

Univerzita Karlova
Evangelická teologická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Jana Johnová

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Kvalita života seniorů v domovech pro seniory v době covidu

Bc. Jana Johnová

Katedra: Katedra praktické teologie

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Monika Ulrichová, Ph.D.

Studijní program: Komunitní krizová a pastorační práce – diakonika

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Moniky Ulrichové Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 20. 6. 2022

Bc. Jana Johnová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Monice Ulrichové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení diplomové práce. Děkuji rovněž všem informantkám a informantům za ochotu podílet se na výzkumném šetření. Poděkování patří také všem, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Anotace

JOHNOVÁ, Jana. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory v době covidu*. Praha, 2022. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta. Diakonika. Vedoucí práce: Mgr. Monika Ulrichová, Ph.D.

Diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů v pobytových zařízeních sociální péče v době pandemie covidu-19. Teoretická část je uvedena problematikou stáří a stárnutí obecně. Věnuji se pojetí stáří a vnímání seniorů v dnešní společnosti. Další kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu kvality života a na kvalitu života seniorů v zařízeních sociální péče. Následuje kapitola, která má za cíl představit současný systém péče o seniory v pobytových zařízeních, jehož součástí je i sociální práce. Bude představen smysl a podoby aktivit, které mohou výrazně přispět ke zlepšení kvality života seniorů.

Pozornost bude dále cíleně zaměřena na pandemii covid-19 a na problémy, které díky tomu vyvstaly a se kterými se museli potýkat jak senioři, tak personál v zařízeních sociální péče, a které významně ovlivnily kvalitu poskytované péče, potažmo kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních.

Praktická část je zaměřena na popis kvality života seniorů v pobytových zařízeních sociální péče během pandemie covidu-19 z pohledu sociálních pracovníků. Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvantitativní metodu, kdy informace byly získány prostřednictvím dotazníkového šetření mezi sociálními pracovníky vybraných domovů pro seniory. Získaná data byla dále analyzována a interpretována. V závěru se nachází shrnutí celé práce a doporučená opatření ke zmírnění negativních dopadů pandemie covid-19 na seniory v pobytových zařízeních sociální péče.

Klíčová slova: stáří, senior, kvalita života, sociální služby, sociální pracovník, pandemie covid-19

Anotation

JOHNOVA, Jana. *Quality of life of seniors in homes for the elderly at the time of covid*. Prague, 2022. Diploma thesis. Charles University, Faculty of Evangelical Theology. Diaconate. Leader: Mgr. Monika Ulrichová, Ph.D.

The diploma thesis deals with the quality of life of seniors in residential social care facilities during the covid-19 pandemic. The theoretical part is presented with the issue of old age and aging in general. I focus on the concept of old age and the perception of seniors in today's society. The next chapter focuses on the definition of the concept of quality of life and the quality of life of seniors in social care facilities. The following chapter aims to present the current system of care for the elderly in residential facilities, which includes social work. The meaning and forms of activities that can significantly contribute to improving the quality of life of seniors will be presented.

Attention will also be focused on the covid-19 pandemic and the problems that have arisen and that both seniors and staff in social care facilities have had to deal with, and which have significantly affected the quality of care provided and the quality of life of seniors in residential facilities.

The practical part is focused on the description of the quality of life of seniors in residential social care facilities during the covid-19 pandemic from the perspective of social workers. For my research, I chose a quantitative method, where the information was obtained through a questionnaire survey among social workers of selected homes for the elderly. The obtained data were further analyzed and interpreted. In the end, there is a summary of the whole work and recommended measures to mitigate the negative effects of the covid-19 pandemic on seniors in residential social care facilities.

Key words: old age, senior, quality of life, social services, social worker, pandemic covid-19

Obsah

Úvod	9
I Teoretická část	11
1 Stárnutí a stáří	11
1.1 Stáří a jeho pojetí	13
1.2 Senioři z pohledu dnešní společnosti	15
2 Kvalita života seniorů	17
2.1 Vymezení pojmu kvality života	19
2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života v seniorském věku	21
3 Současný systém péče o seniory v pobytových zařízeních	24
3.1 Pobytová zařízení pro seniory	26
3.2 Systém péče v pobytovém zařízení pro seniory	28
3.3 Aktivizační programy v domovech pro seniory	31
4 Sociální pracovník v pobytovém zařízení pro seniory	34
4.1 Sociální práce	34
4.2 Role sociálního pracovníka	35
4.3 Kompetence sociálního pracovníka	37
4.4 Přístupy v sociální práci	41
4.5 Sociální práce v pobytových službách pro seniory	42
5 Pandemie covid-19	45
5.1 Pandemie covid-19 v pobytových zařízeních pro seniory	47
5.2 Pandemie covid-19 a její dopady na seniory v zařízeních sociální péče	50
II Empirická část	53
6 Kvantitativní výzkum	53
6.1 Téma výzkumu	53
6.2 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	53
6.3 Metodologie výzkumu	55
6.4 Soubor respondentů	57
6.5 Průběh šetření a zpracování získaných dat	58

7	Analýza dat a jejich interpretace	59
7.1	Struktura souboru respondentů	59
7.2	Reakce sociálních pracovníků v domovech pro seniory na propuknutí pandemie Covid-19	61
7.3	Reakce klientů domovů pro seniory na propuknutí pandemie Covid-19 z pohledu sociálních pracovníků	64
7.4	Vliv restrikcí v souvislosti s pandemií Covid-19 na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků	70
7.5	Aktivizační programy v době pandemie Covid 19 v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků	71
7.7	Kontakty seniorů s rodinami z pohledu sociálních pracovníků	74
7.7	Podpora klientů v době restriktivních opatření ze strany domovů pro seniory	75
8	Shrnutí výsledků výzkumu	77
8.1	Verifikace nebo popření hypotéz	79
8.2	Diskuse výsledků výzkumu	81
III	Závěr a doporučení	83
11	Seznam použité literatury	85
11.1	Ostatní zdroje	89
11.2	Internetové zdroje	90
12	Seznam příloh	92

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Toto téma mi přijde velmi zajímavé, jednak z hlediska osobního, kdy stárnutí se týká každého člověka, tedy i mě, a jednak z hlediska profesního, protože pracuji jako sociální pracovníce v domově pro seniory. Mám tedy možnost každodenního pozorování a sledování toho, jaká je kvalita života seniorů v daném domově, co ji ovlivňuje, jak ji vnímají sami senioři apod.

Dále mě zajímalo, jaký vliv na kvalitu života seniorů měla a stále ještě má pandemie covid-19, která nás všechny zaskočila zcela nepřípravené a která, aspoň podle mého názoru, zanechala největší následky právě na seniorech, kteří jsou považováni za nejrizikovější skupinu.

Současná doba přináší převratné změny ve všech oblastech lidského života. Přináší mimo jiné velké demografické změny, které mění složení lidské populace, prudce se zvyšuje procento obyvatel, kteří dosáhli seniorského věku. Stárnutí obyvatelstva se stává sociálním fenoménem, který ovlivňuje oblast sociální, politickou i ekonomickou.

Na stárnutí je třeba pohlédnout také z individuálního hlediska, dříve či později se dotkne každého člověka, přináší s sebou mnohé změny ať už v oblasti fyzické, nebo psychické, má vliv také na společenské postavení jedince ve společnosti. To vše opět úzce souvisí s kvalitou života jedince v seniorském věku.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, zda se změnila kvalita života seniorů v domovech pro seniory během pandemie covid-19 oproti době před pandemií z pohledu sociálních pracovníků, ve kterých oblastech došlo ke změnám, co se konkrétně změnilo, jaký vliv měly tyto změny na samotné klienty a zda bylo možné v této situaci něco zlepšit.

V rámci výzkumného šetření byli osloveni sociální pracovníci ve vybraných pobytových zařízeních sociální péče, a to formou dotazníkového šetření. I přesto, že se

v současné době pomalu upouští od restrikcí a epidemická situace se zklidňuje, stále trvá velké riziko výskytu nových forem koronavirové infekce.

