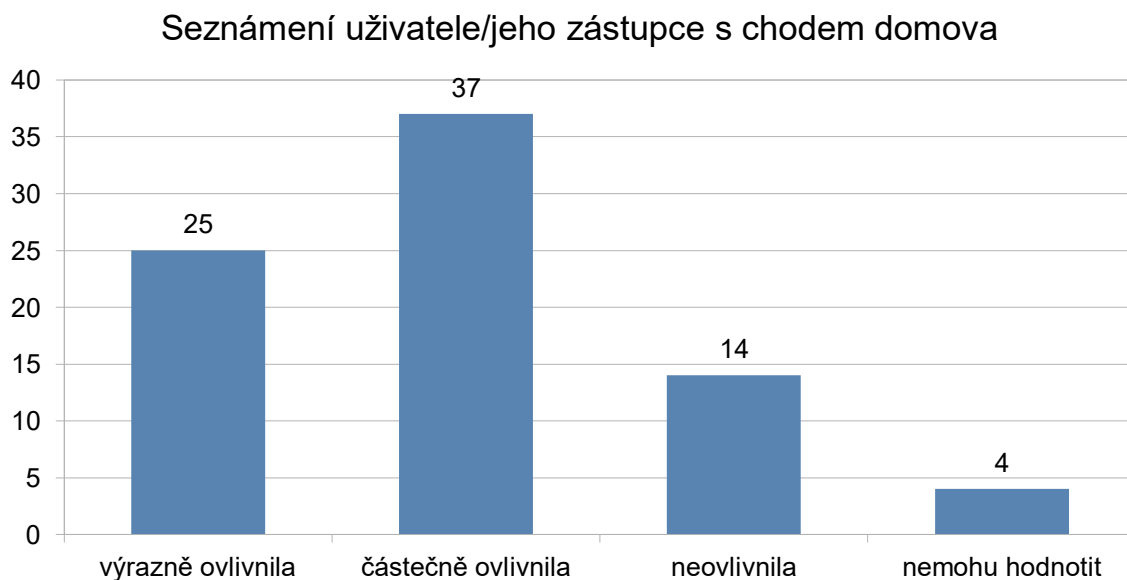
V souvislosti s dopadem protiepidemických opatření na jednání se zájemcem o službu je zde dobré zmínit také činnost *první kontakt se zájemcem o službu* (jeho zástupcem), u které vnímá 38 respondentů výrazný dopad opatření a 29 respondentů částečný dopad. Dále respondenti uvedli také ovlivnění činnosti *seznámení uživatele/jeho zástupce s chodem domova*, u které 25 respondentů vnímá výrazný dopad, 37 částečný dopad, 14 respondentů nevnímá žádný dopad a 4 nemohou hodnotit.

Graf č. 8: První kontakt se zájemcem o službu



Zdroj: vlastní

Graf č. 9: Seznámení uživatele/jeho zástupce s chodem domova

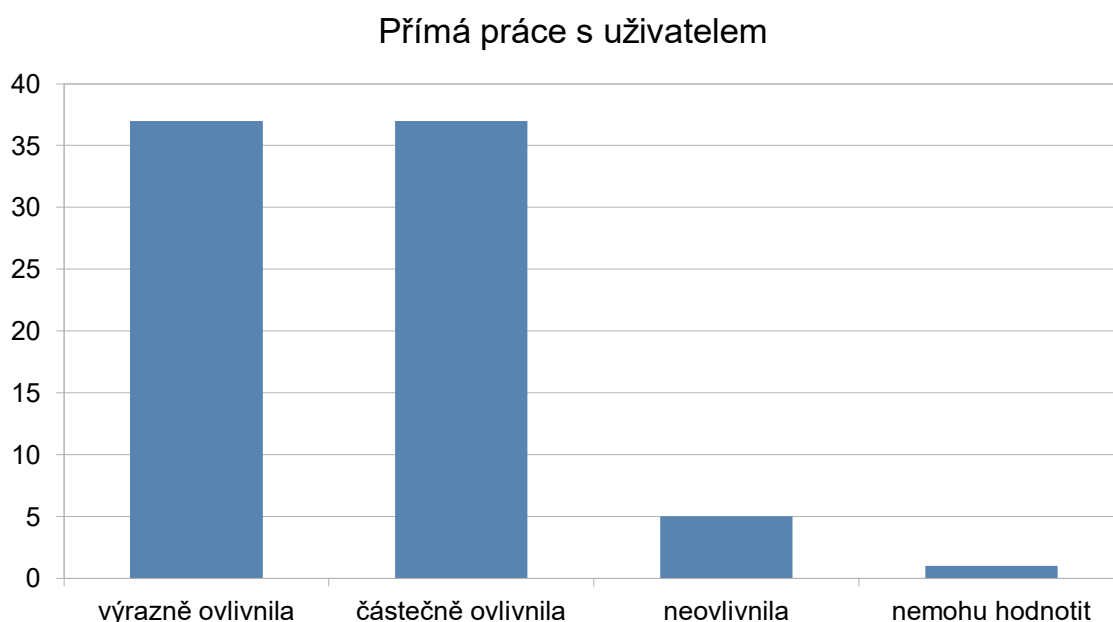


Zdroj: vlastní

Podle respondentů protiepidemická opatření výrazně ovlivnila i *přímou práci s uživatelem*. Shodné množství respondentů (37) zvolilo odpověď „výrazně ovlivnila“ a „částečně ovlivnila“. Pouze 5 respondentů zvolilo odpověď „neovlivnila“ a 1 „nemohu hodnotit“.



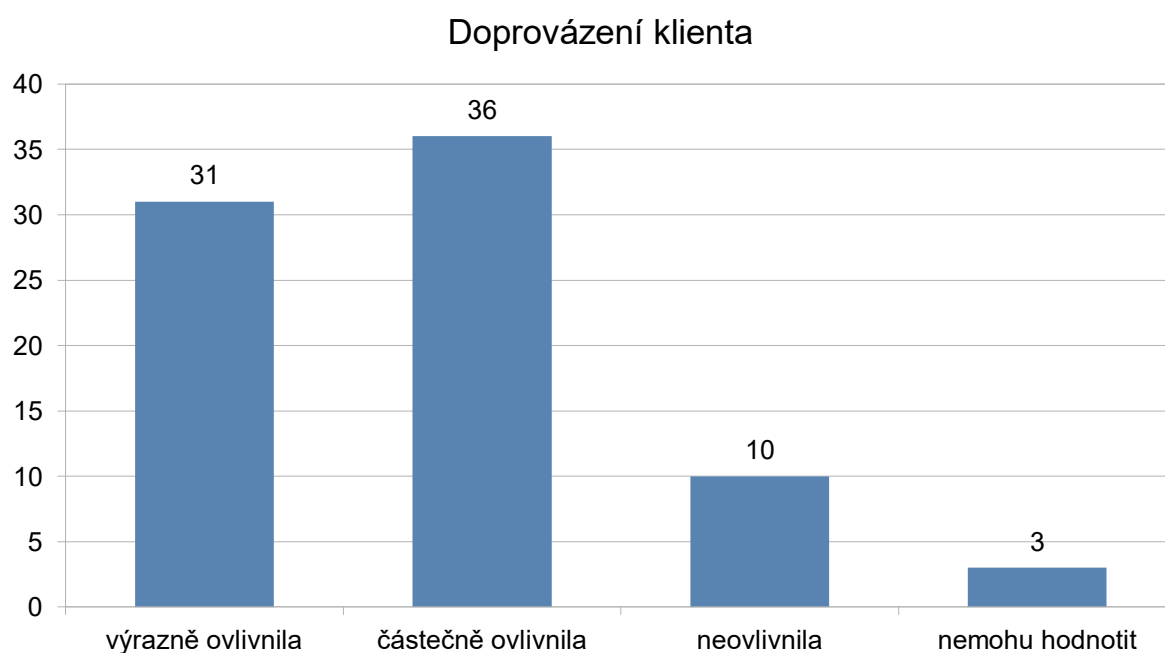
Graf č. 10: Přímá práce s uživatelem



*Zdroj: vlastní*

Další oblastí, u které respondenti vnímají zásadní vliv opatření, bylo *doprovázení klienta*, které považuje za výrazně ovlivněné opatřeními 31 respondentů a částečně ovlivněné 36 respondentů.

Graf č. 11: Doprovázení klienta



*Zdroj: vlastní*

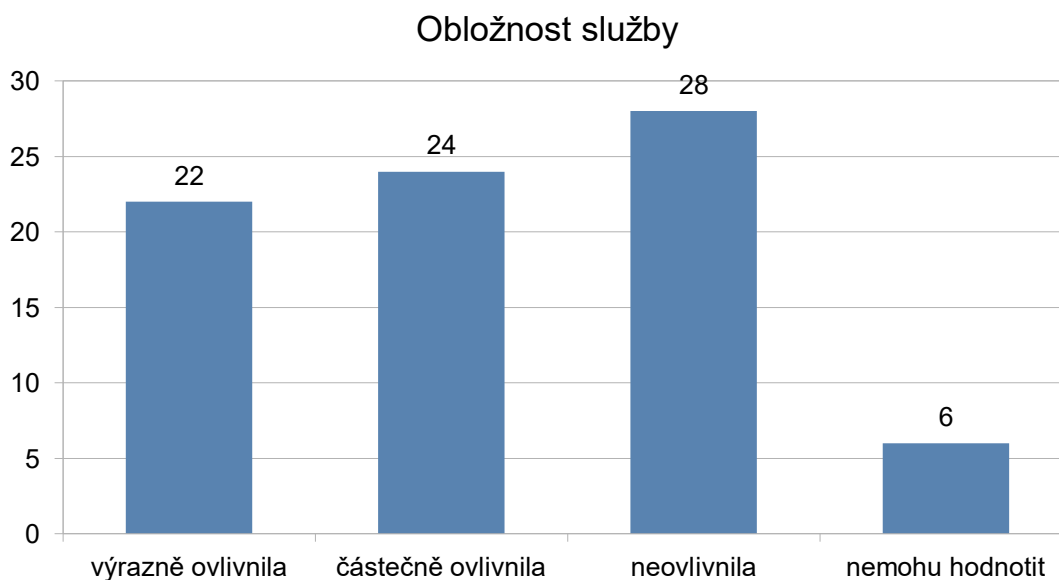
Naopak jako nejméně ovlivněné v této oblasti respondenti vnímají činnosti převážně administrativního typu jako *je zpracování přehledu o příjmu uživatele, vedení depozitního účtu klienta* nebo *vedení osobní karty klienta*. U těchto činností až na několik výjimek (v řádu jednotek) respondenti zvolili odpověď „neovlivnilo“.

### 5.1.2 Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby

Tato skupina činností byla ovlivněna opatřeními vydanými v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19 nejméně ze všech tří oblastí.

Opatření zasáhla v této oblasti činnost *obložnost služby*, u které vnímá výrazný dopad opatření 22 respondentů, částečné ovlivnění zvolilo 24 respondentů, „neovlivnila“ uvedlo 28 respondentů a „nemohu hodnotit“ 6 respondentů. Kromě obložnosti služby byla zásadně zasažena také činnost *tvorba a strategie poskytování sociální služby*, u které vnímá výrazný dopad 19 respondentů, částečný dopad 32 respondentů, žádný dopad 19 respondentů a 10 respondentů tuto činnost nemůže hodnotit. A dále byla zasažena i činnost *systém kvality sociální práce*, kterou vnímá jako výrazně ovlivněnou protiepidemickými opatřeními 17 respondentů, částečné ovlivnění vnímá 31 respondentů, odpověď „neovlivnila“ zvolilo 30 respondentů a 2 respondenti nemohou hodnotit.

Graf č. 12: Obložnost služby



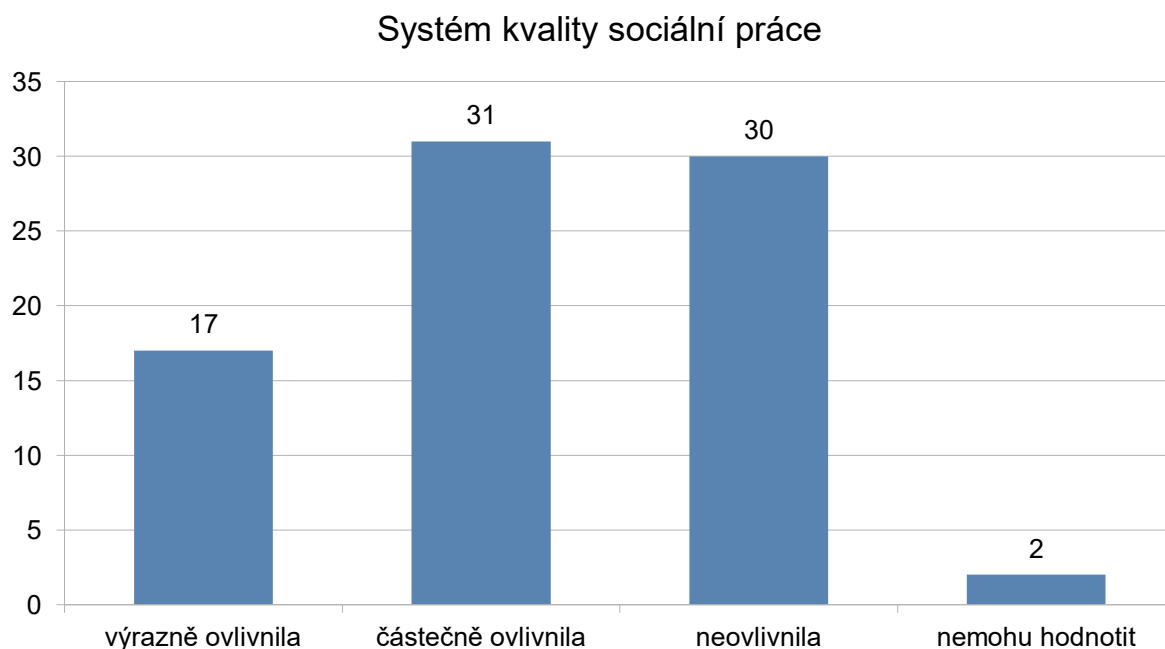
Zdroj: vlastní

Graf č. 13: Tvorba a strategie poskytování sociální služby



*Zdroj: vlastní*

Graf č. 14: Systém kvality sociální práce

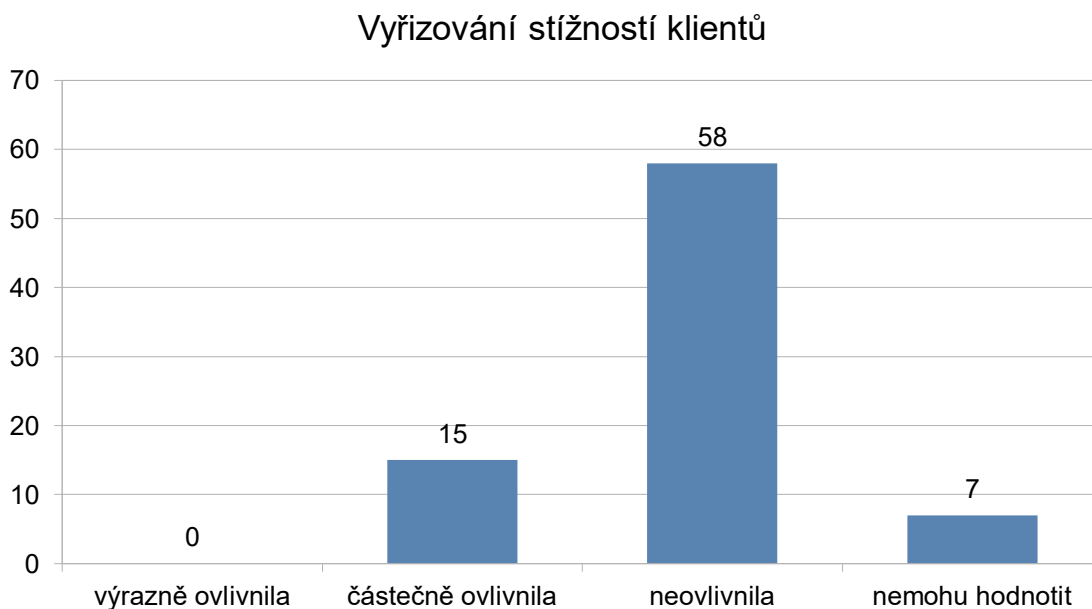


*Zdroj: vlastní*

Jako nejméně ovlivněné činnosti protiepidemickými opatřeními v této oblasti považují respondenti činnost *vyřizování stížností klientů*, u které žádný z respondentů ne zvolil odpověď „výrazně ovlivnila“, 15 respondentů zvolilo odpověď „částečně ovlivnila“, 58 respondentů uvedlo odpověď „neovlivnila“ a 7 nemůže hodnotit,

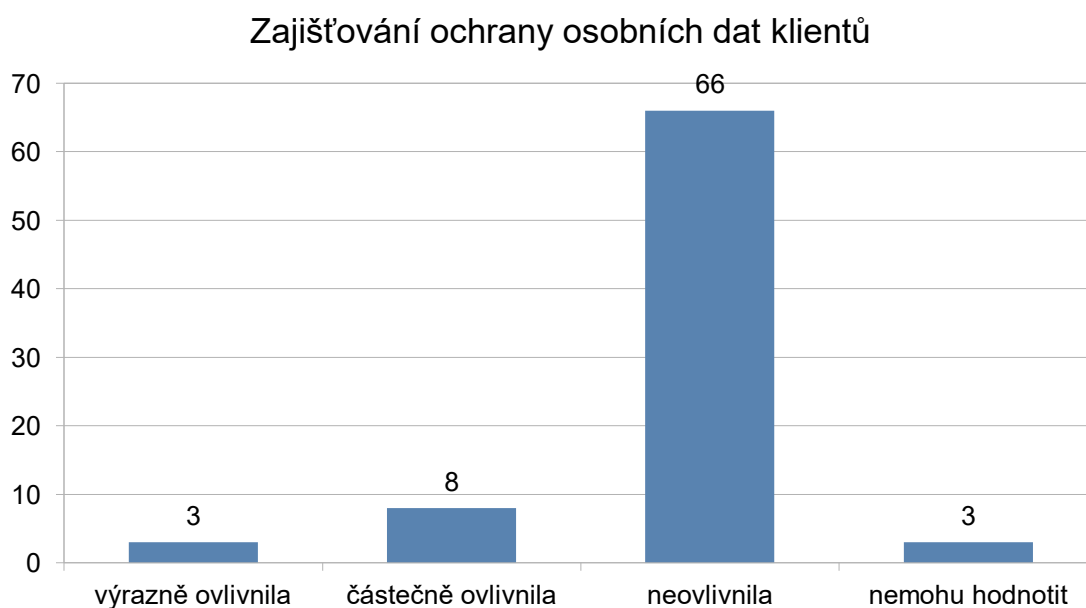
a činnost *zajišťování ochrany osobních dat klientů*, u které pouze 3 respondenti uvedli odpověď „výrazně ovlivnila“, 8 zvolilo „částečně ovlivnila“, podle 66 respondentů opatření činnost neovlivnila a 3 zvolili „nemohu hodnotit“.