Práce je rozdělena na několik částí. V teoretické části se zabývám stárnutím a pojetím stáří, dále vymezením pojmu senior, změnami ve stáří a pohledem dnešní společnosti na seniory. V další kapitole se věnuji kvalitě života seniorů, a také se zaměřuji na současný systém péče o seniory. Dále se zabývám rolí a kompetencemi sociálního pracovníka a v poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na pandemii covid-19 a na to, jaký měla vliv a dopad na klienty pobytových sociálních zařízení.

V závěru diplomové práce odpovídám na hlavní výzkumnou otázku: ***Jaké změny vnímají sociální pracovníci v kvalitě života seniorů žijících v domovech pro seniory během pandemie covid -19?***

Aplikačním cílem diplomové práce je na základě výsledků výzkumného šetření zjistit, zda se během pandemie covid-19 změnila kvalita života seniorů v pobytovém zařízení sociální péče. Pokud ano, tak ve kterých oblastech, a zda bylo možné nějakým způsobem tyto seniory ochránit a předejít zbytečným negativním dopadům na kvalitu jejich života.

I. Teoretická část

1 Stárnutí a stáří

V této kapitole bych se chtěla věnovat pojmu stárnutí a stáří. Podívat se na tyto pojmy z více úhlů a očima odborníků, kteří se ve své profesi stáří a stárnutím zabývají. Dále bych chtěla rozebrat stáří a jeho pojetí a také se zaměřit na seniory pohledem dnešní společnosti.

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční síly lidského organismu. Probíhá již od chvíle početí, ovšem za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.¹ Pro pojem stárnutí existuje řada definic, ale žádná z nich není úplně přesná. Velice zjednodušeně bychom mohli říct, že stárnutí je cesta ke stáří.²

Pod pojmem stárnutí nejčastěji rozumíme souhrn změn ve funkcích organismu, které se projevují vyšší zranitelností a nižší výkonností jedince. Stárnutí je tedy součtem změn v průběhu času a dotýká se každého z nás.³ Stárnutí člověka je komplexní a individuální jev, při kterém dochází ke změnám v biologické, psychologické a sociální sféře.⁴ Jde o různé strukturální změny v organismu, které snižují odolnost člověka a postupně oslabují jeho výkonnost ve sféře fyzické i psychické.⁵

Jedná se o specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je geneticky

¹ KALVACH a kol., Geriatrie a gerontologie.

² PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ H., Gerontologie.

³ DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.

⁴ DZIECHCIAŹ, M. FILIP, R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging.

⁵ KURIC, J. Ontogenetická psychologie.

determinovaná a pro každý jednotlivý druh specifická. Stárnutí a stáří stojí tedy na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Každý člověk přitom žije jedinečný a neopakovatelný život. Z toho vyplývá, že každý z nás prožívá a pociťuje svoje stárnutí zcela jedinečným a neopakovatelným způsobem.⁶

Podle profesora Vladimíra Pacovského je: „*stárnutí a stáří specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem a podléhá formativním vlivům prostředí.*“⁷

Stáří (sénium) je stav, který je způsobený vlastním procesem stárnutí. Na tomto procesu se podílí řada faktorů, jako je životní styl, sociálně ekonomická situace, ale také psychické vlivy. Stáří je součástí života každého z nás. Jeho pojetí se ovšem může lišit. Není zcela jasné, co bychom si měli pod pojmem stáří představit, pokud ho chceme hodnotit, musíme tak činit individuálně.

Stáří a stárnutí s sebou přináší mnoho změn. Některé jsou patrné na první pohled, jiné méně a některé vůbec. Tyto změny se dotýkají tří základních oblastí, dějí na třech různých úrovních – tělesné, psychické a sociální. Stárnutí je asynchronní proces a různé funkce a struktury organismu postihuje nerovnoměrně. Podle Mühlpachra je to také kontinuální proces, který je: „*...určen rámcovou genetickou informací, která se však uplatňuje s výraznou interindividuální a intraindividuální variabilitou.*“⁸

⁶ TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J., Geriatrie pro praktického lékaře.

⁷ PACOVSKÝ V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie.

⁸ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika, s. 15

1.1 Stáří a jeho pojetí

Stáří můžeme označit jako pozdní fázi přirozeného průběhu života, která je důsledkem a zároveň projevem geneticky podmíněných involučních procesů podmíněných dalšími faktory, jako jsou choroby, životní prostředí, způsob života.⁹

Mühlpachr¹⁰ rozlišuje stáří na biologické, sociální, kalendářní a psychické:

- a) biologické stáří – je do značné míry ovlivněno mírou involučních změn, což znamená pokles funkční zdatnosti, atrofie, změny adaptačních mechanismů, změny způsobené chorobami typickými pro vyšší věk apod. Biologické stáří není možné přesně určit, proto jej nepoužíváme, vystihuje biologické stárnutí organismu
- b) sociální stáří – prezentuje především sociální změny v životě jedince, jako je odchod do důchodu a s tím související změny životního stylu, změny životních rolí a ekonomického zabezpečení atd.
- c) kalendářní stáří – nebo také chronologické stáří lze jasně vymežit dosažením určitého věku, kdy se začínají zřetelně projevovat involuční změny
- d) psychické stáří – projevuje se celkovým zpomalením v důsledku úbytku mozkové tkáně, delším zpracováním informací a reakční dobou, dostavuje se deprese, demence, poruchy chování a adaptace

⁹ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika.

¹⁰ MÜHLPACHR, P. Schola Gerontologica.

Příhoda¹¹ považuje za stáří období od 60 let a člení jej do tří fází:

- časné stáří (stárnutí, senescence) 60-74 let
- vlastní stáří (kmetství, sénium) 75-89 let
- dlouhověkost (patriarchum) 90 let a výše

Zde je ovšem důležité zmínit, že většina oficiálních dokumentů i statistiky a demografické analýzy hovoří o stáří až od věku 65 let.¹²

U Haškovcové¹³ se setkáme s názorem, že stáří jako tzv. pokročilý věk, trvá od 75 do 89 let. Haškovcová poukazuje na fakt, který je ve společnosti velmi rozšířený a to, že za starého je pokládán ten, kdo má nárok na starobní důchod.

Stáří není samo o sobě nemoc, ale v průběhu stárnutí dochází k nahromadění nepříznivých vlivů, které vedou k nárůstu nemocných seniorů. Každý člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které nějakým způsobem ovlivní jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají i chronický charakter. Nejčastějším znakem nemoci ve stáří je polymorbidita, což znamená, že starý člověk trpí několika nemocemi najednou, a většinou jde o onemocnění chronická.

Staré lidi mimo somatické choroby, trápí také duševní potíže, které nebývají vždy správně diagnostikovány. Často zůstanou neodhaleny, popřípadě jsou považovány za reakci na nějaké somatické onemocnění nebo životní zátěž. Takto jsou hodnoceny např. deprese. Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihují přibližně 20 % starých lidí.¹⁴

¹¹ PŘÍHODA, V. Ontogeneze lidské psychiky.

¹² Český statistický úřad. Seniori v ČR v datech

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří.

¹⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří.

1.2 Senioři z pohledu dnešní společnosti

Současný postoj společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Podle Wolfa je stáří v naší společnosti vnímáno především jako období, kdy lidské tělo chátrá, přichází nemoci, člověk hůře vidí, hůře slyší, dostávají se problémy s pohybem a problémy se soběstačností. Senior se stává závislý na péči druhých a má pocit, že přichází o svou důstojnost. Jeho dosavadní zkušenosti a kompetence ztrácí význam a takový člověk ztrácí přínos pro společnost. Hodnotový systém dnešní společnosti zdůrazňuje především zachování biologicky podmíněných kompetencí mládeže, mladistvého vzhledu, výkonu atd.¹⁵ Wolf dále upozorňuje na individuální variabilitu procesu stárnutí. Ve své knize *Umění žít a stárnout* píše:

„Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadili.“¹⁶

Možná si to mnozí z nás neuvědomují, ale v současné době prožíváme převratné období, kdy procházíme velkými demografickými změnami obyvatelstva. Délka života lidí ve vyspělých zemích se stále prodlužuje. To nás staví do zcela nové situace, která zde zatím nikdy nebyla a která má nezanedbatelný vliv jak na fungování společnosti, tak na fungování ekonomiky a samozřejmě i na život jednotlivců. Stárnutí obyvatelstva s jeho ekonomickými a sociálními dopady, tak lze považovat za jeden z dominantních problémů lidstva.¹⁷

Osoby starší 60 let tvoří již nyní ve vyspělých zemích světa 22% společnosti, v České republice 21 %, a je reálný předpoklad že tato čísla budou dále stoupat. Zdravotní stav osob nad 60 let se dlouhodobě vyznačuje značnou nemocností. Je

¹⁵ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*.