Graf č. 15: Vyřizování stížností klientů



*Zdroj: vlastní*

Graf č. 16: Zajišťování ochrany osobních dat klientů



*Zdroj: vlastní*

### 5.1.3 Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky

Ze třetí skupiny činností byla nejvíce ovlivněna podle respondentů činnost *organizování práce zaměstnanců*, která byla výrazně ovlivněna podle 36 respondentů. 28 respondentů zvolilo odpověď „částečně ovlivnila“, pouze 5 respondentů uvedlo „neovlivnila“ a 11 nemůže dopad opatření na tuto činnost hodnotit.

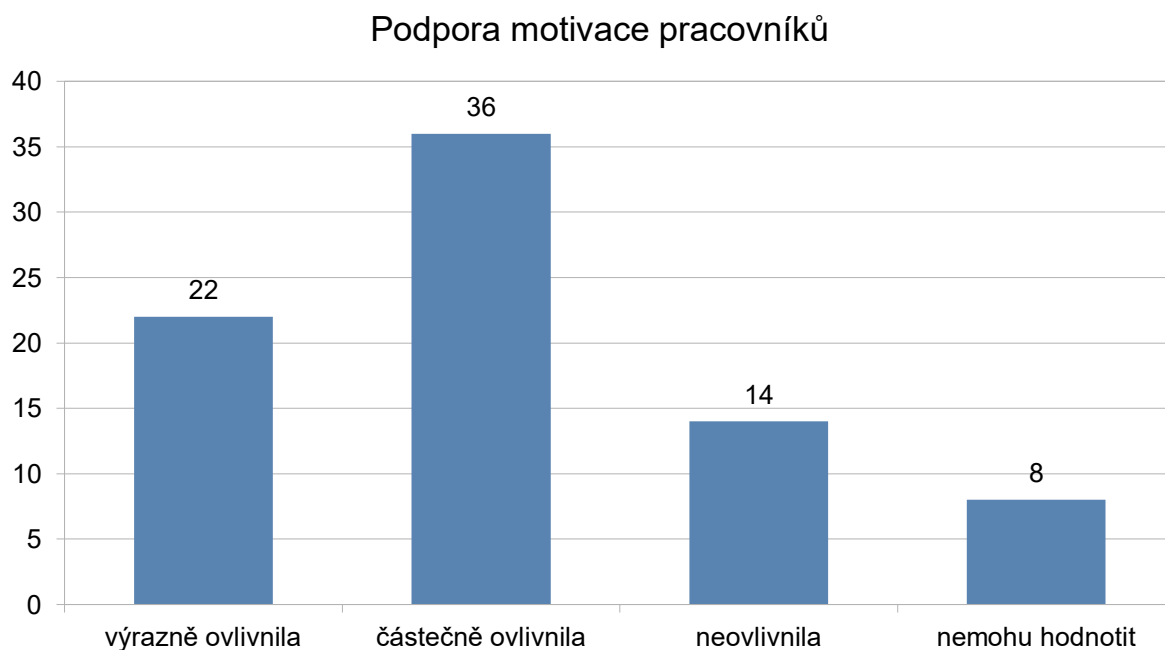
Graf č. 17: Organizování práce zaměstnanců



*Zdroj: vlastní*

Dále byla výrazně ovlivněna *příprava, vedení a průběh porad*, u které uvedlo výrazný dopad 26 respondentů, částečný dopad 32 respondentů a pouze 9 zvolilo „neovlivnila“. 13 respondentů pak nemůže tuto činnost hodnotit. Kromě těchto dvou činností byla podle výsledků dotazníku také výrazněji ovlivněna *podpora motivace pracovníků*, u které vnímá výrazný vliv opatření 22 pracovníků, částečný vliv 36 pracovníků, 14 pracovníků zvolilo odpověď „neovlivnila“ a 8 „nemohu hodnotit“.

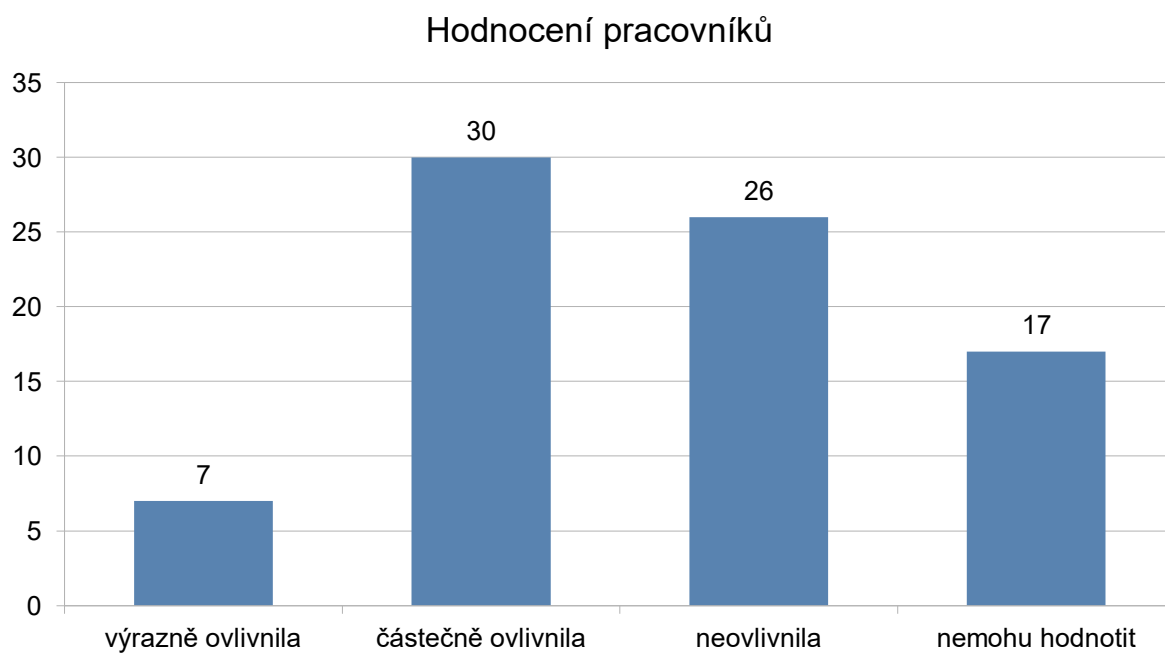
Graf č. 18: Podpora motivace pracovníků



*Zdroj: vlastní*

Naopak činností nejméně ovlivněnou opatřeními bylo v této oblasti *hodnocení pracovníků*, u kterého výrazné ovlivnění uvedlo pouze 7 respondentů a částečné ovlivnění 30 respondentů.

Graf č. 19: Hodnocení pracovníků



*Zdroj: vlastní*

## 5.2 Kvalitativní zpracování dotazníku

Odpovědi na otevřené otázky byly následně zpracovány kvalitativně. Byly využity prvky zakotvené teorie, která pracuje s třemi typy tzv. kódování: otevřené, axiální a selektivní. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou rozebrány, konceptualizovány a opět uloženy novým způsobem.“<sup>102</sup> V rámci otevřeného kódování, které bylo využito v této práci, dochází k tomu, že řešitel během pročitání sesbíraných dat objevuje jednotlivé témata vztahující se k základní výzkumné otázce.<sup>103</sup> Ta následně označuje tzv. kódy, které je dále možné seskupovat do tzv. kategorií a podkategorií na základě podobnosti.<sup>104</sup>

Po přečtení odpovědí z dotazníku byly vytvořeny 3 kategorie podle činností sociálního pracovníka v DOZP, které byly následně rozděleny na podkategorie na základě opakujících se motivů.

Tabulka č. 1: Kódování dotazníků

Činnosti zaměřené na klienta	Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby	Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky
Komunikace s klientem a jeho rodinou	Povinné očkování	Pracovní tým
Sociální izolace	Obložnost a sociální šetření	Personální zajištění
Přímá práce s klienty	Administrativa	Psychika pracovníků
Psychika klientů		Využití technologií pracovníky

Zdroj: vlastní

### 5.2.1 Činnosti zaměřené na klienty

#### Komunikace s klientem a jeho rodinou

Respondenti často zmiňovali v souvislosti s dopadem protiepidemických opatření na jejich práci problematickou komunikaci s klienty. Ta byla ztížena

---

102 STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*, 1999, s. 39.

103 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 2012, s. 247.

104 STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*, 1999, s. 45.

především kvůli osobním ochranným pracovním prostředkům (OOPP) – zmiňovány byly zejména respirátory.

U klientů s mentálním postižením se například stávalo, že nepoznávali pracovníka, protože měl na sobě respirátor, nebo měli z člověka s respirátorem strach.

*„Práce s klienty s mentálním postižením byla složitější, protože nás v respirátorech nepoznávali.“*

Problém byl také s porozumění přes respirátory, zvláště u klientů, u kterých převažuje neverbální způsob komunikace, nebo kteří mají sluchové postižení a potřebují pro porozumění vidět mimiku pracovníka a odezírat.

*„Nošení respirátorů u personálu - nemožnost číst mimiku pracovníků...“*

*„Vzhledem k využívání AAK je nošení respirátorů problém, uživatelé často komunikují jen výrazem tváře, nerozumí nám.“*

*„Ztížená komunikace s nedoslýchavými klienty při nošení respirátoru pracovníky.“*

Dva respondenti uvedli, že komunikaci přes respirátory vnímali jako neproblematičtější opatření, a to konkrétně při práci s osobami s poruchou autistického spektra.

*„Nošení respirátorů je velký problém na oddělení osob s poruchami autistického spektra.“*

*„Nošení respirátorů rozhodně velmi náročné při komunikaci s klienty s PAS.“*

Obecně bylo nošení respirátorů respondenty zmiňováno jako jedno z nejvíce negativních a z pohledu dopadu na vztah s klientem nejvíce rizikových protiepidemických opatření.

*„Ztížení komunikace s klientem kvůli nošení respirátorů, které může vést k narušení vztahu s klientem.“*

*„Omezení neverbální komunikace s klienty způsobuje emoční a společenskou izolaci.“*

Druhé téma, které se často objevovalo v otázce komunikace s klienty, bylo pochopení situace ze strany klientů. Respondenti uváděli, že klienti nerozumí tomu, co



se děje, a je pro ně těžké pochopit a přijmout protiepidemická opatření i jejich neustálé změny.

*„Pokud byli klienti pozitivní na Covid-19, nechápali, proč jsme v oblecích, se štíty, respirátory....byli zmatení, nevěděli, co se děje a kdo je s nimi.“*

*„Nechápali, proč nejsou hromadné společenské akce a výlety, kterých se pravidelně zúčastňovali.“*

*„Nepochopení nařízení ze strany klienta, kdy respirátor musí nosit a kdy ne, a z toho plynoucí spory.“*

Třetí oblastí dopadu opatření na komunikaci se týkala komunikace s rodinou klientů a opatrovníky. Respondenti převážně uváděli, že se důsledkem pandemie významně zvýšila komunikace s rodinou, což vnímají jako pozitivum.

*„Opatrovníci více telefonovali, aby zjistili současnou situaci v zařízení, možnost návštěv, příp. onemocnění jejich blízkého.“*

*„Zlepšení spolupráce a komunikace s rodinnými příslušníky.“*

Někteří ale naopak zmiňovali, že spolupráce s rodinou a opatrovníky byla z jejich pohledu velmi problematická, a to především kvůli nemožnosti osobního setkání.

*„Osobní kontakt s opatrovníky a pečujícími rodinami přešel do telefonické a emailové podoby, což hodnotím jako negativní.“*

## **Sociální izolace**

Druhým často zmiňovaným tématem byly sociální kontakty klientů s osobami mimo zařízení, které se vlivem protiepidemických opatření několikrát úplně přerušily, a došlo k významnému zvýšení rizika sociální izolace klientů. Po ztížené komunikaci přes respirátory byla sociální izolace zmiňována jako nejzávažnější a nejrizikovější důsledek opatření.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že omezení sociálních vazeb klientů probíhalo na 4 rovinách. První rovinou bylo omezení fyzického kontaktu s rodinou (návštěvy rodiny v zařízení i pobyty klientů doma u rodiny).

*„Osobní setkávání s rodinou vidím jako stěžejní pro klienta i pracovníky v sociální práci, toto je potřeba rozvíjet a bohužel doba pandemie zavedla trend telefonů a emailů.“*

*„Naplnění potřeb společenského kontaktu, sdílení, zpětné vazby je dlouhodobě omezováno v důsledku jednotlivých opatření.“*

Opatření týkající se omezení návštěv v zařízení ovlivnila také dobrovolnickou činnost. V některých zařízeních dokonce úplně skončilo dříve fungující dobrovolnictví.

*„Zejména zákaz návštěv dobrovolníků, došlo k výrazné ztrátě kontaktů (naši uživatelé nejsou schopni komunikace online nebo písemně).“*

*„Úplně skončila práce dobrovolníků.“*

Jeden respondent má opačnou zkušenost s dobrovolnictvím.

*„Pandemie pobytovým službám udělala PR, dobrovolníci nás začali oslovovat ve větší míře.“*

Kromě kontaktu s rodinou a dobrovolnictví respondenti zmiňovali v souvislosti s negativními dopady opatření také omezení sociálního kontaktu přímo v zařízení mezi klienty navzájem (omezení volnočasových aktivit, společenských místností, setkávání klientů jen v malých skupinkách...) i mezi klienty a pracovníky. To negativně ovlivňovalo i sociální adaptaci nových klientů.

*„Klienti měli omezený pohyb kvůli mísení se mezi sebou, ti kteří rodiny mají, byli omezeni v návštěvách... Ten sociální kontakt беру jako nejpodstatnější, protože to od nás naši klienti potřebují...“*

*„Snížení četnosti osobního kontaktu při nezbytné karanténě, zejm. u nových uživatelů služby, může vést ke zhoršení adaptačního procesu.“*

Čtvrtou rovinou bylo omezení sociálního kontaktu důsledkem nemožnosti vycházení mimo zařízení a rušením sociálních akcí.

*„Došlo k omezení setkávání klientů s jejich rodinami, mezi sebou i omezení výjezdů mimo zařízení.“*

*„Omezení vycházek do města, obchodů, omezení možností návštěv a pobytů doma.“*

Zařízení si mohla do určité míry nastavovat opatření i individuálně, především v případech, kdy chtěla prodloužit jejich platnost, takže míra rizika sociální izolace klientů se v jednotlivých zařízeních lišila. Důvodem těchto opatření byla především ochrana zdraví klientů.

*„Zařízení sociální služby DOZP bylo několik měsíců uzavřené. Uživatelé sociální služby nesměli mimo zařízení v rámci ochrany jejich zdraví. Průměrný věk klientů 60 let.“*

Pracovníci zařízení hledali alternativy sociálních kontaktů pro klienty, a pokud to bylo alespoň trochu možné, využívali technologie k propojení klientů a rodiny, blízkých nebo dobrovolníků.