¹⁶ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*, s. 311

¹⁷ ŠTILEC, Miroslav, *Program aktivního stylu života pro seniory*.

doloženo, že relativně malá skupina obyvatelstva spotřebovává až 60% kapacity zdravotní péče a na ni vynaložených nákladů. Z výzkumu také vyplynulo, že lékaři věnují více než 50 % své pracovní doby na řešení problémů těchto pacientů.¹⁸

Během posledních deseti let, od počátku roku 2011 do konce roku 2020, vzrostl počet seniorů starších 65 let o více než půl milionu a podle posledních dostupných údajů (k 31. 12. 2020) tvořili senioři poprvé v historii více než pětinu obyvatelstva ČR (20, 2 %). Na tomto nárůstu se podílejí jednak početně silné generace, narozené po 2. světové válce a také stále se prodlužující délka života tzv. naděje na dožití.¹⁹

Můžeme zde mluvit o ageismu, což je diskriminace určité skupiny lidí v důsledku jejich věku. Kalvach²⁰ to nazývá geriatrickým neboli seniorským ageismem, což je soubor předsudků a stereotypů vyjadřujících přesvědčení o nízké hodnotě seniorů, např. o jejich nadbytečnosti, nepotřebnosti, neproduktivnosti, o ekonomické zátěži pro společnost, o jejich neschopnosti učit se a adaptovat se na nové skutečnosti atd.

Podle Vágnerové takto pojatý ageismus příliš generalizuje, protože považuje za méněcenné všechny staré lidi, bez ohledu na jejich individualitu a různým věkovým kategoriím. Ageismus příliš generalizuje, považuje za méněcenné všechny staré lidi, bez přihlídnutí k jejich individualitě a různým věkovým kategoriím.²¹

¹⁸ KALVACH, Z.: Úvod do gerontologie a geriatric.

¹⁹ Český statistický úřad. Senioři v ČR v datech.

²⁰ KALVACH, Z. Problematika geriatrického ageismu ve zdravotnických službách ČR.

²¹ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.

2 Kvalita života seniorů

Objasnit pojem kvalita života je velmi složité. Každý člověk je jiný, každý z nás má jiné priority, jiné preference, přikládá význam zcela jiným věcem. Je tedy velmi těžké jasně vymezit pojem kvalita života. Jinak bude kvalitu života vidět mladý člověk, který ještě nemá mnoho zkušeností a zcela jinak ji bude vidět starý člověk, který už toho spoustu prožil a upřednostňuje jiné věci a hodnoty. Přesto bych se v následující kapitole pokusila objasnit pojem kvalita života, dále faktory, které ovlivňují kvalitu života a také jaká je kvalita života seniorů v zařízeních sociální péče.

Kvalita života je pojem těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Dotýká se lidské existence, smyslu života a samotného bytí člověka. Zahrnuje sebepochopení, zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro naplněný a šťastný život člověka.²²

Kvalitou života se zabývali již staří filozofové a teologové. Antický pohled viděl kvalitu života především v subjektivním pocitu pohody člověka. Zahrnoval mimo jiné také péči o tělo a duchovní potřeby. Důležitá byla i otázka uspokojení materiálních potřeb, ale i vzdělání, účast na společenském životě, postavení, vliv ve společnosti a sociální vztahy.²³

Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života to: *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“*²⁴

Kvalitou se také rozumí „jakost“, hodnota, to, čím se daný jev, nebo jedinec odlišuje jako celek od jiného celku.²⁵ Spolu s ekonomickým rozvojem a narůstajícími sociálními

²²SVOBODOVÁ I., Kvalita života. In: ŠUBRT, J. Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností. s. 122

²³HROZENSKÁ, M. Sociální práce so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktická východiská.

²⁴DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J., 2009. WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku, s. 9

²⁵ČESKÝ ETYMOLOGICKÝ SLOVNÍK.

problémy v první polovině 20. století se začala zaměřovat pozornost také na kvalitu života. Do popředí se dostávají především ekonomické a sociální otázky jako např. materiální zabezpečení, sociální spravedlnost, právní jistoty, zdravotní péče, či politické svobody.

Z teoretického hlediska zahrnuje kvalita života především fyzické zdraví jedince, psychosociální pohodu, nezávislost, kontrolu nad svým životem, vliv životního prostředí atd. Všechny tyto faktory jsou závislé na vlastním vnímání jedince a jsou zprostředkovány zejména kognitivními činiteli.

Mezi hlavní složky, které ovlivňují kvalitu života v seniorském věku, patří podle Bowlingové²⁶:

- přizpůsobivost
- autonomie
- činnosti
- kognitivní schopnosti
- kontrola nad životem a životní spokojenost
- morálka
- optimalizace a kompenzační strategie
- osobní růst
- zachování nezávislosti
- fungování sociální role
- well – being (spokojený život)

Na kvalitu života můžeme dále nahlížet z hlediska objektivního, nebo subjektivního. Objektivní kvalita života zahrnuje požadavky týkající se materiálních a sociálních nároků života. Subjektivní kvalita života zahrnuje osobní pohodu jednotlivce a jeho spokojenost se životem, představy, očekávání a celkový životní styl.²⁷

²⁶ BOWLING, A. Ageing well. Quality of life in old age.

²⁷ GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.

2.1 Vymezení pojmu kvality života

Podle Křížové²⁸ panuje v odborné veřejnosti shoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři základní oblasti, a to fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy s druhými lidmi. Na kvalitu života jedince bychom měli tedy pohlížet v rámci holistického přístupu k jednotlivci a jeho třídimenzionálního bytí.

Význam hodnot člověka pro hodnocení kvality jeho života zdůrazňuje B. Balogová v knize P. Mühlpachra: *„Pojem kvalita života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí od hledání hodnot v životě člověka.“*²⁹

Munzarová³⁰ konstatuje, že kvalita života má mnoho rozměrů. Ať už je to rozměr materiální, duchovní nebo společenský, vždy jde o velice individuální záležitost. Některý z rozměrů může převažovat, některý může být potlačený, nebo zcela nenaplněný. Najít společný pohled bývá velmi obtížné, protože každý jedinec vnímá kvalitu života jinak. Tento pohled jedince je také významně ovlivněn tím, z jakých ekonomických podmínek vychází, jaká kultura jej ovlivňuje, jaké náboženství na něj působí atd.

Ve své knize o psychosociálních determinantách zdraví předkládá Kobza Calmanovo pojetí kvality života podle něhož: *„individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován.“*³¹

²⁸ KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In: Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.

²⁹ BALOGOVÁ, B. In: MÜHLPACHR, P. Schola gerontologica, s. 166

³⁰ MUNZAROVÁ, M. Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky.

³¹ KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví, s. 59

Mareš³² ve svém přehledovém článku odkazuje na sedm kategorií kvality života podle Cumminse:

- materiální zabezpečení,
- zdraví,
- produktivita a výkonnost,
- velmi dobré a přátelské mezilidské vztahy,
- pocit bezpečí,
- komunita,
- emoční pohoda.