*„Nové komunikační prostředky pro starší rodinné opatrovníky-email, skype.“*

*„Je dobře, že se začalo komunikovat i online platformami. Šlo tak propojit klienty s rodinami.“*

Respondenti si často chválili možnost využití technologií pro spojení klientů s rodinou. Z dotazníku ale vyplynulo, že u některých klientů nebylo využití online komunikace možné. Důvody mohly být na straně klienta (nižší úroveň kognitivních schopností), ale i na straně rodinných příslušníků (rodinní příslušníci v seniorském věku neuměli s novými technologiemi pracovat). V některých zařízeních také chybělo dostatečné množství techniky.

*„Pro většinu osob se středně těžkým a těžkým mentálním postižením je podle mého názoru tato forma komunikace nevhodná a osobní návštěva, kde např. klient sám nekomunikuje, ale vnímá hlas blízké osoby, která jej např. vezme za ruku a pohládí, je nenahraditelná.“*

### **Přímá práce s klienty**

V souvislosti s přímou prací respondenti často zmiňovali snížení kontaktu s klientem a celkovou redukci na základní péči. Tato redukce byla způsobena

opatřeními jak přímo (např. karanténa a izolace klienta), tak i nepřímo (nedostatek personálu v přímé péči).

*„Zaměřovali jsme se pouze na to, aby služba fungovala v základních oblastech, jako je podávání stravy, dopomoc s hygienou apod.“*

*„Pandemie ovlivnila četnost běžné komunikace se stávajícími klienty služby.“*

*„Nedostatek pracovníků – zabezpečovali jsme pouze základní činnosti.“*

Zároveň ale několik respondentů uvedlo, že tato náročná situace pozitivně ovlivnila a upevnila vztah pracovníků s klienty. Odhalily se tak kvality personálu v přímé péči.

*„Pozitivní byl přístup ke klientům od všech pracovníků, kdy se je snažili výrazně držet nad věcí.“*

*„Užší spolupráce s klienty.“*

Omezení se dotkla volnočasových aktivit klientů a návazných služeb. Řada návazných služeb byla uzavřena důsledkem opatření (např. centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny aj.). Po určitou dobu byly omezeny i aktivity v rámci zařízení, což způsobovalo sociální izolaci klientů.

*„Velké omezení volnočasových aktivizačních činností mimo zařízení i v zařízení.“*

*„Z preventivních důvodů klienti nemohou docházet do veřejných prostor (obchody, kavárny, aj.). Nemohou docházet do navazujících služeb (STD). Pro naše klienty s mentálním postižením je to tedy obrovský zásah do jejich režimu, nácviků aj.“*

Omezení těchto aktivit mělo vliv i na nácvik dovedností klientů a přechod některých z nich do zařízení s nižší mírou podpory.

*„Zpomalení procesu přípravy na odchod do bydlení s menší mírou podpory (např. kvůli nepříznivé covidové situaci klienti nemohli chodit na nákupy, učit se v reálu pracovat s financemi).“*

Několik respondentů uvedlo, že vnímá v důsledku opatření zhoršení kvality života klientů.

*„Kvalita jejich volného času se významně zhoršila.“*

*„Největším problémem zcela jistě bylo uzavření klientů v zařízení a zrušení všech jejich aktivit a pak také zákaz návštěv v zařízení. Klienti žili život sestávající se z jídla, hygieny, spánku a sezení u televizoru. Tím se kvalita jejich života a zároveň kvalita služby snížila na minimum.“*

Respondenti často uváděli, že uzavření návazných služeb je motivovalo k hledání nových aktivit pro klienty v zařízení.

*„Došlo k rozšíření nabídky aktivizačních činností v rámci našeho Domova.“*

*„Museli jsme hledat jinou činnost, využívat více výletů pouze do přírody s omezeným kontaktem jiných lidí.“*

*„Jediné zpestření života klientů v této době dělala kolegyně v naší škole. Možná to často porušovalo protiepidemická opatření. Díky ní ale měli mnozí klienti alespoň trochu normálnější a pestřejší život.“*

Některé domovy například při práci s klienty zkusili více využívat moderní technologie.

*„Rozvoj moderní techniky mezi klienty - přes tablety, které jsme dostali darem, trénujeme s klienty paměť přes logické hry, učí se nové techniky.“*

Omezení přímé práce i volnočasových aktivit a návazných služeb znamenal v některých případech výrazný zásah do individuálního plánování klienta, na což řada respondentů také upozorňovala.

### **Psychika klientů**

Veškeré výše zmíněné dopady opatření zvyšovaly u klientů stres a měly celkově negativní dopad na psychické zdraví klientů. Někteří klienti na neobvyklou situaci (nabourání stereotypu) reagovali například agresivitou a celkovým podrážděním.

*„Nemožnost pochopení situace ze strany klientů a vytržení ze stereotypu vedlo u některých ke zvýšení napětí a frustrace, popřípadě agrese.“*

V některých případech toto vedlo ke změně chování, k vyšší afektivitě a náladovosti. U jiných klientů vedla naopak ke ztrátě zájmů i návyků.

*„Klienti tou "izolací" ztrácejí mnohdy své návyky i to, co již dříve uměli. Někteří z nich z důvodu dřívějšího uzavření oddělení ztratili návyk chodit ven a nyní vycházky odmítají.“*

*„Zhoršení psychického stavu klientů kvůli zákazu návštěv, a tudíž nižší ochota cokoli dělat z jejich strany.“*

Velkou roli v dopadu na psychiku klientů hrála osamělost klientů a strach, který se snažili pracovníci rozptýlit.

*„Strach obyvatel a jejich následné špatné psychické stavy.“*

*„Uživatelé byli významně osamělí.“*

*„Nutnost klienty přivést na jiné myšlenky, vnést pozitivní náladu.“*

### **5.2.3 Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby**

V oblasti činností zaměřených na organizaci a fungování služby se objevovala nejčastěji 3 témata – obložnost služby, administrativa a povinné očkování.

#### **Povinné očkování**

Povinné očkování bylo zásadním tématem v průběhu celé pandemie a objevilo se i v odpovědích respondentů. Každá sociální služba (její vedení) i jednotliví pracovníci se k tomuto tématu stavěli různě. Obvykle se v pracovním týmu ale našly obě skupiny pracovníků s opačnými názory (zastánci očkování i jeho odpůrci). Toto téma se nachází na pomezí *činností zaměřených na organizaci a fungování služby* a *činností zaměřených na ostatní pracovníky*.

*„Rozdělení kolegyň na očkované a neočkované.“*

*„Náladě v zařízení a práci s klienty určitě nepomohl strašák povinného očkování zaměstnanců. Když někdo čeká, zda bude nebo nebude propuštěn, většinou mu to bere sílu, chuť do práce i kreativitu.“*

#### **Obložnost a sociální šetření**

Řada zařízení řešila téma obložnosti služby. S tímto tématem úzce souviselo téma sociálního šetření (z toho důvodu je zařazeno v této části, nikoli v činnostech

zaměřených na klienta). Sociální šetření byla po určitou dobu důsledkem opatření zastavena. Poté fungovala ve velmi omezeném režimu.

*„Velký problém nastal s obložností zařízení, protože byla omezena i sociální šetření a přijetí nových klientů.“*

*„Především bylo omezeno provádění sociálního šetření v místě bydliště žadatele o sociální službu.“*

Sociální šetření je pro sociální práci v DOZP velmi zásadní. Respondenti proto uváděli, že hledali různé kreativní možnosti, jak šetření provádět. Nejčastěji využívali online prostor.

*„Využívali jsme online komunikaci při sociálním šetření.“*

### **Administrativa**

V dotazníku se také objevovalo téma administrativy. Většina respondentů uváděla, že opatření přinesla velkou administrativní zátěž, na kterou ale nebyl dostatek času ani pracovníků.

*„Čas, který byl vyhraněný pro administrativní úkony, pracovníci museli věnovat klientům.“*

*„Stupidní dodržování termínů, i když nejsou lidi, který by administrativu zpracovali.“*

*„Nutnost přepracování či doplnění některých interních dokumentů vzhledem k možnosti výskytu onemocnění covid-19.“*

Jeden respondent naopak uvedl, že díky opatřením měl více prostoru pro doplnění dokumentace.

Někteří respondenti pozitivně hodnotili zjednodušení komunikace s úřady díky opatřením.

*„Některé úřady zjednodušily jednání (online, bez účastníka).“*

*„Občas snadnější komunikace s úřady, nemocnicemi a jinými organizacemi - přes e-mail, datové schránky apod.“*

Jiní respondenti měli opačnou zkušenost z této oblasti.

*„Úřady chtěly dodržovat lhůty pro oznamování změn, i když byl jediný pracovník v karanténě a nemohl být v práci.“*

*„Těžší spolupráce s ostatními úřady, například při jednání s veřejnými opatrovníky často jednání se zástupem (každý má jiný náhled na věc).“*

#### **5.2.4 Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky**

Tato oblast zahrnovala téma fungování pracovního týmu, personální zajištění, psychiku pracovníků a využití technologií pracovníky.

##### **Pracovní tým**

Největší téma, které se objevovalo v činnostech zaměřených na ostatní pracovníky bylo fungování pracovního týmu během protiepidemických opatření. Respondenti vnímali opatření jako zátěžovou situaci, která prověřila vztahy v týmu a odhalila jeho silné i slabé stránky a skutečné povahy jednotlivých pracovníků.

*„Posílení jednotlivců i týmu, který byl prověřen náročnými pracovními podmínkami.“*

*„Ověřili jsme si, že máme opravdu dobrý tým pracovníků, kteří táhnou za jeden provaz a dokážou překonat spoustu překážek.“*

*„Trochu lépe a z jiné stránky jsme poznali charakter našich pracovníků.“*

Zároveň ale často docházelo k tomu, že se tým nemohl scházet v kompletní sestavě (karanténě a jiná ochranná opatření), což ztěžovalo komunikaci a předávání informací. Respondenti často uváděli, že porady i supervize neprobíhaly vůbec nebo jen omezeně (často online formou).

*„Když už člověk dojel do kanceláře, chyběla komunikace s týmem, dalšími osobami z vedení...Vše se tak řešilo pomaleji než obvykle...“*

*„Vzájemná izolace pracovníků v rámci jednotlivých oddělení, zrušení pravidelných akcí pro zaměstnance.“*

*„Omezení vzdělávání, rušení porad a supervizí.“*



Problematická byla také komunikace pracovníků s vedením organizace a předávání informací ohledně změn opatření. Sociálním pracovníkům chyběla především metodická podpora v nastavování pravidel fungování služby s ohledem na aktuálně platná opatření.

*„Problém s plánováním, ze dne na den se měnily podmínky a bylo nutné na ně okamžitě reagovat, tvořit množství pokynů pro pracovníky. Vzrostlo množství různých požadavků shora.“*

*„Podpora ze strany zřizovatele byla minimální nebo přišla velmi pozdě.“*

Opatření zasáhla i fungování multidisciplinárních týmů a ve většině zařízení došlo také k zastavení dobrovolnické činnosti.

Někteří respondenti vnímali, že náročná opatření jejich týmu pomohla podívat se na svou práci z nového úhlu pohledu a v určitých směrech ji dokonce zlepšit.

*„Mám za to, že jsme se více semkli a lépe jsme společně pochopili cíl a kvalitu poskytované péče.“*

*„Roste profesionalita i poučení ve zvládnání situace, kterou doposud žádné sociální zařízení nezažilo - myšleno před nástupem pandemie.“*

### **Personální zajištění**

Prakticky všichni respondenti ve svých odpovědích zmínili problém s personálním zajištěním služby, který byl způsoben karanténními a izolačními opatřeními. To samozřejmě ovlivňovalo fungování služby a péči o klienty.

*„Velká personální krize při nemocnosti pracovníků a při péči o rodinné příslušníky.“*

*„Nedostatek pracovníků - zabezpečovali jsme pouze základní činnosti.“*

*„Byla výrazně snížena kvalita poskytované služby, protože byl lockdown a opravdu mnohdy byl problém obsadit směny.“*

Některá zařízení získala dobrovolníky z řad veřejnosti i studentů, kteří zastoupili především pracovníky v přímé péči. V některých případech musela vypomocť i armáda ČR.

*„Personální nedostatek vedl k přetížení pracovníků a to vedlo k ještě výraznější psychické zátěži.“*

*„Přetíženost a vyčerpání pracovníků - problematické hledání nových pracovníků.“*

### **Psychika pracovníků**

Jak bylo již zmíněno, z dotazníku vyplynulo, že opatření výrazně ovlivnila psychiku nejen klientů, ale i pracovníků. Podobně jako v případě dopadu na psychiku klientů hrála i zde velkou potřebu rychlého vyrovnání se s opatřeními a strach z neznámé situace i jejího dalšího vývoje.

*„Ohrožení vnímám v chaosu informací.“*

*„Strach z nejistoty, stres z délky trvání opatření, nutnost řešení zásahu do osobní integrity pracovníků, který ovlivňuje jejich možnost pracovat, strach ze změn v opatřeních (strach z toho, co přijde) negativně působí na osobnost pracovníků, jejich emoční nastavení a motivaci k práci s klientem atd.“*

Pracovníci také pociťovali dopady sociální izolace a snížení kontaktu mezi sebou navzájem i mezi nimi a klientem.

*„Byl nedostatek osobního kontaktu.“*

*„Nebyla jsem tu, když měl klient nějaké trápení, aby mohl přijít ho vyřešit...“*

Jak bylo již zmíněno, z důvodu nedostatečného personálního zajištění byly zvýšené nároky na všechny pracovníky. Respondenti uváděli, že vnímají velkou stresovou zátěž pracovníků. Taková míra přetížení podle nich může vést až k syndromu vyhoření. Riziko syndromu vyhoření bylo zvýšeno i výše zmíněným omezením supervizí.

*„Zvýšený stres, vyčerpání pracovníků.“*

*„Větší nároky na zaměstnance a možnost posílení syndromu vyhoření.“*

### **Využití technologií pracovníky**

Přestože z výpovědí některých respondentů je patrné, že jim využívání technologií a online komunikace v rámci jejich práce nevyhovuje, tato oblast byla celkově označována jako největší přínos protiepidemických opatření. Do online

prostoru se přesunuly porady, supervize i vzdělávání pracovníků. Respondenti, kteří nemají tolik přímé práce s klienty, si také chválili možnost práce z domova (home office).

*„Omezení školení pro pracovníky a když už, tak on-line (někdy nevhodné).“*

*„Příležitost více využívat pro komunikaci a předávání informací náš systém eQuip (lepší než si jen informace předávat ústně, je to zde zaznamenáno a k informacím mají přístup všichni zvolení zaměstnanci, je to "černé na bílém").“*

*„Pozitivum byl přechod na online řešení jak už při práci s klientem tak celkově při zajištění chodu organizace, cloudová řešení, umožňující home office pracovníkům mimo přímou péči.“*

## 6 Analýza rozhovorů

Pro analýzu dat z rozhovorů byla použita stejná metoda jako při kvalitativní analýze dotazníků, tedy metoda kódování dat vycházející ze zakotvené teorie.

Tabulka č. 2: Kódování rozhovorů

<b>Psychosociální dopady</b>	<b>Dopady na týmovou spolupráci</b>	<b>Přímá práce s klientem</b>	<b>Plány sociální služby</b>
Psychika klientů	Pracovní tým	Volnočasové aktivity, aktivizační činnosti a návazné služby	
Psychika pracovníků	Podpora shora	Individuální plánování	
Komunikace	Řešení krizové situace	Přímá péče	
Sociální izolace	Vzdělávání, porady a supervize	Sociální šetření a přijímání nových klientů	

*Zdroj: vlastní*

### 6.1 Psychosociální dopady

Do této kategorie spadají všechny výpovědi respondentek týkající se dopadů opatření na psychosociální oblast a rozměr sociální práce. Tyto dopady výrazně zasáhly klienty i pracovníky. Kategorie zahrnuje podkategorie: psychika klientů, psychika pracovníků, komunikace a sociální izolace.

#### **Psychika klientů**

Tématem, které se prolínalo průběhem všech rozhovorů s respondentkami, byl psychický dopad opatření na klienty DOZP. Výraznou emocií byl především strach z nové neznámé situace a z toho, co se děje. Pracovníci proto klientům vše neustále vysvětlovali a probírali pro klienty srozumitelnou formou a jazykem aktuální situaci i dodržování opatření na skupinových setkáních. Tato intervence pomáhala především u klientů bez mentálního postižení, nebo u klientů s mentálním postižením, kteří mají vyšší úroveň kognitivních schopností.

Při práci s klienty s mentálním postižením se pracovníci spoléhali také na zvyk, který nakonec klientům s nižší úrovní kognitivních schopností pomohl k přijetí celé situace.

*„Mluvili jsme o tom, že to je právě kvůli zdraví, aby nebyli nemocný, ale jak říkám, máme tady lidi s lehkým mentálním postižením, ale máme tady i lidi s hlubokým mentálním postižením a ty to prostě nepochopili, jo. Takže to bylo potřeba ten čas, aby to přijali.“*

U mentálně postižených klientů s vyšší úrovní kognitivních schopností postižením byl strach do velké míry způsoben médiem, která sledovali. U většiny klientů obavy z nákazy vedly k tomu, že poctivě dodržovali veškerá opatření. U některých jedinců ale působil spíše kontraproduktivně. Jedna z respondentek dokonce uvedla, že mají v zařízení dva klienty, u kterých přetrvávají psychické problémy pramenící ze strachu z onemocnění covid-19 i v současné době po relativním uklidnění covidové situace. Strach u těchto klientů byl tak intenzivní, že vedl k odmítání spolupráce s pracovníky a aktivnímu zapojení do života a činností, které dříve běžně dělali. Jeden z klientů také odmítl navštívit svou rodinu v Praze, protože v médiích slyšel o tom, že v Praze je největší riziko nákazy onemocněním covid-19.

*„Oni teda i sledují média, což není vždycky dobrý, protože vlastně u dvou klientů, a řeším to fakt u jednoho doted', vznikla taková panika, takovej strach z onemocnění, že i když už potom měl tu možnost jet si sám nakoupit a tak, odmítá... odmítá jet MHD, odmítá šahat na cokoliv, čeho by se mohl dotknout někdo jiný, takže teďka fakt jako po té delší době první úspěch je, že sám si vezl nákupní vozík. Jo a to mluvíme o člověku, který samostatně jezdil nakupovat, pravidelně každý týden, jezdil na dovolený a jezdil po výletech.“*

Přestože se na první pohled může zdát, že strach vedoucí klienty k dodržování opatření je pozitivní, respondentky uváděly, že jeho negativum se projevilo především délkou a intenzitou celé pandemie. Klienti, kteří spoléhali na to, že díky opatřením ne onemocní a situace brzy skončí, zažívali postupem času frustraci, jelikož covid-19 prošel i jejich zařízením a situace se dlouhodobě nelepšila.

*„...jediný co říkáte: Když to takhle dodržíte, bude to lepší. Ale když to není ani po půl roce, ani po tři čtvrtě roce a pak přijde další vlna, tak pak už je to takový hodně*

*o nervozitě. I třeba vliv na jejich psychiku ve zhoršení nějakých duševních stavů a tak, to určitě je, no.“*

Kromě strachu ovlivňovala psychiku i sociální izolace klientů, především to, že nemohli vídat své rodiny. Respondentka, která jako jediná pracuje s klienty s tělesným postižením (bez mentálního postižení), uvedla, že pro jejich klienty bylo těžké se vyrovnat nejen se sociální izolací, ale i s nesmyslností opatření. Bylo pro ně například náročné přijmout to, že pracovníci, kteří o ně pečují, jdou po práci domů a žijí „normální život“ se svou rodinou a přáteli, zatímco za nimi jako klienty nemůže přijít nikdo ani na návštěvu.

Opatření často vedla u klientů k smutku, agresi, nebo naopak apatii. Pracovníci se proto snažili klienty maximálně podporovat a povzbuzovat (viz podkategorie sociální izolace).

### **Psychika pracovníků**

Opatření dopadala nejen na psychiku klientů, ale i pracovníků. Jak vyplynulo již z dotazníku, podobně jako v případě klientů, i zde hrál významnou roli strach. Pracovníci řešili především obavy, že právě oni mohou být svou neopatrností těmi, kdo přinesou nákazu do zařízení, nebo kteří špatným nastavením vnitřních ochranných opatření způsobí zavlečení nákazy například při příjmu nového klienta. V době zavlečení nákazy pak měli naopak strach, aby onemocnění nepřinesli z práce domů a nenakazili své rodiny.

*„Nevěděli jsme, co najednou, abychom uchránili ty klienty, protože to byl strašnej strašák. Měli jsme strach, že opravdu kdyby to jeden klient chytl, že nám tady když to řeknu na rovinu, umře celý barák. Jo, opravdu jsme se toho báli, takže všichni jsme určitě řešili, jak zabezpečit ty služby, aby to sem nepřišlo.“*

Pracovníci byly často v situaci, kdy museli povzbuzovat klienty, přestože sami potřebovali podporu.

*„Už to samozřejmě dopadalo i na personál, který to taky nezvládal už psychicky unést, nějaké ty ataky klientů. Takže to bylo opravdu takové, že jsme si sáhli všichni včetně klientů i nás tak trošku na dno bych řekla.“*

Zařízení všech respondentek si prošla náročnou fází, kdy byl nedostatek personálu na zajištění běžného chodu zařízení. Bylo ale potřeba pokrýt alespoň základní péči. Nenažehnaní pracovníci tak byli přetěžováni – byli pod velkým tlakem z množství práce i strachu z vlastní nákazy. Jedna respondentka popisovala, že zavedli v DOZP na 3 měsíce systém 48 hodinových směn, do kterých se sama zapojila, aby vypomohla pracovníkům v přímé péči. Po zklidnění situace se pak snažila dát pracovníkům dovolenou. K psychickému vyčerpání pracovníků podle ní přispěla i absence supervize, která v té době neprobíhala, a strach z možného opětovného zavlečení nákazy.

*„Supervize míváme s pravidelností, ale samozřejmě během toho covidu to nešlo, což už bylo hodně cítit, že jsem se snažila, jak jsme vlastně vyšli z toho nejhoršího, dát co nejvíce dovolených. ... Ale stejně to mělo opravdu jako, vidím ty důsledky do dneška, že jsou prostě úplně vyčerpání, protože pořád se to tady motá... .. opravdu je takový psychický nápor a dlouhou dobu, že to je fakt že se člověk nemůže nadechnout pořádně.“*

I ostatní respondentky uvedly, že po určitou dobu (často v době největší krize v zařízení) neměli pracovníci možnost supervize nebo jiné podpory. Jedna respondentka uvedla, že pracovníci jejich zařízení měli k dispozici alespoň několik čísel na krizové linky zřízené pro „pracovníky v první linii“. Důležité pro ně ale bylo, že vše jako tým komunikovali mezi sebou (viz podkategorie komunikace).

Respondentky uváděly, že téma psychohygieny a prevenci syndromu vyhoření řešily ještě před propuknutím pandemie v rámci vzdělávání, během krizových situací tedy čerpaly z dříve nabitých znalostí a dovedností bez nějaké větší podpory zvenčí.

*„No bylo to takový jako pomoz si sám...“*

Psychiku klientů zasahovalo také tématu povinného očkování. Ačkoli tři respondentky uvedly, že tato oblast neměla podle nich tak velký dopad na psychiku pracovníků především díky vstřícnému vedení, které bylo připraveno své pracovníky podpořit, jedna respondentka popisovala, že pro ni celé téma očkování bylo velmi psychicky náročné. Zvláště ve chvíli, kdy jí vedení organizace pověřilo případným podáváním výpovědí, pokud by byl schválen zákon o povinném očkování.

*„To zrovna byli zaměstnanci, o který bych nechtěla přijít, kteří tady přes tu covidovou dobu vykonali jako jedni z toho nejvíc. ... Měli jsme i kvůli tomu mimořádnou schůzku s ředitelstvím naším, to bylo teda hodně nepříjemné, to musím přiznat, že se mi spustily i slzy, protože fakt jsem si představila ty lidi, kterým bych tu výpověď měla nést, a není to příjemný...“*

## **Komunikace**

Opatření velmi ovlivnila komunikaci v několika rovinách. Jedním z nejvíce viditelných opatření bylo nošení osobních ochranných pracovních prostředků (roušky, respirátory, ochranné obleky). Ty působily často jako bariéra pro porozumění mezi klienty a pracovníky. Z rozhovorů s respondentkami je patrné, že hodnocení míry dopadu tohoto opatření na komunikaci a vztah s klienty je přímo závislé na typu postižení klientů. Zatímco respondentka, která pracuje s tělesně postiženými klienty, uvedla, že nevnímá zhoršení komunikace s klienty v důsledku nošení ochranných pomůcek, respondentky, které pracují s osobami s těžkým mentálním a kombinovaným postižením nebo mají mezi klienty například osoby se sluchovým postižením, vnímaly ochranné pomůcky jako zásadní bariéru při práci s klienty. Respondentky uváděly, že někteří klienti měli problém rozpoznat pracovníka, který měl na sobě ochranný oblek. Pracovníci tedy často museli přistupovat k porušení opatření a museli se alespoň částečně odkrýt, aby klienti věděli, kdo za nimi přišel, získali tak větší pocit bezpečí a spolupracovali s pracovníky.

*„...tam opravdu docházelo k tomu, že nevěděli, kdo je ten člověk v tom obleku. Takže prostě i přes veškerá opatření bylo potřeba toho člověka odhalit, sundat mu brýle, sundat mu kapuci, sundat mu roušku, aby se ukázal, aby vůbec věděli, kdo je na té službě...“*

Někdy sami klienti chodili k zaměstnancům a při komunikaci s nimi se jim snažili respirátor sundat, protože ho vnímali jako bariéru a celkově hůře pracovníkům rozuměli. Zvláště náročné to bylo u klientů, u kterých převažuje neverbální typ komunikace. Pracovníci situaci někdy řešili tak, že si sundali respirátor, pokud hovořili s klientem, ale zároveň udržovali od klienta větší odstup a snažili se důrazně mluvit i gestikulovat.



*„Dělali jsme už teda potom, že jsme si třeba dávali rozestupy, pak jsme si stoupli do těch rozestupů a mluvili jsme důrazně, hlasitě, až mi to občas přišlo, že na sebe křičíme, ale museli jsme opravdu mluvit teda důrazně a s tou vzdáleností, abychom nějak přežili.“*

U klientů s těžkým a hlubokým mentálním postižením někdy nebylo možné komunikaci zlepšit ani takovýmto ústupkem. Pracovníci se tedy v takovém případě spoléhali na to, že klienti mají zažitá určitá zvyklosti a časem přijmou i ty nové.

*„Kolikrát spoléháme na zvyklosti, jo, prostě přichází tenhle člověk v tuhle dobu, takže se dělá prostě tadyto. ... jako že já jsem sociální pracovník, takže s těmi klienty dělám třeba takový ty věci, že jo, co se týká papírů, tak prostě už v tom byly ty zvyklosti, takže to nám v tom pomohlo.“*

Při komunikaci s klienty se sluchovým postižením je důležité odezírání a sledování mimiky, které respirátor znemožňuje. Pracovníci tedy sháněli ochranné štíty. Krátce po vydání opatření ovšem nebyly tyto ochranné pomůcky dostupné, takže si pracovníci přinášeli ochranné štíty z domova, nebo je sháněli z různých dílen.

*„...protože tady máme i vlastně klienty se sluchovým postižením, takže jsme horko těžko sháněli štíty, aby vlastně ten člověk mohl odezírat...“*

Kromě mechanických bariér komunikaci s klientem komplikovalo také celkové porozumění situaci ze strany klienta. Jak bylo zmíněno již u podkategorie psychika klientů, pracovníci se snažili, pokud to bylo vzhledem k míře postižení možné, klientům vysvětlovat situaci pro ně srozumitelnou formou. Pro klienty s vyšší úrovní kognitivních schopností dělali pracovníci různá setkání, na kterých vysvětlovali klientům, co se děje, proč se to děje atd. U klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením pracovníci spoléhali na to, že si klienti na celou situaci časem zvyknou.

Opatření ovlivnila také komunikaci na úrovni sociální pracovník – rodina/opatrovník. Respondentky uváděly, že mnohem více komunikovaly s rodinami klientů. Často s nimi řešily možnost návštěv u klienta a s tím související opatření (negativní test na onemocnění covid-19, potvrzení o očkování...). Mnoha rodinným příslušníkům se daná opatření nelíbila a komunikace s nimi byla pro sociální pracovníky velmi náročná.

*„Rodiny, no to byla kapitola sama pro sebe, když to nerespektují, když se vám sem dobývají, že můžou za tím svým klientem, s tím jsme se taky setkali, nadávají na opatření, na vás...“*

Na druhou stranu respondentky hovořily o celkovém zvýšení zájmu rodin o klienty, což vnímají pozitivně.

Další témata, která s rodinami řešily, byl zdravotní stav klienta (zvláště v případě nákazy covid-19) i souhlas s očkováním. Jedna respondentka v rámci rozhovoru popisovala, že vždy nejprve probrala téma očkování s klientem, aby pochopil celou situaci a sám se k tomu vyjádřil. Ale finální rozhodnutí bylo v rukou opatrovníků, protože klienti, kteří jsou v jejich zařízení, jsou omezeni ve svéprávnosti a nemohou sami rozhodovat o svém zdraví.

*„U lidí, kde je možné, aby nějakým způsobem pochopili význam očkování, tak to bylo nejdřív konzultace s nimi a teprve potom oslovování opatrovníků, zda chtějí nebo nechtějí nechat toho člověka očkovat. A my máme všechny klienty tady omezené ve svéprávnosti ohledně zdraví, takže je to vždycky o opatrovnících.“*

Výrazným novým prvkem v oblasti komunikace mezi rodinou a klienty bylo využití online prostoru. Pro klienty to byl často nový a neznámý prvek, na který si museli nejprve zvyknout. Každý klient přijímal tuto formu komunikace jinak.

*„Bylo to hodně individuální, někomu to třeba bylo úplně jedno, jestli někdo na něj mluví z telefonu, prostě jen poznal, že to je máma, a řekl do telefonu čau a šel dál. Ale někdo to třeba bral hodně těžko, že to byl jenom telefon a nebyla to ta živá máma, kterou by mohl obejmout.“*

Pro řadu klientů to byl vhodný způsob, jak nahradit kontakt s rodinou. U klientů s nižší úrovní kognitivních schopností se tento způsob komunikace ale příliš neosvědčil.

*„Pro ty lidi s tím těžkým mentálním postižením, ten videohovor pro ně jako nebyl, protože třeba jako nekomunikují. Tam jde fakt jako o ten kontakt.“*

Respondentky se celkově shodly, že byť jsou rády za pokrok techniky, díky které mohly propojit klienty a rodiny online cestou, fyzické setkání to nemůže plně nahradit.

## **Sociální izolace**

Důsledkem opatření byla také sociální izolace klientů, která silně ovlivňovala psychiku klientů, jak bylo již zmíněno u stejnojmenné podkategorie. Respondentky se shodly na tom, že nejvíce klienti pocítili zákaz návštěv a výjezdů ze zařízení, v důsledku kterých se nemohli vídat se svými rodinnými příslušníky. Jak bylo již zmíněno v předchozích odstavcích, snažili se sociální pracovníci spojovat klienty se svými rodinami alespoň online formou nebo přes mobilní telefon. Respondentky ale upozorňovaly na to, že tento způsob komunikace nebyl vhodný pro každého. Důvodem byl kromě míry mentálního postižení například i starší věk rodinných příslušníků. Jedna respondentka ale uvedla, že i s touto situací si dokázali v jejich službě poradit a využili pomoc širší rodiny klienta.

Jiná respondentka v rozhovoru popisovala, jakým způsobem řešili snížení dopadu sociálně izolace u klientů v jejich zařízení. Klienti, kteří jezdili před pandemií pravidelně na návštěvy k rodině, mohli po dohodě s rodinou u ní zůstat na delší pobyt. Respondentka ale zhodnotila, že tyto delší pobyty nebyly vždy pro klienty prospěšné. Klienti během pobytu doma ztratili řadu návyků a dovedností, které se v zařízení naučili.

*„...takže žili zase chvíli mimo zařízení... ztratili všechny návyky spojený s životem tady, to co se naučili, to zase ztratili, tak to byla trošku medvědí služba...“*

Všechny respondentky se shodly na tom, že kontakt s rodinou je pro jejich klienty zásadní, proto se snažily hledat způsoby, jakými by se mohli klienti se svými rodinnými příslušníky vidět osobně. Jakmile to začalo být alespoň trochu možné, povolily se v DOZP návštěvy. Z výpovědí respondentek bylo patrné, že v reakci na opatření vytvořilo každé zařízení vlastní „systém fungování návštěv“, který se neustále měnil a upravoval tak, aby odpovídal aktuálně platným nařízením. Respondentky uváděly, že ne vždy ovšem dávala opatření smysl a výsledkem byly spíše jen komplikace pro klienty i rodinné příslušníky.

*„A měli jsme teda návštěvy povolené mimo pokoj, nesměli jakoby na to oddělení, ale do společných prostor. Což taky postrádá trochu smysl, protože na tom pokoji by byli sami, ve společném prostoru se těch lidí sešlo víc, ale prostě nařízení je nařízení.“*

Kromě rodinných příslušníků byl omezen také kontakt s dobrovolníky. Dvě respondentky uvedly, že do jejich zařízení docházeli za klienty před pandemií dobrovolníci. Ovšem s příchodem pandemie dobrovolnictví úplně ustalo. Jedna respondentka uvedla, že se v poslední době pokouší o postupné obnovování dobrovolnictví, ale vzhledem k tomu, že onemocnění covid-19 se ještě stále šíří v populaci, zatím se jim to moc nedaří.