Pokud chceme zkoumat kvalitu života, musíme podle Svobodové (2008) vzít v úvahu proměny v prostoru a času, společenské změny a souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační i generační změny. Pojem kvalita života můžeme obecně také chápat jako důsledek působení mnoha rozmanitých faktorů. Jsou to např. faktory sociální, zdravotní, ekonomické, enviromentální atd. Tyto faktory se navzájem různě prolínají, a proto nemůžeme na kvalitu života nahlížet jako na individuální životní standard, ale musíme zároveň brát v potaz prostředí, ve kterém lidé žijí a také jejich potřeby a požadavky.³³

Kvalitu života seniorů lze dát do jedné roviny se schopností vést nezávislý a soběstačný život. Významný vliv mají také funkční schopnosti a další psychologické a sociální faktory, které napomáhají ke kvalitnímu životu. Pokud správně identifikujeme tyto faktory, můžeme příznivě ovlivnit životní situaci seniorů.³⁴

³² MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním, s. 23

³³ DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života senior v domovech pro seniory.

³⁴ DRAGOMIRECKÁ, E. 2006. Kvalita života ve stáří. In: Vzdělávání pro pracovníky sociální péče.

Různí autoři se rozcházejí v názoru na to, co je vlastně kvalita života, ale v jednom bodě se přece jen shodují, a to v tom, že kvalita života souvisí především s tím, jak je člověk sám spokojen s vlastním životem.

2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života v seniorském věku

Stejně jako nelze konkrétně definovat kvalitu života, je také obtížné určit faktory ovlivňující kvalitu života. Některé faktory mohou ovlivňovat kvalitu života jedince, nebo společnosti přímo, jiné mají vliv nepřímý. Nejčastěji zmiňovanými faktory bývá např. věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, ale především zdraví. Obzvláště u seniorů tento faktor nabývá na významu, protože s přibývajícím věkem se dostavuje také mnoho zdravotních problémů.

U většiny seniorů dochází ke snížení soběstačnosti a ubývání tělesných i duševních schopností. Podle Vohralíkové a Rabušice³⁵ trpí chronickou chorobou až 80 % osob ve věku 60–74 let, nad 70 let je to až 87 %. Dalo by se říci, že náš zdravotní stav přímo ovlivňuje kvalitu našeho života. Samotná přítomnost nemoci není až tolik důležitá, jako stupeň omezení, se kterým se člověk musí potýkat. Dvořáčková³⁶ uvádí s odkazem na Van der Steena jako důležitý faktor kvality života vedle zřejmých a objektivních měřítek, např. schopnosti sebeobsluhy, úrovně mobility nebo schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života, rovněž úroveň subjektivní osobní pohody.

Jedním z problémů, které bychom mohli přiřadit k faktorům ovlivňujícím kvalitu života je osamělost. Tou jsou postiženi především senioři, ale také lidé s hendikepem a další. Je jisté, že samota má mnohem větší dopad na seniory a lidi s různým druhem postižení . Velká část seniorů se cítí osamělá, přichází o své přirozené kontakty, má různé zdravotní, někdy i psychické problémy, přestávají rozumět současnému světu a dostávají se do sociální izolace.

³⁵ VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. Čeští senioři včera, dnes a zítra.

³⁶ DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.

V souvislosti s prodlužující se délkou života je důležité zabývat se faktory ovlivňujícími kvalitu života ve stáří a stárnutí celkově. Pro většinu seniorů je stáří obdobím psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, přesto existují studie, které dosvědčují dobrou kvalitu života seniorů³⁷, a vykazují také vysokou míru životní spokojenosti a emoční pohody.³⁸

Dvořáčková³⁹ odkazuje na předního odborníka na kvalitu života především v lékařském prostředí Musschengu, který považuje kvalitu života za souběh tří pohledů, a to kvality života jako stupně normálního fungování, kvality života jako stupně spokojenosti se životem a kvality života jako úrovně lidského rozvoje.

Kirby, Brooks a Oescher, se zabývají následujícími faktory, které ovlivňují kvalitu života⁴⁰ :

1. objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
2. subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
3. subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi

Ukazatelem v prvním bodě jako je bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod., jsou faktory, které přímo kvalitu života ovlivňují, a to především tehdy, pokud klesnou pod určitou minimální hranici. Pokud jde o druhý bod, je předpoklad, že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, podle kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které jsou pro něj důležité. Třetí bod zahrnuje různé oblasti života, především

³⁷ BROWNE JP, O'BOZLE CA, MCGEE HM, JOYCE CRB, McDONALD NJ, O'MALLEY KO, HILTBRUNNER B. Individual quality of life in the healthy elderly. Quality of Life Research.

³⁸ LAM DH, POWER MJ. Social support in a general practice elderly sample.

³⁹ DVOŘÁČKOVÁ. D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.

⁴⁰ KIRBY, P. C., C. BROOKS a J. OESCHER. Using quality of life studies to improve local mental health service.

fyzickou kondici, schopnost zvládat běžné denní činnosti, vztahy s blízkými lidmi i s širším okolím, trávení volného času atd.

Úplný a přehledný výčet všech faktorů, které mají vliv na kvalitu života, není možný, protože u každého jedince by byl odlišný.

3 Současný systém péče o seniory v pobytových zařízeních

Vidíme, že populace stárne, významným způsobem se mění struktura obyvatelstva a s tím jsou spojené zvýšené nároky na sociální systém. Je zřejmé, že současný systém sociálních služeb není dostatečně připraven na důsledky stárnutí populace. V pobytových službách chybí volná místa pro seniory, kterých každým rokem přibývá. Poskytovatelé jsou ve značné míře závislí na dotacích ze státního rozpočtu, a to brání jejich rozvoji. Dalším problémem je nedostatek kvalifikovaného personálu, především pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. Jedním z důvodů tohoto nedostatku je také nízké ohodnocení za tuto psychicky i fyzicky náročnou práci. Výsledkem je dlouhá čekací doba na umístění v pobytovém zařízení a nedostatek volných míst.⁴¹

Poskytování sociálních služeb musí být prováděno v souladu se standardy kvality. Na dodržování těchto povinností se zaměřuje inspekce kvality. Standardy mají za cíl vytvořit myšlenkový a srovnávací rámec pro poskytování sociálních služeb. Zákon také stanovuje úhrady za některé služby, jiné určuje pro klienty jako bezplatné.

Zákon o sociálních službách⁴² (dále jen ZSS) rozlišuje několik druhů sociálních služeb, mezi které patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a formy sociálních služeb. Tyto služby rozlišujeme na terénní, ambulantní nebo pobytové. Pobytové zařízení pro seniory, jak sám název napovídá, spadá ke službám pobytové formy a zároveň ke službám sociální péče. V ZSS jsou pobytové služby charakterizovány jako služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (§33).

⁴¹ HORECKÝ, J., PRŮŠA, L. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files> [online]. [cit. 2022-3-9].

⁴² ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Mezi pobytové služby řadíme:

- Domovy pro seniory
- což je dlouhodobá sociální služba, kterou je možné využít v případě, že klient už není schopen se sám o sebe postarat ani s pomocí rodiny, nebo s pomocí jiných služeb (např. pečovatelské služby, osobní asistence atd.) a potřebuje pravidelnou a celodenní pomoc jiné osoby.

- Domovy se zvláštním režimem
- poskytují službu lidem, kteří trpí některou z forem demence a v domácím prostředí by nebylo možné zajistit adekvátní péči. Tato služba je přizpůsobena specifickým požadavkům na péči.

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- tento typ služby je určen lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují celodenní péči, kterou není možné zvládnout v domácích podmínkách, ale ještě nedosáhli důchodového věku a nemohou být tedy umístěni v domově pro seniory.

- Chráněné bydlení
- v rámci chráněného bydlení jsou poskytovány služby ubytování, pomoc při zajištění stravy, pomoc při hygieně a chodu domácnosti apod., lidem, kteří nejsou schopni fungovat samostatně a potřebují pomoc, nebo dohled druhé osoby.

Rozdíly mezi jednotlivými službami lze určit především podle služeb určených různým cílovým skupinám. Já se chci ve své práci zaměřit pouze na domovy pro seniory, proto se jim budu v následující kapitole věnovat blíže.