*„No snažíme se to teda obnovovat, protože jak jsem říkala, ono pořád tady ještě ten covid je, takže je to hra, kdo z nás bude pozitivní nebo negativní.“*

V době největších restrikcí se týkalo omezení nejen kontaktu s „vnějším světem“, ale také docházelo k izolaci v rámci samotných DOZP v rámci zamezení šíření onemocnění covid-19. Respondentky pracující s klienty s mentálním a kombinovaným postižením ale uváděly, že toto opatření nebylo možné dodržet vzhledem k povaze postižení klientů. Snažily se tedy alespoň izolovat různé části DOZP (buňky několika pokojů, jednotlivá oddělení nebo patra) a v rámci aktivit pak hojně využívaly venkovní prostory tak, aby nedocházelo ke kontaktu mezi klienty z různých izolovaných prostor.

*„...když byla třeba zavedená izolace, nějaký tyhle opatření, a pak když potom byl výskyt covidu, tak s tím prostě nic nenaděláte, ty klienty neudržíte na pokojí. V tomhle to bylo strašně těžký. ... Pak jsme museli dát celý jedno patro do těch opatření, protože tam prostě nebylo možný je separovat, nebylo možný to udržet.“*

Pouze dvě respondentky uvedly, že mají zkušenost s příjmem nových klientů do zařízení během protiepidemických opatření. Z jejich výpovědí je ale patrné, že izolace a nestandardní fungování DOZP ovlivnilo i adaptaci nových klientů, kteří přišli do zařízení během pandemie onemocnění covid-19. V určitém období museli například noví klienti projít nejprve karanténními pokojí a až poté se mohli přestěhovat na svůj pokoj, příjem klienta probíhal bez přítomnosti rodiny, byla omezená možnost společného kontaktu a seznámení se se stávajícími klienty atd. Jedna z respondentek zhodnotila, že u klientky, která byla přijímána do zařízení v době přísných protiepidemických opatření, se proces adaptace prodloužil téměř na 1 rok, přičemž běžně probíhá jen v řádu několika měsíců.

## 6.2 Dopady na týmovou spolupráci

### Pracovní tým

Opatření představovala zátěž pro celý tým pracovníků. Všechny respondentky se ale shodly, že tato náročná situace stmelila jejich pracovní kolektiv a ukázala jeho silné i slabé stránky. Během náročných situací se odkryly charaktery jednotlivých pracovníků. Sociální pracovnice o to víc oceňovaly, s jakým nasazením a ochotou někteří pracovníci přistupovali k celé situaci. Ve chvílích největší krize často docházelo k tomu, že pracovníci z nepřímé péče šli pomáhat pracovníkům do přímé péče (viz podkategorie řešení krizové situace).

*„Ale ukázalo to opravdu spíš bych řekla ty silné stránky a myslím si, že od té doby při sobě hodně stojí ti pracovníci, že se fakt stmelili do silného týmu, který mezi sebe jen tak někoho nepustí a drží při sobě hodně i vůči těm klientům.“*

Jedna respondentka dokonce popisovala situaci krátce po vypuknutí pandemie, kdy se pracovníci připravovali na různé varianty opatření a řešili v týmu, kdo by byl ochotný například nějakou dobu bydlet v zařízení a nevracet se po práci domů k rodině, aby zabránil šíření nákazy. Zpětně respondentka hodnotí jejich představy jako naivní, nicméně se podle ní i v této chvíli odkryla ochota pracovníků a jejich vztah k DOZP.

*„Nebo jsme řešili to, že nás tady uzavřou a nebudeme vlastně moct ven, že nás nepustí. ... takový jako strašně syrový scénáře, jo, ale už tam prostě bylo vidět, kdo je schopný pro to zařízení něco udělat a kdo je schopen to zařízení při prvním náznaku hodit přes palubu.“*

Hlavním rozkolem v týmech ale byla především otázka očkování pracovníků a šíření nákazy mezi pracovníky a klienty.

*„Našli se třeba jedinci, kteří byli jako militantní zastánci očkování a kteří jakoby obviňovali ty neočkované ve smyslu, že jsou nezodpovědní, že vlastně ohrožují ty očkované, že ohrožují i ostatní jak klienty, tak spolupracovníky.“*

V tématu očkování se také ukázala určitá hierarchie týmu. Jedna z respondentek během rozhovoru několikrát zmínila, že usiluje o rovné vztahy v týmu pracovníků, který pod ní pracuje, a nechce, aby v jejich zařízení docházelo k poměřování toho, kdo je sociální pracovník, kdo je pracovník v sociálních službách a kdo je zdravotník, ale

i přesto se v otázce očkování ukázalo, že řada pracovníků ji vnímá jako určitý vzor. To pro ni byla náročná situace. Nakonec se rozhodla přehodnotit svůj postoj, protože vnímala, že je to pro fungování týmu důležité.

*„Já jsem prvotně sama řekla, že striktně do očkování nejdu, že tomu nevěřím. Jenže pak jsem tady zase vnímala, že když jsem to řekla já ze své pozice, že by do toho nešel skoro nikdo z těch zaměstnanců. Tak jsme potom říkala, když nás zase ujistili, že to teda je vhodné očkování, tak jsem řekla, že do toho teda půjdu. Ale samozřejmě jsem tady měla pár zaměstnanců, kteří striktně řekli, že ne, a respektovala jsme to.“*

Respondentky popisovaly také, jak se změnila jejich úloha v týmu během protiepidemických opatření. Dvě respondentky uváděly, že ve chvíli největší krize šly vypomocť pracovníkům do přímé péče a dělaly vše, co bylo právě potřeba. Díky tomu mohly být i blíže pracovníkům a povzbuzovat je, ale i si vyzkoušet na vlastní kůži, jak opatření ovlivnila přímou péči a jakým způsobem je vůbec možné ji vykonávat v souladu s opatřeními.

Respondentky často zmiňovaly, že měly i úlohu koordinátorů péče. Řešily personální zajištění služeb, sledovaly neustále situaci a v reakci na to psaly vnitřní opatření. Celkově nastavovaly fungování služby a v souvislosti s tím také komunikovaly mnohem více s rodinou a opatrovníky klientů.

*„Naplánované věci se rušily, muselo se přistupovat k operativním řešením a tak, některé ty činnosti vůbec neběžely, ale naopak se třeba zvýšila potřeba komunikace s tou rodinou, kdy ty lidi volali zmatení, jestli můžou přijet, nemůžou přijet, co se děje, co si mají vzít s sebou apod. Takže v tomhle to bylo takové jako jiné.“*

Jedna respondentka uvedla, že jako sociální pracovníci zajišťovali také svoz pracovníků na jednotlivé služby, protože jejich zařízení se nachází mimo město a v době největších opatření byla veřejná doprava do jejich obce omezena.

*„Najednou se omezila hromadná doprava a my jsme tady fakt odříznutí a směny se píšou podle autobusů ... takže jsme byli řidiči, kteří jezdili na noční, před noční a sváželi jsme zaměstnance. A snažili jsme se, aby to tak nějak fungovalo, co nejlépe.“*

Respondentky zmiňovaly, že musely být ve své práci opravdu kreativní. Často musela jít sociální práce jako taková stranou, protože bylo potřeba řešit jiné oblasti. Na první pohled to podle respondentky nebylo úplně patrné, protože opatření zasahovala spíše jiné oblasti fungování DOZP. Jelikož ale bylo potřeba v zařízení neustále něco řešit, měnit, přizpůsobovat opatřením a pomáhat pracovníkům v přímé péči, nakonec zjistila, že to vše negativně ovlivnilo výkon sociální práce více, než si myslela, že na ni nezbývá dostatek času a energie.

Některé respondentky uváděly, že jim ale zkušenost z přímé práce přinesla i určité benefity do jejich práce sociálního pracovníka. Díky nasazení v přímé péči teď mají větší vhled do této oblasti i konkrétní nápady na její zlepšení, o které se s ostatními pracovníky mohou podělit.

*„Když je člověk v té přímé péči, že to sleduje zase úplně jinýma očima. Napadají ho spousta věcí, co by se dalo jinak a rád to potom těm pracovníkům předá. ... Zjistila jsem o sobě hodně věcí, v té covidové době i z hlediska té sociální práce, že v něčem opravdu musím ubrat, že to je nereálné, a v něčem zase naopak přidat, že to dokážeme, vybudovat nějaké nové postupy, techniky s klienty.“*

Respondentky také uváděly, že díky zkušenostem z posledních dvou let nabyly většího sebevědomí i získaly dovednosti z oblasti managementu a mohou tak lépe plnit svou roli v týmu.

*„Myslím si, že se z nás stali, ze všech těch sociálních pracovníků, výborný manažeři. ... manažersky jsem vyrostla, najednou jsem zjistila, že dokážu něco vymyslet, rychle ty krizový plány, nebo prostě být tady oporou těm zaměstnancům a klientům.“*

Jedna respondentka zmínila, že si díky opatřením uvědomila, jak důležitá je úloha týmu v situacích, kdy je nutné rozhodovat o zásadních věcech ovlivňujících chod zařízení.

*„...je to zároveň jako obrovská zodpovědnost za to rozhodnutí, takže pak je lepší se rozhodovat týmově, aby to neorganizoval jeden člověk, aby to neleželo na něm. Takže tohle je taková obrovská zkušenost, že je to potřeba řešit minimálně v nějakém tom užším vedení o pár lidech, ale ne třeba jeden člověk.“*

Všechny respondentky se shodly, že z hlediska vyzkoušení týmu v zátěžové situaci vnímají opatření pozitivně a jsou rády, že se ukázalo, jak silné a kvalitní jejich pracovní týmy jsou.

### **Podpora shora**

V souvislosti s dopady opatření se objevilo také téma podpory, kterou získávali pracovníci ze strany svých nadřízených, různých zastřešujících organizací (např. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky) či státu.

Respondentky především kvitovaly podporu, která přicházela z vedení jejich organizace k různým situacím a tématům. Jedna respondentka je přímo členkou vedení a měla tak možnost spoluvytvářet a nastavovat podobu fungování služby s ohledem na opatření.

*„Tím, že jsme vlastně měli vedení, které funguje jako podpora, takže když to je úplně nahoře ta podpora, tak ono to v tom jako se to neslo až dolu a myslím si, že jsme to ustáli dobře.“*

Dvě respondentky uvedly, že jsou rády především za to, že je vedení podpořilo v tématu povinného očkování pracovníků, protože mají informace od kolegů z jiných zařízení, ve kterých tamní vedení nutilo své pracovníky k očkování, přestože nakonec zákon o povinném očkování nevešel v platnost. Jedna respondentka, jak bylo již zmíněno u podkategorie povinné očkování, naopak neměla příliš dobrou zkušenost s tím, jak se vedení postavilo k povinnému očkování, jelikož jí zaúkolovalo podáváním výpovědí.

*„My máme tak skvělé vedení, které vlastně nikdy do ničeho nikoho netlačilo, ... což vím, že to prostě bylo, i když to bylo protizákonné, tak to tak ty lidi prostě v jiných zařízení měli, že i když nechtěli, museli se nechat naočkovat.“*

Jedna respondentka také ocenila podporu Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Jinak se ale respondentky shodly na tom, že podpora vyššího vedení, typu MPSV nebo samotné vlády, byla velmi nedostatečná. Chyběly především praktické postupy, metodiky, které by jim pomohly nastavit vhodně opatření v zařízení tak, aby byla všechna dodržena a zároveň s tím bylo i co nejvíce zachováno fungování služby směrem ke klientům. Podpora v tomto směru nepřicházela vůbec, nebo s několikátýdenním zpožděním, což v případě rychle se měnících opatření nebylo



funkční. Inspiraci, jak se s opatřeními vyrovnat, proto hledali například u sociálních služeb z okolí.

*„Musím říct, že nám chyběly... kromě toho, že opatření přicházely, tak jak přicházely, na poslední chvíli... tak nám chyběly nějaký ucelený postupy. ... každý si to nakonec musel udělat po svém, takže jsme se pak třeba dotazovali: jak to děláte vy u sousedů? ... V tomhle ta koordinace byla špatná – otázka máme je testovat? Můžeme po novém klientovi chtít PCR teď, nemůžeme?“*

Stejně tak samotné vydávání opatření přišlo respondentkám nekoordinované, rychlé a často nesmyslné formálně i obsahově.

*„A pak se ty opatření vyvíjely, pak stačilo jenom, že byly návštěvy očkovány... a pak se to zase měnilo... trošku to byla takový jako divočina. Třeba v pátek vám dají opatření a v pondělí platí...“*

Pro sociální pracovníky tak bylo těžké koordinovat práci podřízených pracovníků, protože často sami nevěděli, jak si daná opatření vyložit, jakým způsobem a do jaké míry je aktuálními opatřeními přímá péče s klienty omezena.

*„Teď ty pracovníci na mně viseli – a co máme teď dělat?, protože to jsou prostě situace ze dne na den, opatření, který já neovlivním a neodkázala jsem jim pomoci, jak to vůbec dělat...“*

Respondentky uváděly, že pokud by měly nějakou větší a lépe koordinovanou podporu shora, bylo by z jejich pohledu mnohem jednodušší celou situaci ustát a nastavit tak, aby to nezasahovalo v takové míře především klienty a jejich potřeby.

### **Řešení krizové situace**

V DOZP všech respondentek došlo ke krizové situaci, kdy se v zařízení šířilo onemocnění covid-19. Respondentky se shodly na tom, že nejvíce se tato situace odrazila v personálním nedostatku, jelikož řada pracovníků byla v izolaci nebo karanténě. Každé zařízení tento problém řešilo jiným způsobem, podle aktuálních možností.

Jak bylo již zmíněno, dvě respondentky uvedly, že šly společně s kolegyněmi a dalšími pracovníky nepřímé péče vypomáhat do přímé péče. V případech, kdy poskytuje jejich organizace více služeb, byli využíváni jako výpomoc i pracovníky

těchto služeb. Respondentky zdůrazňovaly, že pomoc pracovníků z jiných služeb ale byla vždy na bázi dobrovolnosti.

*„Řešilo se to tím způsobem, že šli do služby i třeba střední management ... s tím, že jsme si vypomáhali z jiných oddělení, protože máme výhodu, že tady máme asi 4 služby, které poskytujeme klientům, takže pracovníci jiných oddělení, pokud mohli, tak vykryli.“*

Jedno zařízení také upravilo způsob směn a pracovníci chodili v pevných týmech na 48 hodinové směny, aby se zabránilo šíření nákazy v týmu (viz podkategorie psychika pracovníků).

Kromě vlastních pracovníků využívali tři DOZP i dobrovolníky z řad veřejnosti, kteří pomáhali například se zásobováním jídlem. Respondentky tuto nabídku pomoci hodnotí pozitivně. Jedna respondentka ale uvedla, že ochota byla sice poměrně velká, ovšem když pak lidé zjistili, co vše by to obnášelo, nakonec se nezapojili.

Velmi dobrou zkušenost měly ale respondentky s dobrovolnickými organizacemi nabízejícími pomoc během pandemie. Jedna z respondentek popsala, že dva dobrovolníci z Červeného kříže, kteří jim vypomáhali v době největší krize, nakonec v zařízení zůstali a stali se zaměstnanci jejich DOZP.

*„Měli jsme dobrovolníky vlastně v době covidu z českého Červeného kříže, což bylo fajn. ... Ti byli potřeba, protože tím, jak byla ta nemocnost, tak bylo málo personálu, takže aby vlastně byla dostatečně zajištěna ta potřebná podpora péče a klienti se dostali aspoň na procházku. ... Dokonce se 2 z nich stali našimi zaměstnanci teďka.“*

Jiná respondentka uvedla, že využili pracovní povinnosti studentů a několik z nich jim během náročného období v zařízení vypomáhalo.

Všechny respondentky se shodují na tom, že vyřešení personálního nedostatku bylo velmi náročné a docházelo k přetěžování všech pracovníků. Ale jsou rády, že dokázaly situaci zvládnout poměrně dobře a nemuselo dojít k povolání armády, což se stalo v jiných zařízeních z jejich okolí.

### **Vzdělávání, porady a supervize**

Z důvodu protiepidemických opatření se vzdělávání pracovníků přesunulo do online prostoru. Všechny respondentky se shodly na tom, že vzdělávání online formou

není ideální a nenahrazuje plnohodnotně vzdělávání prezenčně. Podle jedné z respondentek je problém především v případě vzdělávání pracovníků v přímé péči. U konferencí a vzdělávání sociálních pracovníků v oblastech, které nestojí primárně na praktickém nácviku, může být online vzdělávání naopak úsporou času i peněz za cestu.

*„Pracovníci z přímé péče, to prostě pro ně není, to online vzdělávání. Takže to bylo jako docela na úkor. ... Myslím si, že k nějakým konferencím, školení pro sociální pracovníky nebo někoho, kdo se školí v rámci managementu, ekonomika a tak, tak pro nás je to zase úspora času, protože nemusíme nikam jet.“*

Jiná respondentka v rámci rozhovoru popisovala svou zkušenost z online vzdělávání, během kterého docházelo k neustálým výpadkům internetu, což nebylo příjemné pro žádnou ze zúčastněných stran.

*„To teda stálo za to, to bylo strašný. Jako nás prostě se tady sešlo samozřejmě celá skupina a teď jsme měli vzdělávání, kdy to věčně vypadávalo, nebo nás neslyšela školitelka, která už potom začala být taky sama z toho nervózní, že jo, takže na nás začala být taková jako nepříjemná.“*

I v rámci pracovních porad, porad krizového štábu apod. využívali pracovníci online komunikaci. Respondentky ale uváděly, že jakmile to bylo možné, vrátili se zpět do klasické prezenční formy, která ani v tomto případě nemůže nahradit online prostor.

*„Jo, to jsme měli online porady... potom vlastně na úrovni sociálních pracovníků i na úrovni domácností, tak to se všechno řešilo online. ... Jakmile to šlo, tak jsme začali dělat setkávání „face to face“, i když jsme měli na obličej ty... věci... ale jakmile jsme na to měli tu odvahu, tak jsme do toho prostě šli.“*

Na určitou dobu se omezily nebo zastavily supervize. Vzhledem k náročnosti situaci se omezení supervizí odrazilo i v psychickém dopadu opatření na pracovníky (viz podkategorie psychika pracovníků). Některé respondentky uváděly, že se ale snažily vše probírat v rámci týmu. Z rozhovorů vyplývá, že k podpoře a zpětné vazbě pracovníků tedy docházelo přirozenou intervizí a později se podařilo zavést supervize alespoň online formou.

### 6.3 Přímá práce s klientem

Opatření zasáhla všechny každodenní aktivity, kterých se klienti účastnili, ať to byly různé aktivizační činnosti a návazné služby, zasáhla individuální plánování i přímou péči jako takovou a výrazně ovlivnila i sociální šetření a příjem nových klientů.

#### **Volnočasové aktivity, aktivizační činnosti a návazné služby**

Většina volnočasových aktivit i návazných služeb byla na určitou dobu úplně zastavena. Respondentky se proto snažily vymýšlet různé alternativní aktivity pro klienty, nosily s sebou na směny i vlastní připravené aktivity. Klienti byli často izolováni po patrech a pracovníci s nimi tedy pracovali v menších skupinkách. Respondentky také uváděly, že využívaly mnohem více venkovní prostory, protože v těch nebyla omezení tak přísná a bylo tam také možné snáze zabránit „mísení“ jednotlivých skupin klientů mezi sebou.

*„My máme to štěstí, že my fakt jsme na vesnici a jsme fakt jako v lese. Máme hnedka tady les. Takže my jsme maximálně využívali toho, abychom byli venku. Takže i když byly takový ty situace, jako že se nesmělo nic, tak my jsme prostě tady úplně v pohodě mohli fungovat.“*

Jedna respondentka během rozhovoru naopak popsala, že v případě jejich zařízení se na nějakou dobu snížila možnost jejich klientů trávit čas venku, jelikož se jedná o klienty s tělesným postižením (na vozíku) a potřebují k sobě pracovníka, který je vyveze ven. To nebylo vzhledem k personálnímu nedostatku možné zajistit všem klientům tak, jak potřebovali. Pracovníci jejich DOZP se ale zaměřili na větší aktivizaci klientů přímo v zařízení. Začali využívat například brýle Kaleido, které se staly u klientů velmi oblíbenými.

#### **Individuální plánování**

Omezení těchto činností úzce souviselo s individuálním plánováním. U řady klientů nebylo možné naplňovat stanovené cíle. Sociální pracovníci proto hledali oblasti, které nebyly omezeny opatřeními a ve kterých mohli klienty dále rozvíjet. Jedna respondentka uvedla, že opatření je v podstatě donutila zaměřit se více na rozvoj sebeobslužných činností u klientů, proč nic dalšího nebylo možné. U některých z nich ale díky tomu dospěli k nečekaným pokrokům.

*„...zkoušeli jsme je posunovat i někam dál. A když to bylo v tom domácím prostředí, tak jsme se i zaměřili hodně na nácvik sebeobsluhy, což třeba bylo odnášení prádla do pračky, praní... což předtím nám tak jakoby utíkalo, protože jsme se věnovali těm venkovním aktivitám nebo respektive mimo areál. ... U některých klientů jsme přišli na to, že se zvládne najíst i sám, takže jsme to takhle postupně cvičili.“*

Jiná respondentka se zmínila o tom, že klienti během pandemie neměli často ani zájem se aktivně do něčeho zapojovat a pracovat na cílech v rámci individuálního plánování.

Omezení s sebou přinášela i další negativní dopad na klienty. Některé respondentky ho popisovaly jako jakési „odvyknutí“ a „zlenivění“ klientů. Někteří klienti se před začátkem covidu připravovali na přechod do jiného typu služby s nižší mírou péče a podpory, řada klientů byla velmi samostatná (chodili nakupovat, jezdili sami autobusem...). Během lockdownu tyto činnosti nemohli vykonávat a nacvičovat a zvykli si na to, že pracovníci to udělají za ně. Podle respondentek je velmi náročné klienty opět motivovat k této „samostatnosti“. Jedna respondentka zmínila, že opatření v tomto směru zmařila jejich několikaletou práci.

*„Je tam dopad v tom, že opravdu jak byli zvyklí, řekla bych i trošku... ne zpohodlněli, ale bylo to takový, že nic jsme po nich nevyžadovali, radši jsme to vykonávali za ně. ... ..tak teď mi přijde právě, že na vás koukaj najednou, co po nich jako chceme, že to dva roky nedělali, tak proč by to teď museli dělat. ... Takže jsme se vrátili, bych řekla, tak o pět skoro možná i deset let zpátky, protože to pravdu těch pár měsíců nám to zase všechno vrátilo do těch kolejí, co jsme nechtěli.“*

### **Přímá péče**

Podobný problém se podle sociálních pracovníků objevil i u pracovníků v přímé péči. Respondentky uváděly, že v některých obdobích byly veškeré aktivity redukovány na minimum, pouze na zajištění základní péče.

*„Řekla bych, že nás to takhle jako spoutávalo, že se to opravdu obsáhlo jen na ty nejzákladnější úkony v péči.“*

Sociální pracovníce se snažily pracovníkům v přímé péči vyjít co nejvíce vstříc, motivovat je a ulehčit jim práci, zvláště když museli například při kontaktu s klienty nosit ochranné obleky, ve kterých se se špatně pohybovalo a dýchalo a bylo v nich velké

teplo. Některé respondentky ale vnímají, že i později, po zrušení těchto opatření, mají pracovníci přímé péče tendenci si při práci ulevovat, přestože už k tomu není žádný důvod.

*„Ale malinko si asi postěžuju, že tím, jak se některý věci pustili a nedrželi se tolik přísně, tak pracovníci mají tendenci si ulevovat, jo. Ve chvíli, kdy se to vrátilo do starých kolejí a už je to zase takový to přísný, tak stále mají tendenci si ulevovat, ale teď už to prostě nemá žádný základ. ... My jsme byli rádi, že jim může aspoň něco ubrat. ... Ale dneska už to chceme a trošku si myslím, že si na to jakože odvykli.“*

Jinak se ale respondentky shodly, že se po celou dobu snažily o udržení kvality péče a jsou toho názoru, že se jim to v rámci možností a podmínek, které byly opatřeními nastavené, dařilo.

### **Sociální šetření a přijímání nových klientů**

V rámci rozhovorů s respondenty nebylo možné se nedotknout také sociálního šetření, které z dotazníku vyšlo jako činnost nejvíce zasažená protiepidemickými opatřeními. K tomuto tématu se nemohly vyjádřit všechny respondentky, protože dvě z nich neměly zkušenost se sociálním šetřením během covidových opatření, jelikož v té době mělo DOZP plnou kapacitu a nepřibíralo nové klienty.

Sociální šetření podle výpovědí respondentek neprobíhala vůbec nebo velmi omezeně (v závislosti na aktuálních opatřeních). Ne vždy to bylo způsobené opatřeními na straně DOZP, někdy se jednalo o omezení možnosti sociálního šetření v zařízení, ze kterého měl klient přejít do DOZP. Sociální pracovníci hledali různé cesty, jak sociální šetření provádět. Shodli se na tom, že museli být v tomto směru opravdu velmi kreativní.

Respondentky uváděly, že dělaly telefonická sociální šetření nebo využívaly různé dotazníky. Shodly se ale na tom, že všechny tyto formy nebyly pro sociální šetření dostatečné – není možné si ověřit pravdivost odpovědí, reálný zdravotní stav nebo potřeby klienta, bylo tedy nutné se s žadatelem také sejít a zjistit, že se opravdu jedná o člověka vhodného pro jejich službu.

*„V té době jsme měli i vytvořený dotazníky na dálku, že jsme posílali, že aby se teda nechodilo do té rodiny, tak si ta rodina musela vyplnit ty oblasti těch dotazníků,*

*ale potom samozřejmě nějaký kontakt musel proběhnout třeba na nějakém neutrálním území, abychom zase shledali, jestli opravdu je to klient pro naši službu nebo ne.“*

Sociální pracovníci v této souvislosti řešili i obavy ze zavlečení nákazy do zařízení příjmem nového klienta.

Jako největší problém v tématu sociálního šetření během protiepidemických opatření vidí především nejasnost vydávaných opatření a absenci jakékoliv podpory v tomto směru. Sociální šetření jsou přitom důležitou součástí práce sociálních pracovníků.

*„Řešili jsme to hodně. ... Ted' jsme se všichni tak jakoby točili v kruhu, že jsme nevěděli, co je správně, co je špatně, jestli opravdu zahájit ty šetření, protože stále přijímáme klienty.“*

Respondentky shodně uvedly, že jakmile to bylo možné, vrátily se zpět ke klasickému sociálnímu šetření.

## **6.4 Plány sociální služby**

Opatření také nepřímo ovlivnila i plány na rozvoj služeb. Dvě respondentky uvedly, že před začátkem pandemie měly plány na rozvoj DOZP, které zahrnovaly různé stavební úpravy. Nástupem opatření se realizace plánů ale zastavila, protože řemeslníci nemohli vstupovat do zařízení. Jedna respondentka například popisovala, že plánovali úpravu zahrady pro klienty, kterou jim pandemie velmi zkomplikovala.

*„Hodně co nám covid zkomplikoval, tak právě to, co bylo všechno tak namyšlené, zorganizované. My jsme tady hodně předělávali zahradu, aby byla funkční pro klienty, to mi hodně zkomplikovalo, když jsme tedy nemohli nic nebo nikoho mít v tom zařízení.“*

Tato respondentka se také jako zástupce jejich DOZP pravidelně účastní komunitního plánování obce a vnímá, že protiepidemická opatření ovlivnila sociální služby i ekonomicky, protože přizpůsobení se protiepidemickým opatřením bylo pro jednotlivá zařízení poměrně náročné i po finanční stránce. Některé organizace z jejich okolí se potýkají s velkými finančními problémy. Jejich DOZP se to ale přímo netýká, protože je dotované jiným způsobem.

## **7 Shrnutí dopadu protiepidemických opatření pomocí SWOT analýzy**

Protiepidemická opatření přinesla řadu rizik do sociální práce v DOZP. Je důležité, aby si sociální pracovníci pojmenovali tato rizika a pokusili se jim předcházet, případně se na ně připravit, aby jim mohli lépe čelit, pokud přijde další vlna pandemie nebo jiná podobně náročná situace. Zároveň ale protiepidemická opatření pomohla odkrýt silné i slabé stránky sociální práce v DOZP, na které se mohou sociální pracovníci zaměřit a dále s nimi pracovat. Přinesla i řadu příležitostí, které je možné dále využívat pro zjednodušení i zkvalitnění práce.

Témata, která se objevila v dotazníku a rozhovorech v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, byla rozdělena do SWOT tabulky. Jelikož jednotlivá témata je možné zařadit do více kategorií, byly do tabulky popsány přímo konkrétní oblasti/situace (například téma komunikace: zvýšená komunikace s rodinou – příležitost; komunikační bariéra OOPP – riziko). Záměrně nebyla u jednotlivých bodů vyznačena jejich závažnost/důležitost, jako je u SWOT analýzy běžné, jelikož každé zařízení funguje samostatně, má jiné zkušenosti i možnosti, a proto musí sociální pracovníci sami zhodnotit relevanci bodů v případě situace jejich zařízení, a tedy i konkrétní dopad opatření na jejich práci. Tučně ale byly zvýrazněny body, které se obecně ve výzkumu opakovaly nejčastěji nebo byly respondenty nejvíce zdůrazňovány. S tabulkou je tedy dále možné pracovat a využívat ji podle potřeb sociálních pracovníků jednotlivých DOZP. Mohou ji využít také organizace zastřešující fungování sociálních služeb v ČR či sociální práci jako takovou a případně další subjekty věnující se tématu sociální práce a protiepidemických opatření.



Tabulka č. 3: SWOT analýza dopadů protiepidemických opatření

	KLADY	ZÁPORY
<b>VNITŘNÍ</b>	<p><b>Silné stránky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podpora od vedení organizace</li> <li>• <b>týmová spolupráce a nasazení</b></li> <li>• <b>ochota sociálních pracovníků jít do přímé péče</b></li> <li>• možnost využití zaměstnanců z jiných oddělení</li> <li>• manažerské a koordinační schopnosti sociálních pracovníků</li> <li>• <b>kreativita sociálních pracovníků</b></li> <li>• zaměření IP na oblasti, na které dřív „nebyl čas“</li> </ul>	<p><b>Slabé stránky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>psychika klientů (strach, apatie, agrese, deprese)</b></li> <li>• <b>psychika pracovníků a riziko syndromu vyhoření</b></li> <li>• <b>problematické porozumění/přijetí opatření ze strany klientů vzhledem k jejich postižení</b></li> <li>• omezení/ukončení dobrovolnických programů</li> <li>• při výpomoci v přímé péči nedostatek času a energie na klasickou sociální práci</li> </ul>
<b>VNĚJŠÍ</b>	<p><b>Příležitosti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• online vzdělávání sociálních pracovníků (úspora času a financí)</li> <li>• <b>zvýšení komunikace sociálního pracovníka s rodinami a opatrovníky</b></li> <li>• <b>propojování klientů a jejich blízkých přes online prostor</b></li> <li>• snazší komunikace s úřady online cestou</li> <li>• <b>možnost využití studentů a dobrovolníků v krizové situaci</b></li> <li>• získání nového vhledu do přímé péče (možnost vyzkoušet si přímou péči na vlastní kůži + větší a cílenější podpora pracovníků přímé péče)</li> <li>• předání zkušeností „dobré praxe“ – vzájemné propojení s jinými organizacemi</li> </ul>	<p><b>Rizika</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>absence metodik a koordinace opatření shora</b></li> <li>• online vzdělávání pracovníků přímé péče – nedostatečné vzdělání pracovníků</li> <li>• <b>povinné OOPP při práci s klienty (komunikační bariéra) – zhoršení komunikace a narušení vztahu s nimi</b></li> <li>• <b>omezení možnosti rozvoje klienta – zavření návazných služeb a aktivizačních činností</b></li> <li>• <b>sociální izolace klientů</b></li> <li>• sociální izolace pracovníků</li> <li>• povinné očkování pracovníků – odchod pracovníků</li> <li>• omezení supervizí</li> <li>• <b>omezení sociálních šetření a přijímání nových klientů</b></li> <li>• „zlenivění“ zaměstnanců přímé péče</li> <li>• „zlenivění“ klientů a ztráta jejich návyků</li> <li>• <b>personální nedostatek – nutné řešit krizovou situaci</b></li> <li>• omezení realizace plánu na rozvoj služby</li> </ul>

Zdroj: vlastní

## **7 Časová osa opatření a s nimi souvisejících dokumentů**

Protiepidemická opatření vydávaná v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19 byla velmi proměnlivá a zpětně je nesnadné dohledat konkrétní opatření i všechny jejich změny. Na časové ose jsou zaznamenána ta nejzásadnější opatření a s nimi související dokumenty z období březen 2020 – březen 2022, která se dotýkala DOZP.

Řadu opatření také vydávaly hygienické stanice krajů nebo sama zařízení v závislosti na epidemiologické situaci v jejich regionu.