3.1 Pobytová zařízení pro seniory

Pobytová služby pro seniory, jak již napovídá sám název, řadíme ke službám pobytové formy a zároveň ke službám sociální péče. V ZSS jsou pobytové služby charakterizovány jako služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (§33). Služby sociální péče jsou ty, které „*napomáhají zajistit osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (§38).

Z tohoto lze odvodit, že pobytová zařízení pro seniory poskytují sociální službu pro seniory, jejichž životní situace si žádá pomoc spojenou s ubytováním. Tuto sociální službu využívají především senioři, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, ve chvíli, kdy je již nedostačující terénní, nebo ambulantní sociální služba a kdy již nemohou setrvat ve svém přirozeném prostředí.⁴³

V ZSS jsou uvedena zařízení, která poskytují sociální služby. Každé z těchto zařízení poskytuje konkrétní formu sociální služby pro stanovenou sociální skupinu. K těmto službám patří odlehčovací služby (§44), týdenní stacionáře (§47), domovy pro seniory (§49), domovy se zvláštním režimem (§50) a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52). Já se ve své práci budu věnovat pouze domovům pro seniory.

Každé pobytové zařízení pro seniory by mělo mít specifikováno své poslání a vymezenou cílovou skupinu. Dále by mělo mít popsáno, komu není služba určena, cíle služby a principy poskytování sociální služby, kterými by se měli řídit všichni zaměstnanci a které jsou v souladu se standardy kvality v sociálních službách.⁴⁴ Tyto principy jsou založeny především na respektování práv uživatelů, týmové práci,

⁴³ KVĚTENSKÁ, D. Úvod do sociální práce pro pomáhající profese.

⁴⁴ Standardy kvality sociálních služeb.

odbornosti, vstřícné komunikaci, podpoře soběstačnosti uživatelů, etickém přístupu k uživatelům a na zachování důstojnosti klientů.

Pobyťová zařízení pro seniory, nejčastěji domovy pro seniory jsou součástí systému dlouhodobé péče. Domov pro seniory je podle ZSS definován jako pobyťová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (§49) Jejich účelem a cílem je zajistit kvalitu života seniorů, udržet a rozvíjet jejich soběstačnost, podporovat jejich schopnosti, pomáhat jim a chránit je před sociálním vyloučením. Současný přístup upřednostňuje individuální práci s klientem, jeho integraci a zaměření na člověka.⁴⁵ Pomoc poskytovaná v pobyťových zařízeních pro seniory usiluje o to, aby klient byl schopen zabezpečovat své potřeby sám, nebo s určitou mírou dopomoci, pokud toho není schopen. Každopádně by klient měl být motivován k co největší aktivitě a udržení vlastní soběstačnosti.

Je velmi důležité a žádoucí zapojit seniory co nejvíce do běžného života, pomoci jim zachovávat jejich zvyky a zájmy, které vykonávali před nástupem do pobyťového zařízení. Klient by si měl rozhodovat o svých záležitostech sám, pokud je toho schopen, neměl by být omezován, ale naopak, poskytovaná služba by mu měla pomoci udržovat kontakt s přirozeným sociálním prostředím. To zahrnuje také kontakt s rodinou, přáteli i s ostatními lidmi, kteří jsou pro klienta důležití.

Neméně důležitým prvkem je zajistit a dodržovat důstojné zacházení a také vhodné prostředí, tak aby se klienti cítili bezpečně a příjemně. Velice důležité je respektovat práva klienta, mezi které patří:

- právo na svobodu pohybu v rámci zařízení
- právo vlastnit majetek, právo na soukromí

⁴⁵ JANEČKOVÁ, Hana. Domovy pro seniory. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. Encyklopedie sociální práce.

- právo na svobodnou volbu
- právo na rozhodování
- právo na nedotknutelnost osoby atd.⁴⁶

Péče v pobytovém zařízení pro seniory by měla být zaměřena především na kvalitu života a zachování důstojnosti klienta. Velkou roli v tomto ohledu hraje také celoživotní vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, které má za cíl zlepšit poskytovanou péči.

3.2 Systém péče v pobytovém zařízení pro seniory

Pokud je to možné, je žádoucí, aby senior žil co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. Může to být za pomoci terénních, nebo ambulantních služeb, nebo za účasti rodiny. Pakliže to již možné není, nastupuje institucionalizovaná péče, která je ovšem velmi nákladná a nikdy nemůže nahradit přirozené prostředí, na které byl senior zvyklý. Současný systém péče o seniory se řídí především Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je jasně vymezeno, komu je domov pro seniory určen a jaké konkrétní služby má poskytovat.

Podle tohoto zákona díl 2 § 88 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni:

- a) zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby,
- b) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným,

⁴⁶ STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – výkladový sborník pro poskytovatele. 2008. Praha: MPSV.

- c)** vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby,
- d)** zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,
- e)** zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,
- f)** plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů,
- g)** vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písm. b),
- h)** dodržovat standardy kvality sociálních služeb,
- i)** uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby, pokud tomu nebrání důvody uvedené v § 91 odst. 3,
- j)** v případě, že poskytují sociální službu podle § 48, přednostně poskytnout sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření,
- k)** neprodleně písemně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností uvedenému v § 92 písm. a) ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se může bez další pomoci a podpory ocitnout v situaci ohrožující její život a zdraví, pokud tato osoba s takovým oznámením souhlasí.

Domov pro seniory poskytuje dle ZSS několik činností, které jsou zaměřeny na klienty pobytových služeb. Mezi základní poskytované činnosti patří:

- ubytování
- poskytnutí stravy

- pomoc při hygieně nebo podmínkách pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- aktivizační a terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§49)

Všechny tyto činnosti blíže specifikuje Vyhláška 505/2006 Sb.⁴⁷

Pobytová zařízení pro seniory zajišťují:

- Přímoúslužnou péči – tato péče je zajišťována 24 hodin denně odborným personálem a na základě individuálního plánu péče. V rámci této péče je klientům zajištěna podpora a pomoc s ohledem na jejich omezení při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, v rozsahu základních činností, stanovených v § 35, Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- Zdravotní péči – klientům je poskytována ošetrovatelská a rehabilitační péče v souladu s § 36 zákona č. 108/2006 Sb. Odborná lékařská péče je zajišťována smluvně, kdy do zařízení dochází praktický lékař, zpravidla 1x týdně. Dle potřeby do zařízení dochází také odborný lékař – psychiatr, oftalmolog, aj.
- Ošetrovatelskou péči zajišťuje kvalifikovaný personál dle individuálních ošetrovatelských plánů, v tomto případě registrované všeobecné sestry, a to nepřetržitě 24 hodin denně. Tento personál má na starosti především odběr biologického materiálu, podávání léků, péče o rány, aplikace inzulínu, měření tlaku apod.
- Rehabilitační péče – je zaměřena především na zlepšení, nebo udržení soběstačnosti klienta. Rehabilitační péče je prováděna na základě doporučení

⁴⁷ VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

ošetřujícího lékaře. Rehabilitační péči provádí fyzioterapeut s patřičným vzděláním.

- Bazální stimulaci – tento koncept je postupně zaváděn do stále více zařízení, je zaměřen na klienta, na jeho potřeby, snaží se nahlížet na klienta jako na jedinečnou osobnost nezávisle na jeho postižení a na aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu.

Další z poskytovaných služeb v pobytovém zařízení pro seniory je základní sociální poradenství, které je poskytováno podle § 3 vyhlášky 505/2006 Sb. Jedná se o:

- Poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby
- Poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče
- Poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě
- Poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu

3.3 Aktivizační programy v domovech pro seniory

Důležitou součástí péče a podpory seniorů žijících v pobytových zařízeních je nabídka aktivizačních činností, které jsou poskytovány v individuální, nebo skupinové formě, a podle přání a potřeb klienta. Klienti se jich účastní dle svého zájmu a zdravotního stavu. Mezi tyto činnosti patří:

- Kognitivně - motorická terapie
 - pracovní terapie pro udržení nebo obnovení postižené funkce
 - procvičování svalů, hybnosti, pohybů
 - procvičování běžných úkonů (hygiena, stravování)

- Ergoterapie
 - pletení, háčkování, vyšívání
 - nácvik jemné motoriky (puzzle, kreslení, práce s papírem, modelovací hmotou)
 - výroba obrázků, dekorací, dárečků, pečení, vaření

- Reminiscence
 - vzpomínání na důležité události života a příjemné zážitky
 - využívání reminiscenčních podnětů jako např. promítání starých filmů, dobové hudby, fotografie, knihy, historické předměty

- Smyslová aktivizace
 - aktivizace, která je založena na smysluplných činnostech

- Canisterapie
 - práce se zvířaty
 - podpůrná léčba psychiky, pohybového aparátu atd.

- Společenské programy a akce
 - vystoupení herců, zpěváků, souborů, orchestrů, dětí ze základních, mateřských a uměleckých škol
 - oslavy významných událostí, svátků, narozenin

- Muzikoterapie
 - hra na hudební nástroje, zpívání, poslech hudby

- Výlety, procházky, pobyt na zahradě
- Čtení z knih, z denního tisku, povídání
- Mše svaté
- Setkání s dobrovolníky

Podle Kalvacha a Onderkové⁴⁸ jsou prioritou v péči o seniory tyto principy:

- Zabezpečení – zajištění základních biologických potřeb jako jsou přístřeší, ošacení, potrava, zdravotní péče...
- Autonomie – snaha zachovat rozhodovací kompetence a co nejméně narušit soukromí klienta.
- Důstojnost – jedním z nejdůležitějších cílů v péči o seniory by měla být ochrana důstojnosti, což zahrnuje respekt k osobnosti klienta, k jeho vůli, soukromí a autonomii, studu a vyloučení chování, které klient považuje za ponižující, prevenci nevhodného zacházení, zanedbávání či násilí vůči klientům.
- Smysluplnost – pomoc při hledání smyslu života a času, který klientům ještě zbývá, zcivlnění péče, aktivizační programy, prevence komunikační i senzorické deprivace.
- Participace – zapojení klienta do rozhodování, komunikování.
- Respekt – aktivní naslouchání a komunikace, posilování zodpovědnosti klienta.

Všechny tyto principy by měly být důsledně uplatňovány a zohledňovány v každém pobytovém zařízení pro seniory. Současně je velmi důležité personál odborně a trvale vzdělávat

⁴⁸ KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.

4 Sociální pracovník v pobytovém zařízení pro seniory

4.1 Sociální práce

S profesí sociálního pracovníka úzce souvisí pojem sociální práce, proto bych se nejdříve zaměřila na tento pojem a následně na samotnou profesi sociálního pracovníka. Sociální práce je založena na hodnotách, jako jsou lidská práva, sociální spravedlnost, demokracie apod. Sociální pracovníci by proto měli vždy hájit dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, a to podle Všeobecné deklarace lidských práv, Charty lidských práv Spojených národů, Úmluvy o právech dítěte a dalších mezinárodních deklarací a úmluv. Dále by se měli řídit Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

Matoušek definuje sociální práci takto: „*Sociální práce je uměním, které vyžaduje velikou škálu dovedností. Jde především o porozumění pro potřeby druhých a schopnost pomáhat lidem tak, aby se na naši pomoci nestali závislí, aby neztratili schopnost pomáhat si vlastními silami*“.⁴⁹

Sociální práce je profesí a zároveň akademickou disciplínou, jejím cílem je zlepšení kvality života jedinců, sociálních skupin a celé společnosti. Sociální práce usiluje o prosazování sociální spravedlnosti a zlepšení životních podmínek. V užším pojetí je sociální práce především kontaktem sociálního pracovníka a klienta, jehož účelem je zjištění sociálního problému a následné sociální práce s klientem. V širším pojetí zahrnuje sociální práce také různá technická opatření, jako jsou dávky sociální péče, sociální služby a spolupráce s dalšími odborníky, kteří se podílejí na řešení problému klienta.⁵⁰

Kvalita sociální práce je ovlivňována mnoha faktory, ten nejdůležitější faktor tvoří sám sociální pracovník, jeho kompetence, odborné znalosti a dovednosti, osobnostní

⁴⁹ MATOUŠEK, O. Základy sociální práce, s. 192

⁵⁰ KVAPILOVÁ, S. Kapitoly ze sociální pedagogiky.

předpoklady atd.⁵¹ Sociální pracovník by měl být schopen působit jako poradce, terapeut, manažer, koordinátor, a to vše v zájmu klienta.⁵² Měl by umět poskytnout základní informace o sociálních službách, být pomocníkem při řešení nepříznivé sociální situace klienta a poradit klientovi, jak udržet, či zlepšit jeho kvalitu života.

4.2 Role sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka je jistým způsobem předurčena, a to právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Tento institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník vstupuje a zasahuje do života klientů a jeho postupy a právo zasahovat musí být legitimní. Sociální pracovník by měl být především profesionálem, který je schopný reflexe a měl by si vždy umět obhájit svoje jednání.

Banksová⁵³ rozlišuje čtyři typy rolí sociálního pracovníka, které jsou vzájemně propojeny:

- Angažovaný sociální pracovník – tento pracovník vnímá klienta jako sobě rovného, přijímá ho s respektem, projevuje empatii, jsou pro něj důležité morální hodnoty. Problémem může být navázání příliš osobního vztahu, nebo syndrom vyhoření sociálního pracovníka.
- Radikální sociální pracovník – klade důraz především na oblast sociální politiky a politické ideologie.
- Byrokratický sociální pracovník – v tomto případě je cílem sociální práce manipulace s lidmi v zájmu jejich změny. Sociální pracovník vytváří iluzi

⁵¹ SCHAVEL, M. Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce. In Kolektiv autorů. Multidisciplinárny prístupy pomáhajících profesí.

⁵² ŘEZNÍČEK, I. Metody sociální práce.

⁵³ BANKS, S. Ethics and Values in Social Work.

osobní péče o klienta. Na druhé straně zase v určitých případech působí jako přísný "normalizátor" klienta.

- Profesionální sociální pracovník – prvořadým zájmem jsou práva a zájem klienta, sociální pracovník se snaží o individuální vztah s klientem založený na spolupráci a dodržování pravidel etického kodexu.

Sociální pracovník musí ve své praxi obstát v mnoha rolích, které jsou do značné míry určovány náplní práce, cílovou skupinou, konkrétním zařízením atd. Každá z rolí vyžaduje jiné dovednosti a schopnosti a je určena pro jinou skupinu klientů. Každá z rolí je samozřejmě ovlivněna osobnostními předpoklady a vlastnostmi daného sociálního pracovníka.⁵⁴ Velice důležitý je přístup sociálního pracovníka ke klientovi, ten může být vstřícný, empatický, ale také neosobní, autoritativní. Je třeba klientovi naslouchat, klienti většinou očekávají porozumění a vcítění se do klientova problému, ale také diskretnost.⁵⁵

Aby byla role sociálního pracovníka efektivní je podle Mlčocha⁵⁶ potřeba zajistit:

- Kompetence (právním systémem)
- Odbornost (studium, praxe, životní zkušenost)
- Příprava (definice problému, znalost uživatele a okolností, předběžná příprava možných východisek)
- Jednání (znalost umění navázání kontaktu a vedení rozhovoru)
- Zpětná vazba (vyhodnocení vlastní intervence s definováním slabých a silných stránek...)

Van der Laan kriticky podotýká: „*Nic není pro klienta více matoucí a ohrožující než nejasná identita sociálních pracovníků.*“⁵⁷

⁵⁴ LAHNEROVÁ, D. Asertivita pro manažery.

⁵⁵ MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce.

⁵⁶ MLČOCH, J. Role sociálního pracovníka.