<b>Časová osa vybraných opatření a s nimi souvisejících dokumentů vydaných během pandemie onemocnění covid-19 v období březen 2020 – březen 2022 (s ohledem na problematiku sociální práce v DOZP)</b>	
<b>2020</b>	
<b>3. března</b>	<b>Doporučený postup č. 0/2020</b> Doporučení omezení návštěv v zařízeních sociálních služeb v závislosti na epidemiologické situaci v daném kraji, omezení pořádání nebo návštěvy akcí s větší koncentrací osob, omezení zahraničních pracovních cest do oblastí s větším výskytem nákazy Výzva k aktualizaci bezpečnostního plánu daných zařízení v návaznosti na Standard kvality sociálních služeb č. 14, svolání krizového štábu zařízení a vytvoření krizových plánů pro případ nařízení karantény v zařízení
<b>10. března</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 10519/2020-1/MIN/KAN</b> Vydán zákaz návštěv v pobytových sociálních službách (vč. DOZP)
<b>13. března</b>	<b>Usnesení vlády ČR č. 207</b> Uložení pracovní povinnost studentů pro zajištění poskytování péče v sociálních službách  <b>Doporučený postup č. 1/2020</b> Soubor stanovisek pro poskytovatele soc. služeb obsahující odpovědi na otázky týkající se aktuálních opatření a jejich praktické realizace
<b>16. března</b>	<b>Usnesení vlády ČR č. 239</b> Zákaz vycházení klientů DOZP mimo objekt či areál zařízení
<b>18. března</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 12344/2020-1/MIN/KAN</b> Zákaz návštěv klientů pobytových sociálních služeb – výjimka u nezletilých uživatelů, osob s omezenou svéprávností a osob v terminálním stádiu nevyléčitelného onemocnění
<b>27. března</b>	<b>Doporučený postup č. 6/2020</b> Řeší postup pobytové sociální služby v situaci vyhlášení karantény
<b>30. března</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 13742/2020-1/MIN/KAN</b> Opatření pro příjem klientů do pobytových zařízení sociálních služeb (test na přítomnost onemocnění covid-19, po přijetí klienta umístit na 14 dnů do samostatného pokoje)
<b>9. dubna</b>	<b>Usnesení vlády ČR č. 402</b> Mimořádné opatření MZ ČR o zakrytí dýchacích cest v místech mimo bydliště – výjimka pro osoby se závažnými poruchami autistického spektra  <b>Mimořádné opatření č. j.: MZDR 15757/2020-5/MIN/KAN</b> Pravidelné testování zaměstnanců pobytových sociálních služeb

4. května	<p><b>Usnesení vlády ČR č. 512</b>  Zrušení pracovní povinnosti studentů k zajištění poskytování péče v zařízeních sociálních služeb (Zrušení usnesení vlády ze 13. března 2020 č. 207)</p>
14. května	<p><b>Aktualizace Stanoviska Ministerstva práce a sociální práce k zabezpečení dalšího</b>  Vzdělávání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v době nouzového stavu  Zkrácení povinného vzdělávání pro rok 2020 o 4 hodiny</p>
25. května	<p><b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 13742/2020-3/MIN/KAN</b>  Pro příjem klienta do zařízení nutný už pouze negativní test na přítomnost onemocnění covid-19  (Zrušení mimořádného opatření ze dne 29. března 2020, č. j.: MZDR 13742/2020-1/MIN/KAN)</p> <p><b>Doporučený postup č. 10/2020</b>  Nastavení návštěv v zařízeních sociálních služeb s cílem snížit riziko sociální izolace klientů – respirátory (návštěvníci i uživatelé) a desinfekce, max. 2 osoby na 1 uživatele, dotazník o bezinfekčnosti návštěvy, měření teploty návštěvě, zřízení potkávacích zón (venkovní prostory, jednolůžkové pokoje, zvláště vyčleněná místnost), rozestup 2 metry, dezinfekce prostor, ve kterých probíhala návštěva</p>
1. června	<p><b>Usnesení vlády ČR č. 605</b>  Od 8. června zrušení povinného pravidelného testování zaměstnanců pobytových sociálních služeb  (Zrušení mimořádného opatření ze dne 9. dubna 2020 č.j.: MZDR 15757/2020-5/MIN/KAN)</p>
1. července	<p><b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 13742/2020-4/MIN/KAN</b>  Od následujícího dne již není nutné pro příjem nového klienta do zařízení vyžadovat jeho negativní test na přítomnost onemocnění covid-19  (Zrušení mimořádného opatření ze dne 19. května 2020 č.j.: MZDR 13742/2020-3/MIN/KAN)</p>
9. září	<p><b>Doporučený postup č. 12/2020 tzv. Semafor</b>  Upravení veškerých opatření od návštěv až po testování klientů a zaměstnanců – sociální služby mají postupovat s ohledem na epidemiologickou situaci v jejich kraji (nulové/zanedbatelné riziko nákazy; nákaza v regionu bez komunitního přenosu; počínající komunitní přenos; narůstající/přetrvávající komunitní přenos)</p>
29. září	<p><b>Pomůcka ke zvládnutí epidemie COVID_19 pro domovy sociálních služeb</b>  Interaktivní pomůcka vytvořená MPSV za spolupráce ICŘT a Centra biologické ochrany Těchonín</p>

12. října	<p><b>Nastavení krajského pohotovostního mobilního týmu pracovníků v sociálních službách (KPMT) v době nákazy COVID-19 (metodika)</b>  MPSV zveřejnilo příklad dobré praxe personálního zajištění sociálních služeb z Královéhradeckého kraje</p> <p><b>Č.j. MPSV- 2020/201980-224</b>  Stanovisko Ministerstva práce a sociálních věcí k zabezpečení dalšího vzdělávání pro sociální pracovníky</p>
16. října	<p><b>Usnesení vlády ČR č. 1048</b>  Uložení pracovní povinnosti studentům</p>
19. října	<p><b>Pomůcka ke zvládnutí epidemie COVID_19 pro domovy sociálních služeb</b>  aktualizace interaktivní pomůcky</p>
2. listopad	<p><b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 47828/2020-3/MIN/KAN</b>  Provádění povinného pravidelného antigenního testování klientů pobytových sociálních služeb od 4. listopadu 2020</p> <p><b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 47828/2020-2/MIN/KAN</b>  Provádění povinného pravidelného antigenního testování zaměstnanců pobytových sociálních služeb od 4. listopadu 2020 + povinnost pracovníků používat při kontaktu s klientem ochranu dýchacích cest min. třídy FFP2</p>
4. listopadu	<p><b>Algoritmus použití a interpretace antigenního testu v detekci nemoci COVID-19 pro sociální služby</b>  Zveřejnění dokumentu MZ ČR</p>
14. prosince	<p><b>Usnesení vlády ČR č. 1336</b>  Zrušení pracovní povinnosti studentů s platností od 16. prosince 2020  (Zrušení usnesení vlády ze den 16. října 2020 č. 1048)</p>
<b>2021</b>	
14. února	<p><b>Usnesení vlády ČR č. 126</b>  Možnost realizovat kurzy s akreditovaným programem prezenční formou za předpokladu dodržení podmínek stanovených v usnesení (max. 10 osob)</p>
5. března	<p><b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 47828/2020-20/MIN/KAN</b>  Testování 1x za 5 dní zaměstnanců, kteří nejsou očkovaní nebo jim vypršela ochranná lhůta po prodělání onemocnění covid-19 (90 dnů)</p>
8. března	<p><b>Č. j.: KVOP-7612/2021</b>  Doporučení veřejného ochránce práv k tématu očkování klientů s podpurným opatřením a klientů se sníženou schopností rozhodování</p>
19. dubna	<p><b>Č.j. MPSV-2021/44738-224</b>  Stanovisko Ministerstva práce a sociálních věcí k zabezpečení dalšího vzdělávání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v roce 2021 – doporučeno vzdělávání online formou pouze v případě, že součástí kurzu není praktický nácvik dovedností</p>

<b>28. května</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 47828/2020-29/MIN/KAN</b> Povinnost testování zaměstnanců i klientů pobytových sociálních služeb
<b>7. června</b>	<b>Usnesení vlády ČR č. 532</b> Od 1. července 2021 se ruší povinné testování zaměstnanců i klientů pobytových sociálních služeb (Zrušení mimořádného opatření ze dne 28. května 2021 č.j.: MZDR 47828/2020-29/MIN/KAN)
<b>30. srpna</b>	<b>Usnesení vlády ČR č. 772</b> Povinné testování zaměstnanců pracujících v pobytových sociálních službách – pokud nejsou očkovaní nebo neprodělali onemocnění covid-19 před méně než 180 dny
<b>10. prosince</b>	<b>Vyhláška č. 466/2021 Sb.</b> Novela vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem – nařízení o povinnosti očkování proti onemocnění covid-19 pro vybrané profese (vč. sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách) od 1. března 2022
<b>2022</b>	
<b>5. ledna</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 461/2022-1/MIN/KAN</b> Od 17. ledna 2022 povinné testování všech zaměstnanců
<b>1. února</b>	<b>Vyhláška č. 21/2022 Sb.</b> Novela vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem – zrušení nařízení o povinnosti očkování proti onemocnění covid-19 pro vybrané profese
<b>9. února</b>	<b>Mimořádné opatření č.j.: MZDR 5016/2022-1/MIN/KAN</b> Od 18. února 2022 zrušení povinného testování zaměstnanců (Zrušení mimořádného opatření ze dne 5. ledna 2022 č.j.: MZDR 461/2022-1/MIN/KAN)
<b>Březen</b>	Stále zůstává povinnost zakrytých dýchacích cest v pobytových zařízeních sociálních služeb (nevztahuje se na klienty)

## 8 Diskuze

Na základě analýzy dotazníku a rozhovorů vyplynulo několik oblastí sociální práce v DOZP, na které měla opatření vydaná v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19 nejzásadnější dopad.

Prvním z nich bylo téma **komunikace s klientem**, do které spadaly jednak OOPP jako bariéry při komunikaci, ale také porozumění situaci a opatřením ze strany klientů. U tohoto tématu se ukázal jako zásadní typ postižení klienta. Z dotazníku vyplynulo, že v případě klientů s nižší úrovní kognitivních schopností, klientů s poruchami autistického spektra a klientů s poruchami sluchu došlo k výraznému ovlivnění komunikace. To potvrdily následně i respondenty během rozhovorů. Tato komplikace se dala očekávat vzhledem k projevům a důsledkům těchto postižení, které jsou popsány v kapitole 1 teoretické části této práce u jednotlivých typů postižení. Na tuto problematiku také upozorňovali Courtenay a Perera ve svém článku *COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic*<sup>105</sup> (viz kapitola 3.2). Z časové osy opatření je patrné, že na situaci se nakonec alespoň v otázce OOPP pokusila reagovat i vláda vydávající protiepidemická opatření. Je nutné ale zmínit, že se tak dělo s poměrně velkým zpožděním a pouze ve velmi omezené míře – klienti DOZP byli postupně zahrnuti mezi výjimky a nemusejí nosit ochranu dýchacích cest (viz např. Usnesení vlády ČR č. 402 z 9. dubna 2020), pro pracovníky to bohužel neplatí, takže k příliš výraznému zlepšení komunikace i tak nedošlo. Z výzkumu vyplynulo, že nejlepším řešením/mírněním tohoto dopadu je vysvětlování, jako nástroj intervence při práci s klienty s vyšší úrovní kognitivních schopností, a zvyk a čas, který je účinným nástrojem pro přijetí změn zejména u osob s těžkým mentálním postižením. Nebylo vždy jednoduché a reálné dodržet protiepidemická opatření vzhledem k povaze postižení klientů. Sociální pracovníci se museli uchýlovat k tomu, že například dali do karantény celé oddělení, protože nebylo možné klienty s mentálním postižením udržet izolovaně na pokojích. V jiných situacích sociální pracovníci naopak porušovali vydaná opatření týkající se především OOPP, protože vzájemné porozumění a s ním související vztah pracovníka s klientem vyhodnotili jako prioritní.

---

105 COURTENAY, K. a B. PERERA. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 2020.

Druhou oblastí, na kterou zásadně dopadla opatření, byla **sociální izolace klientů**. Ta byla způsobena především zákazem vycházení mimo objekt nebo areál zařízení (viz Usnesení vlády č. 239 z 16. března 2020) a zákazem návštěv v DOZP (viz například Mimořádné opatření č.j.: MZDR 12344/2020-1/MIN/KAN z 18. března 2020), omezením návazných služeb pro klienty, ale i karanténními opatřeními v případě zavlečení nákazy do zařízení (viz kapitola 7). Sociální pracovníci se snažili využívat techniku k propojení klientů a jejich blízkých, ale ukázalo se, že ne u všech klientů (zvláště pokud jde o klienty s nižší úrovní kognitivních schopností), jsou telefonický způsob komunikace či videohovory vhodné a osobní kontakt tímto způsobem nelze plnohodnotně nahradit. Na problematice využívání online komunikace osob s mentálním postižením upozorňuje také Courtenay a Perera<sup>106</sup>. Celkově se ale zvýšila potřeba komunikace mezi sociální pracovníky a blízkými klientů a také se zvýšil i zájem rodin o jejich příbuzné žijící v DOZP. Kromě omezení kontaktu s blízkými došlo vlivem těchto opatření také k výraznému omezení a někdy i pozastavení dobrovolnických programů, na což upozorňovali především respondenti v dotazníkovém šetření. Není možné komplexně zmapovat míru sociální izolace klientů, protože každé zařízení si opatření do určité míry přizpůsobovala vlastním potřebám vzhledem k pandemické situaci daného regionu i samotného zařízení v průběhu času (prodloužení zákazu vycházení mimo areál zařízení, opakované vydávání/rušení zákazů návštěv, vydávání karanténní a izolačních opatření v případě výskytu nákazy v zařízení apod.). Respondenti se ale shodli, že sociální izolace byla významným faktorem ovlivňujícím psychiku klientů.

V tématu dopadu opatření na **psychiku klientů** se kromě sociální izolace byly v rámci výzkumu popisovány různé reakce klientů na situaci od agrese po apatii. Respondenti považují za největší projev dopadu opatření na psychiku klientů strach klientů z onemocnění covid-19. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že především klienti s mentálním postižením, pro které je typická zvýšená sugestibilita, jak upozorňuje například Slowík ve své knize *Speciální pedagogika*<sup>107</sup> (viz kapitola 1), přijímali nekriticky informace z médií a nechali se ovlivnit mediální panikou. Sociální pracovníci řeší dopady opatření na psychiku některých klientů až do současnosti.

---

106 COURTENAY, K. a B. PERERA. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 2020.

107 SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 2016.



Kromě klientů dopadla opatření také na **pracovníky a jejich psychiku**. Z výzkumu vyplynulo, že opatření způsobila velkou psychickou zátěž na pracovníky a zvýšila riziko syndromu vyhoření. Vlivem opatření byla na určitou dobu také zastavena pravidelná supervize a pracovníci tedy neměli dostatečnou podporu. Na problematiku psychohygieny a prevence syndromu vyhoření u českých sociálních pracovníků během pandemie onemocnění covid-19 upozorňuje Tajanovská ve svém článku *Způsobila koronavirová pandemie mimořádné podmínky pro sociální práci? V sociálních službách určitě ano!*<sup>108</sup>. Podobně jako u dopadu opatření na psychiku klientů, zmiňovali respondenti i zde téma strachu a nejistoty, který zažívali v různých situacích, jako bylo například riziko zavlečení nákazy do zařízení a nakažení klientů, nebo schválení novely vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.

Další oblast, kterou zasáhla protiepidemická opatření, bylo **sociální šetření**, které po určité období nemohlo vůbec probíhat. Pro sociální pracovníky se jedná o základní nástroj jejich práce, jak uvádí §109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Respondenti uváděli, že se pokoušeli hledat vhodné náhrady sociálního šetření, nicméně se shodli, že neexistuje adekvátní způsob, jakým by bylo možné tento proces plně nahradit. Osobní kontakt s žadatelem o sociální službu je nezastupitelný. Z analýzy dotazníku i rozhovorů vyplynulo, že opatření ovlivnila celý proces přijímání nových klientů a prodloužila adaptaci nového klienta v zařízení.

Opatření ovlivnila **aktivizační služby a návazné služby pro klienty**, jako bylo například uzavření center denních služeb, sociálně terapeutických dílen apod., a tím zasáhla individuální plány klientů. U některých klientů tak například došlo k zpomalení přípravy na přechod do služby s nižší mírou podpory. Respondenti také popisovali dopad na přímou péči, která byla v době šíření nákazy v zařízení a s tím spojené největší personální krize redukována na základní úkony. Sociální pracovníci se celkově snažili ulehčit klientům i pracovníkům veškeré aktivity, jejichž realizace byla mnohem náročnější kvůli dodržení protiepidemických opatření. Zpětně ale vnímají určité „zlenivění“ klientů, kteří se nemohli rozvíjet a upevňovat v řadě činností, i pracovníků v přímé péči, kteří si navykli zjednodušovat si práci a některé činnosti dělat s menší pečlivostí.

---

108 TAJANOVSKÁ, Andrea. Způsobila koronavirová pandemie mimořádné podmínky pro sociální práci? V sociálních službách určitě ano! In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021.

Sociální pracovníci museli na řadu situací reagovat rychle, flexibilně a s velkou dávkou kreativity. Tyto schopnosti sociálních pracovníků oceňují například Bela, Broka, Rajevska a Rasnaca v rámci shrnutí svého výzkumu v Lotyšsku<sup>109</sup>, ale i Tajanovská<sup>110</sup>.