⁵⁷ LAAN, G. Otázky legitimace sociální práce, s. 10

4.3 Kompetence sociálního pracovníka

Pokud řekneme o někom, že je kompetentní, máme tím na mysli, že má potřebné schopnosti, dovednosti a znalosti, které využívá k odborné činnosti, kterou vykonává.⁵⁸ Ve vztahu k sociální práci a k profesi sociálního pracovníka ovšem dosud není možné opřít se o profesní zákon, který by jasně prezentoval výkon sociální práce, natož předpoklady pro výkon sociálního pracovníka. Prozatím máme k dispozici pouze zákon o sociálních službách.

Profese sociálního pracovníka vznikla především z důvodu potřeby řešit nepříznivou sociální situací, jak u jednotlivců, tak u skupin, nebo u komunity. Aby mohl toto své poslání naplnit, musí dokonale poznat objekt svého zájmu a také musí disponovat potřebnými nástroji a dovednostmi. Zde je zapotřebí odborná příprava a získání odpovídajícího vzdělání, které je rovněž stanoveno zákonem o sociálních službách. Podle slovníku sociální práce patří mezi kompetence sociálního pracovníka zvládnutí požadavků vzdělávacích a zkušenostních, schopnost realizovat pracovní závazky a dosahovat vytyčených cílů sociální práce.⁵⁹

Havrdová považuje kompetence sociálního pracovníka za: „široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Zahrnuje také kvality jako osobní efektivita, která je na pracovišti potřebná při spolupráci s kolegy, manažery a klienty.“⁶⁰

Kompetence v sociální oblasti jsou určeny především popisem pracovních činností a způsobem pracovního chování, není možné je hodnotit jako pracovní výkon. Náplň práce sociálních pracovníků je natolik komplexní, že je jen těžko měřitelná. Navíc se liší rolemi,

⁵⁸ LINGEA, Slovník českých synonym a antonym.

⁵⁹ MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce.

⁶⁰ HAVRDOVÁ, Z. Kompetence v praxi sociální práce, s. 41

které zaujímají v různých organizacích, kde mají odlišné pracovní role.

Podle Havrdové kompetence v praxi chápeme: „*jako funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“⁶¹

Kompetencemi sociálního pracovníka se ve své knize zabývá Havrdová, která vytvořila následující soustavu profesních i osobnostních kompetencí:

- rozvíjet účinnou komunikaci a orientovat se a plánovat postup
- podporovat a pomáhat k soběstačnosti
- zasahovat a poskytovat služby a přispívat k práci organizace
- odborně růst

Podle Mlčáka⁶² nahlíží profesní kompetence sociálních pracovníků z pohledu vztahu ke klientům (jednotlivec, skupina, komunita), nebo z pohledu ve vztahu k organizaci či k systému sociálních služeb. Jiný pohled na profesní kompetence nabízí zaměření profesních dovedností na:

- diagnostické (rozpoznávací) kompetence
- intervenční (zásahové) kompetence
- administrativní kompetence

Veteška a Tureckiová⁶³ tvrdí, že klíčové kompetence jsou obecné kvalifikace, které nejsou vázány na konkrétní pracovní místo, ale lze je považovat za všeobecné. Mezi klíčové kompetence podle nich spadají dovednosti, schopnosti, postoje, hodnoty,

⁶¹ HAVRDOVÁ, Z. Kompetence v praxi sociální práce, s. 42-43

⁶² MLČÁK, Z. Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty.

⁶³ VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., Kompetence ve vzdělávání.

osobnostní rysy a vlastnosti. Tyto schopnosti lze dále rozvíjet především celoživotním učením, vzděláváním, rekvalifikací apod.

Od sociálního pracovníka se očekává, že v souvislosti s pracovním výkonem své profese, bude ovládat také profesní kompetence. To znamená, že bude plně využívat svých znalostí, dovedností a schopností k poskytování pomoci lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Sociální pracovník by se v rámci svých profesních kompetencí měl orientovat v potřebách a možnostech klienta i jeho okolí, podporovat jeho soběstačnost a nezávislost, měl by být schopen nabídnout klientovi adekvátní sociální služby, které mu pomohou vyřešit jeho tíživou sociální situaci, měl by umět doprovázet klienta.⁶⁴

Mezi další kompetence sociálního pracovníka patří také schopnost týmové práce, manažerské dovednosti, schopnost plánování a vyjednávání, samostatné rozhodování, odolnost k neúspěchu, odmítání stereotypu, zájem o další vzdělávání, schopnost sebereflexe a v neposlední řadě prevence syndromu vyhoření.⁶⁵

Součástí náplně práce sociálního pracovníka je:

- Komunikace se zájemci o službu a poskytování sociálního poradenství
- Přijímání žádostí a poradenství při podání žádostí o sociální službu
- Mapování životní situace klienta, vyhodnocení, zda je klient pro danou sociální službu vhodný
- Uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby
- Individuální plánování poskytované sociální služby
- Průběžné vzdělávání
- Tvorba metodik a pracovních postupů v organizaci

⁶⁴ BAJER, P. Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky.

⁶⁵ GULOVÁ, L. Sociální práce.

Ke specifickým činnostem sociálního pracovníka v pobytové službě pro seniory patří poskytování informací o volných místech a potřebných dokladech, které jsou součástí žádosti o poskytování služeb, evidence došlých žádostí a příprava dokumentů pro rozhodování poskytovatele služeb, přijetí žadatele o službu. Sociální pracovník se účastní procesu rozhodování, které probíhá podle nastavených kritérií. K jeho úkolům patří též vyrozumění žadatelů o výsledku tohoto procesu, příprava písemné smlouvy o poskytování služby, přijetí klienta, podpis smlouvy s klientem před nástupem nebo při nástupu do zařízení, pomoc klientovi při adaptaci a reintegraci v novém prostředí, pravidelné návštěvy klientů a zkoumání možných sociálních a jiných problémů, kontakt s příbuznými klientů a spolupráce s nimi dle potřeby, vyřizování různých požadavků klientů, spolupráce s jinými institucemi, denní spolupráce v multidisciplinárním týmu, kontakt s psychologem (je-li k dispozici), s lékaři a ošetřujícím personálem i vedením domova. Sociální pracovník by měl hrát důležitou roli ve vypracování metodiky individuálního plánování, v jeho důsledném uplatňování a koordinaci včetně určení klíčových pracovníků pro jednotlivé klienty a jejich metodického vedení, poskytování sociální opory klientům a příbuzným, pomoc příbuzným při úmrtí klienta atd.⁶⁶ Velice důležitá je odborná příprava sociálních pracovníků a jejich další vzdělávání. Kompetence v sociální práci zahrnuje zvládnutí vzdělávacích i zkušenostních požadavků a schopnost realizovat pracovní závazky k dosažení stanovených cílů v sociální práci.⁶⁷

Podle ZSS, §115 mohou v pobytových zařízeních pro seniory vykonávat odbornou činnost kromě sociálních pracovníků a pracovníků přímé obslužné péče i další pracovníci, a to především zdravotničtí pracovníci, aktivizační pracovníci, nebo kaplani, poskytující duchovní podporu a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Při poskytování sociálních služeb působí také dobrovolníci, a to za podmínek stanovených zvláštním předpisem.

⁶⁶ MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.

⁶⁷ MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce.

4.4 Přístupy v sociální práci

Sociální práce využívá různé přístupy. My si zde představíme tři nejčastěji používané:

1. Systemický přístup – je především způsob myšlení, základním nástrojem sociálního pracovníka je v tomto případě rozhovor, ale je možné využít i další techniky, které vycházejí ze systemického přístupu. Cílem není klienta zbavit všech problémů, ale naučit klienta hledat způsoby řešení a vlastní cestu z nepříznivé situace.⁶⁸

2. Participativní přístup – tento přístup chápeme obecně jako zapojování, nebo také jako spolupráci odborníka (sociálního pracovníka) a neodborníka (klienta). Oba se tímto stávají nositeli moci.⁶⁹

„V rámci mikroúrovně praxe sociální práce lze participativní přístup uplatnit jako způsob práce, který je založen na spolupráci odborníka (v našem případě sociálního pracovníka) a neodborníka (klienta).“⁷⁰

3. Kritický přístup – nabízí různé způsoby řešení nepříznivé sociální situace klienta, jež vedou ke změně sociálního prostředí klienta a tím ke zlepšení jeho sociální situace a dosažení vytyčených cílů.⁷¹

Hlavním přístupem při práci se seniory je využíván především systematický přístup, ve kterém převládá názor, že problémy jedince vychází především z rodiny, komunity, nebo široké společnosti, nikoliv od jednotlivce. Jedince je nutné chápat v širších souvislostech a v sociálním kontextu. Konkrétně při sociální práci se seniory je tento přístup využíván především při spolupráci s rodinou seniora.