Opatření se dotkla i **pracovního týmu** jako takového. Odhalila jeho silné i slabé stránky. Respondenti vyzdvihovali především nasazení všech pracovníků v zařízení. Sociální pracovníci se často dostávali do pro ně nových rolí, fungovali jako koordinátoři péče a nastavování opatření, ale v případě potřeby byli ochotni doplnit i řady pracovníků přímé péče. V době největší krize personálního zajištění pak sociální pracovníci využívali výpomoc pracovníků přímé péče z ostatních sociálních služeb jejich organizace, ale i pomoc dobrovolníků různých organizací i řad veřejnosti. Byť situace personálního nedostatku nebyla jednoduchá a sociální práce jako taková musela ustoupit do pozadí z důvodu potřeby zachování alespoň základního chodu zařízení a péče o klienty, sociální pracovníci vnímají i pozitivní stránku dopadu této situace na jejich práci. Vlastním zapojením do přímé péče získali větší vhled do této problematiky a mohou díky tomu lépe porozumět podřízeným pracovníkům a realizovat i praktické změny vedoucí ke zlepšení péče. Jako další pozitivní dopad opatření na jejich práci vnímají sociální pracovníci změnu vlastní role v souvislosti s potřebou reagovat na neustále se měnící opatření. Z rozhovorů vyplynulo, že tato situace přispěla k rozvinutí jejich manažerských schopností i reflexi vlastní práce.

Někteří respondenti také oceňovali **podporu vedení** jejich organizace v náročných rozhodnutích, které bylo potřeba učinit. Nicméně všichni se shodli, že podpora ze strany státu byla neucelená, chaotická a celkově nedostatečná. Pro sociální pracovníky bylo náročné vhodně reagovat na nová opatření, která se neustále měnila a často byla nejasně definovaná. Uvítali by větší metodickou podporu, která by jim pomohla nastavit fungování zařízení s ohledem na opatření i na potřeby klientů. Pomocí jim byla alespoň komunikace a předávání zkušeností s pracovníky okolních zařízení a sociálních služeb.

---

109 BELA, B, A BROKA, F RAJEVSKA a L RASNACA. Transformative change in social service delivery and social work practice in Latvia during the COVID-19 pandemic. *European journal of social work*, 2021.

110 TAJANOVSKÁ, Andrea. Způsobila koronavirová pandemie mimořádné podmínky pro sociální práci? V sociálních službách určitě ano! In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021.

Opatření také vedla k vyššímu **využití technologií** ze strany pracovníků, ať už v rámci komunikace mezi sebou, nebo v rámci povinného vzdělávání. Na tuto problematiku reagovalo také MPSV v rámci svých stanovisek (viz kapitola 7). Respondenti se shodli, že povinné vzdělávání online formou je vhodné pouze pro sociální pracovníky (nikoli pro pracovníky přímé péče) a spíše v případech, kdy se jedná o vzdělávání v „teoretických tématech“ bez potřeby praktického/fyzického nácviku dané problematiky (například vzdělávání v oblasti managementu a ekonomie).

Celkově je patrné, že opatření nejvíce zasáhla osobní kontakt sociálních pracovníků s ostatními subjekty při výkonu jejich profese a tím i celou sociální práci, pro kterou je sociální interakce (a zvláště ta na úrovni osobního setkání a vytvoření vztahu) stěžejní. Nicméně respondenti výzkumu se z většiny shodli na tom, že se jim i přesto dařilo s ohledem na vydávaná opatření a veškeré náročné situaci udržet kvalitu práce s klientem. I z již zmíněného lotyšského výzkumu<sup>111</sup> a článku Tajanovské<sup>112</sup> vyplývá, že náročné období pandemie onemocnění covid-19 odhalilo, že sociální pracovníci mají potřebné schopnosti a dovednosti, které jsou zásadní pro výkon jejich profese, a dělají svou práci kvalitně.

---

111 BELA, B, A BROKA, F RAJEVSKA a L RASNACA. Transformative change in social service delivery and social work practice in Latvia during the COVID-19 pandemic. *European journal of social work*, 2021.

112 TAJANOVSKÁ, Andrea. Způsobila koronavirová pandemie mimořádné podmínky pro sociální práci? V sociálních službách určitě ano! In.: *Sociální práce v mimořádných podmínkách*, 2021.

## Závěr

Tato práce se věnuje dopadu opatření vydaných v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19 na sociální práci v DOZP.

V teoretické části se nejprve věnuje základnímu vymezení zdravotního postižení a charakteristice jednotlivých typů postižení, přičemž je více prostoru věnováno osobám s mentálním a kombinovaným postižením, jelikož se jedná o nejčastější klienty DOZP.

Další kapitoly se věnuje vymezení sociální práce a sociálních služeb a popisu sociální práce realizované v rámci DOZP za využití tzv. profesiogramu. Teoretická část se také věnuje tématu pandemie onemocnění covid-19 a jejímu vlivu na sociální práci jako takovou i na životy osob s mentálním a kombinovaným postižením. V rámci těchto kapitol bylo čerpáno především ze zahraniční literatury a výzkumů, které byly realizovány během prvních dvou let pandemie onemocnění covid-19.

Výzkumná část práce se věnuje zmapování dopadů protiepidemických opatření v souhladu se základní výzkumnou otázkou: „Jaký dopad přinesla opatření souvisejících s pandemií onemocnění covid-19 na výkon profese sociálních pracovníků v DOZP?“ Na základě dotazníkového šetření a následného hlubšího mapování tématu pomocí rozhovorů byly zmapovány oblasti sociální práce v DOZP, které byly nejvíce zasaženy protiepidemickými opatřeními. Byla také sestavena časová osa protiepidemických opatření vydaných na území ČR a s nimi souvisejících dokumentů, které se týkaly problematiky DOZP. Analýza výzkumu ukázala, že nejvíce zasažena byla sociální práce v oblasti komunikace, psychiky klientů i pracovníků a sociálního kontaktu klientů, jehož redukce vedla k sociální izolaci. Dále se dopad opatření projevil v přímé práci s klientem, kde došlo k redukci přímé péče, omezení aktivizačních činností a návazných služeb a z toho vyplývajícímu zásahu do individuálního plánování. Dále byl ovlivněn proces příjmu nových klientů, v rámci kterého se ukázala jako nejvíce zasažená činnost sociálního pracovníka realizace sociálního šetření. V neposlední řadě z výzkumu vyplynulo, že byl dopad opatření patrný v oblasti podpory pracovníků ze strany vedení i státu i ve fungování týmu pracovníků DOZP, který byl silně zasažen mimo jiného také personálním nedostatkem. Opatření zasáhla také povinné vzdělávání a supervize pracovníků a způsobila přesun těchto aktivit i řadu pracovních schůzek do online prostoru. Opatření přinesla ale i řadu pozitivních prvků. Ukázala sílu pracovního

týmu a odkryla silné stránky sociálných pracovníků, jejich flexibilitu i kreativitu při řešení náročných situací způsobených protiepidemickými opatřeními.

Konkrétní dopady opatření na práci sociálných pracovníků v DOZP byly analyzovány pomocí SWOT analýzy a nabízí možnost dalšího využití a zpracování podle potřeb sociálných pracovníků jednotlivých DOZP. Ale může posloužit dalším subjektům věnujícím se problematice sociální práce, sociálných služeb či nastavování protiepidemických opatření.

## Seznam literatury

- ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- LEVICKÁ, Jana. Pandémia COVID-19 – test pre kreativitu a solidaritu nielen sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In: *Sborník ke Světovému dni sociální práce: výzvy, kreativita a úspěch v sociální práci : 16-17. března 2021*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021, s. 45-52. ISBN isbn:978-80-7421-245-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 970-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-738-5.
- PIERSON, John. *Tackling poverty and social exclusion: promoting social justice in social work*. 3. vyd. London: Routledge, 2016. ISBN 1-315-81396-3.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
- Sociální práce v mimořádných podmínkách*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-247-5.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol: Convention on the rights of persons with disabilities and Optional protocol*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. ISBN 978-80-7421-037-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

## Elektronické zdroje

BELA, B., A. BROKA, F. RAJEVSKA a L. RASNACA. Transformative Change in Social Service Delivery and Social Work Practice in Latvia during the COVID-19 Pandemic. *European Journal of Social Work* [online]. Abingdon: Routledge Journals, Taylor & Francis, 17. September 2021, 1-13 [cit. 2022-02-28]. ISSN 1369-1457. DOI:10.1080/13691457.2021.1977255

COURTENAY, K. a B. PERERA. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine* [online]. Cambridge: Cambridge University Press, 2020, 37(3) [cit. 2022-02-28]. DOI:10.1017/ipm.2020.45

F70-F79 - Mentální retardace. *MKN-10 2022* [online]. [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: [mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79](http://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79)

Global Definition of Social Work. *International Federation of Social Workers* [online]. [cit. 2021-10-24]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

GREENWOOD, Ernest. Attributes of a Profession. *Social Work* [online]. July 1957, 2(3), 45-55 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/sw/2.3.45>

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1651734974359\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1651734974359_2)

O MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 20. prosince 2021 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/o-mpsv>

O projektu Profesionalizace sociální práce v České republice (PROSO). *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. 10. září 2018 [cit. 2021-11-06]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/proso/o-projektu-proso/>

OKAFOR, Afomachukwu. Role of the social worker in the outbreak of pandemics (A case of COVID-19). *Cogent psychology* [online]. Cogent, 2021, 8(1) [cit. 2022-02-28]. ISSN 2331-1908. DOI:10.1080/23311908.2021.1939537

Poradna. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/poradna/>

Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. 5. října 2020 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Otázky do dotazníku

Příloha 2 – Šablona otázek rozhovoru



## **Příloha 1**

### **Otázky do dotazníku**

- Informovaný souhlas se zpracováním odpovědí pro účely výzkumu:
  - Souhlasím se zpracováním mých odpovědí anonymní formou a v souladu s etickými zásadami výzkumu
- Pohlaví
  - žena
  - muž
- Věk
  - 20 – 34 let
  - 35 – 49 let
  - Nad 50 let
- Vzdělání
  - Vyšší odborné (Dis.)
  - Vysokoškolské bakalářské (Bc.)
  - Vysokoškolské magisterské (Mgr.)
- Zařízení, ve které pracujete, se nachází v kraji:
  - Hlavní město Praha
  - Středočeský kraj
  - Jihočeský kraj
  - Plzeňský kraj
  - Karlovarský kraj
  - Ústecký kraj
  - Liberecký kraj
  - Královéhradecký kraj
  - Pardubický kraj
  - Kraj Vysočina
  - Jihomoravský kraj
  - Olomoucký kraj
  - Zlínský kraj
  - Moravskoslezský kraj
- Zařízení, ve kterém pracuji, se nachází v obci o velikosti:
  - Do 3 000 obyvatel (venkovská obec)

- 3 000 – 10 000 obyvatel (menší město)
- Nad 10 000 obyvatel

### **Činnosti zaměřené na klienta**

Ohodnoťte činnosti Vaší práce (tak, jak jste s tím měl/a osobní zkušenost) podle toho, jak zásadně se jich dotkla/ovlivnila je opatření související s pandemií covid-19:

- První kontakt se zájemcem o službu/jeho zástupcem
  - Sociální šetření v domácnosti zájemce
  - Projednání žádosti o přijetí v domově a založení žádosti o přijetí
  - Smlouva o poskytování soc. služeb v domově
  - Seznámení uživatele/jeho zástupce s chodem domova
  - Poskytnutí uživateli/zástupci podporu při žádosti o dávky od státu (příspěvek na péči, sociální podpora, příspěvek na mobilitu)
  - Zabývání se finančními záležitostmi klienta, jako jsou platby za služby, příspěvek na péči, úschova financí, pokud si tak uživatel přeje, atd...
  - Zpracování přehledu o příjmu uživatele
  - Asistence při nakládání s příjmem uživatele
  - Tvorba individuálního plánu péče
  - Přímá práci s uživatelem (zájmové činnosti, poradenství, podpora kontaktu s rodinou nebo jiným sociálním okolím atd.)
  - Doprovázení klienta k nutným jednáním
  - Zastupování klíčového pracovníka (pokud jím sám nejste)
  - Role klíčového pracovníka klienta
  - Vyřizování agendy propustek ze zařízení
  - Vedení depozitního účet klienta
  - Pomoc se zajištěním lékařské péče, se změnami trvalého bydliště
  - Vedení osobní karty klienta
  - Úmrtí klienta a náležitosti s tím související
  - Přeložení klienta do jiného zařízení SP a náležitosti s tím související
- Pokud Vám zde nějaká činnost chybí, doplňte:

- Stručně popište hlavní negativa, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na klienta:
- Stručně popište hlavní pozitiva, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na klienta:

### **Činnosti zaměřené na organizaci a fungování služby**

Ohodnoťte činnosti Vaší práce (tak, jak jste s tím měl/a osobní zkušenost) podle toho, jak zásadně se jich dotkla/ovlivnila je opatření související s pandemií covid-19:

- Tvorba a strategie poskytování sociálních služeb
  - Systém kvality sociální práce
  - Tvorba standardů
  - Zajišťování ochrany osobních dat klientů
  - Vyřizování stížností klientů
  - Metodické řízení a kontrola práce pracovníků v soc. službách
  - Udržování co největší možné „obložnosti“ služby (naplněné kapacity)
  - Dodržování práv klientů
- Pokud Vám zde nějaká činnost chybí, doplňte:
- Stručně popište hlavní negativa, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na organizaci a fungování služby:
  - Stručně popište hlavní pozitiva, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na organizaci a fungování služby:

### **Činnosti zaměřené na ostatní pracovníky**

Ohodnoťte činnosti Vaší práce (tak, jak jste s tím měl/a osobní zkušenost) podle toho, jak zásadně se jich dotkla/ovlivnila je opatření související s pandemií covid-19:

- Organizování práce zaměstnanců
- Porady
- Ovlivňování motivace pracovníků
- Provádění kontrol

- Hodnocení pracovníků
  - Zjišťování potřeb pracovníků, týkající se jejich dalšího vzdělávání
  - Koordinace činnosti dobrovolníků
  - Kooperace s dalšími pracovníky organizace (zdravotníky, pomocným personálem atd.)
- Pokud Vám zde nějaká činnost chybí, doplňte:
- Stručně popište hlavní negativa, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na ostatní pracovníky:
  - Stručně popište hlavní pozitiva, která přinesla opatření do Vašich činností zaměřených na ostatní pracovníky:

### **Rizika a příležitosti plynoucí z protiepidemických opatření**

- Vnímáte nějaká zásadní rizika/hrozby pro Vaši práci (náplň, kvalitu...) vyplývající z opatření? Stručně uveďte:
- Vnímáte nějaké příležitosti pro Vaši práci, které vplynuly z opatření? Stručně uveďte:

K hodnocení jednotlivých činností využívána škála:

**1)** velmi se jich dotkla

**2)** dotkla se jich

**3)** nedotkla se jich

**4)** nemohu hodnotit – nekonal jsem tuto činnost během pandemie/nekonám tuto činnost v rámci své práce

## Příloha 2

### Šablona otázek rozhovoru

- Jakou jste měli zkušenost s vlivem OOPP na komunikaci s klienty a jak jste případně řešili vzájemné porozumění?
- Co vám pomohlo při práci s klienty, aby pochopili, co se děje, že musí dodržovat opatření atd.?
- Jak jste pracovali s dopady opatření na psychiku klientů?
- Když byly omezené aktivizační činnosti, návazné i veřejné služby, jaké alternativy aktivit pro klienty jste zkoušeli/hledali? Co se vám osvědčilo?
- Jak opatření změnila/ovlivnila sociální vazby klientů – rodiny, dobrovolníci?
- Jak jste řešili riziko sociální izolace klientů?
- Jak ovlivnila opatření přímou péči a podporu klientů?
- Jak ovlivnila opatření individuální plánování? Jak jste na to reagovali?
- Řešili jste během posledních dvou let obloženost sociální služby?
- Jak jste řešili problematiku sociálního šetření (online, vůbec...)?
- Jakým způsobem probíhala adaptace nových klientů v zařízení?
- Jak podle vás opatření ovlivnila prakticky kvalitu vaší sociální služby a tvorbu strategie poskytování soc. služeb?
- Jak moc se dotkl vašeho zařízení zákon o povinném očkování?
- Jakou jste měli zkušenost s fungováním pracovního týmu během pandemie – změnilo se něco?
- Jakou jste měli v týmu úlohu vy jako sociální pracovníci?
- Jak jste řešili personální nedostatek?
- Jakým způsobem jste řešili riziko syndromu vyhoření – měli jste nějakou podporu?
- Využívali jste technologie při práci s klienty? Pokud ano, jakým způsobem a jak to hodnotíte?
- Využívali jste v reakci na opatření více technologií i v rámci týmu? Pokud ano, jakým způsobem a jak to hodnotíte?
- Kdybyste měli krátce shrnout, jak opatření ovlivnila celkově vaši práci – jak to hodnotíte a co si z toho odnášíte?