⁶⁸ DVOŘÁČKOVÁ, D. Systemický přístup a jeho uplatnění v sociální práci se skupinou.

⁶⁹ GOJOVÁ, A., GLUMBÍKOVÁ, K. (Bezmocná) sociální práce jako zdroj zplnomocnění?

⁷⁰ BJELONČÍKOVÁ M., GLUMBÍKOVÁ K., GOJOVÁ A. a GOJOVÁ V. 2016. Participativní přístupy v sociální práci, s. 24

⁷¹ JANEBOVÁ, R. „Kritická sociální práce“ jako cesta ke změně sociálních politik.

4.5 Sociální práce v pobytových službách pro seniory

Sociální práce se seniory by se měla soustředit především na zachování kvality života a na problémy spojené se sociálními změnami, které ovlivňují život seniorů. Patří sem odchod do důchodu, ztráta soběstačnosti, nemoc, nástup do pobytového zařízení sociálních služeb, ztráta někoho blízkého atd. Sociální práce se seniory je velmi náročná a klade na sociálního pracovníka opravdu vysoké nároky. Senioři ve velkém míře trpí různými formami demence, které ztěžují komunikaci mezi ním a personálem.⁷²

Často je obtížné domluvit se na správném nastavení služby a co vlastně klient, potažmo jeho rodina od sociální služby očekává. Rodina zde hraje velice důležitou roli, ať už v pozitivním, nebo někdy i v negativním smyslu. Je pak na sociálním pracovníkovi, aby vnesl do tohoto vztahu potřebnou dávku profesionality a empatie, tak aby výsledek byl vždy v zájmu klienta. Pokud senior žádné blízké příbuzné nemá, musí si sociální pracovník získat seniorovu důvěru a snažit se o vytvoření vztahu založeném na vzájemné důvěře a respektu.

První kontakt navazuje sociální pracovník se seniorem již při podání žádosti o poskytnutí pobytové služby. Sociální pracovník potenciálního zájemce buď vyhledá, nebo ho navštíví na základě kontaktu ze strany poskytovatele jiné služby. Někdy za sociálním pracovníkem domova pro seniory přichází sám senior, či jeho příbuzní. Sociální pracovník zjišťuje informace o seniorovi, jaké jsou jeho potřeby a představy o podobě služby, zajímá se o to, co klient očekává a zvažuje, zda je pobytové zařízení schopno naplnit seniorovo očekávání.⁷³ Pokud má senior nebo jeho rodina zájem, umožní jim, aby si domov také osobně prohlédli.

⁷² DOŘIČÁKOVÁ, Š. Sociální práce se seniory.

⁷³ GULOVÁ, L. Sociální práce.

Pokud se senior rozhodne po zvážení všech informací a poznatků nastoupit do pobytového zařízení, sociální pracovník ho společně s ostatními zaměstnanci podpoří v prvním období po jeho příchodu a pomůže mu v jeho adaptaci. Adaptační proces by mělo mít každé zařízení promyšleno a rámcově nastaveno, a to s respektem k individuálním potřebám a specifikům nového klienta. Dále sociální pracovník ve spolupráci se seniorem a klíčovým pracovníkem zjišťuje konkrétní potřeby a přání a na základě těchto zjištění je vypracován individuální plán s jasným a srozumitelným cílem.

Podle Koprívy⁷⁴ by měl sociální pracovník v pomáhající profesi vždy respektovat vnitřní svět klienta a nikomu nevnucovat vlastní úhel pohledu. Cílem práce se seniory by mělo být vytvoření uceleného a moderního systému sociálních služeb, který vytvoří podmínky k tomu, aby se senior nestal pouhým pasivním příjemcem služby, ale aby se naopak aktivně zapojil do co nejvíce činností, které mu služba nabízí. Je potřeba seniora dostatečně a srozumitelně informovat, vytvořit pocit bezpečí, dát mu čas, aby se zorientoval v nové životní situaci. V každém případě by měl být kladen důraz na respektování a zachování lidské důstojnosti. Zákon o sociálních službách hovoří jasně: „*Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“⁷⁵.

Nedílnou součástí sociální práce se starými lidmi by mělo být dodržování etických pravidel a profesní etiky, která upravují chování příslušníků profese, zahrnují jejich práva a povinnosti stejně jako pravidla vztahu ke klientovi a jeho rodině i vztah ke kolegům pracovníka.⁷⁶

Podle Hronové⁷⁷ se výkon práce v pomáhajících profesích dotýká důležitých hodnot člověka, jako je jeho osobnost, zdraví, autonomie nebo svoboda, a z toho důvodu je etický kodex pro tyto profese nezbytný. Velice důležitou roli hraje správná komunikace, která musí být přizpůsobena aktuální situaci a stavu seniora. Senioři většinou potřebují více času

⁷⁴ KOPŘIVA, K., ŠIKLOVÁ, J. Lidský vztah jako součást profese.

⁷⁵ ZÁKON o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

⁷⁶ HARTL, P; HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník.

⁷⁷ MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

na zpracování informací a individuální přístup. Klevetová a Dlabalová⁷⁸ mají za to, že dobrá komunikace spočívá především v ochotě naslouchat, být přítomen, potvrdit slyšené a projevit zájem.

Janečková⁷⁹ vymezila kritické body v péči o seniory takto:

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

Většina klientů pobytových služeb pro seniory trpí poklesem funkčních schopností, výskytem zdravotních problémů, ztrátou soběstačnosti, nebo úbytkem kognitivních schopností. Proto je sociální práce se seniory někdy velmi obtížná a přináší nejrůznější situace, občas i kritické. V nedávné minulosti byla sociální práce v domovech pro seniory vystavena zvláště náročnému období spojenému s příchodem koronavirové pandemie Covid-19. Tomuto tématu se věnuje následující kapitola

⁷⁸ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory.

⁷⁹ JANEČKOVÁ, H., In: MATOUŠEK, O. A kol. Sociální práce v praxi.

5 Pandemie covid-19

Covid – 19 vychází z anglického spojení *coronavirus disease 2019*, což v překladu znamená koronavirové onemocnění 2019. Jde o velice infekční onemocnění, které způsobuje koronavirus SARS-CoV-2. První případ se objevil v čínském Wu-chanu, na konci roku 2019, postupně se virus rozšířil po celé planetě. V lednu 2020 Světová zdravotnická organizace vyhlásila globální stav nouze a v březnu 2020 oznámila, že se již jedná o celosvětovou pandemii.

Příznaky nemoci mohou být různé, u někoho nemoc proběhne zcela bez příznaků, někdo má jen slabé příznaky nemoci a u některých jedinců může mít nemoc velmi vážný průběh. Virus se šíří především vzduchem, pokud jsou lidé blízko u sebe a pokud nakažený člověk dýchá, kašle, mluví. Do těla virus vstupuje ústy, nosem, nebo očima. Další možností je nákaza kontaminovaným povrchem. První příznaky se objevují do čtrnácti dnů po vystavení viru.

Častým projevem nemoci je zvýšená teplota, kašel, únava, bolest hlavy, dýchací potíže, ztráta čichu a chuti apod. U některých jedinců se může vyvinout syndrom akutní dechové tísně, víceorgánové selhání, septický šok, nebo krevní sraženiny, které má za následek dlouhodobé poškození plic a srdce. I po vyléčení akutní fáze onemocnění pociťuje řada lidí zdravotní následky, často i několik měsíců. Projevují se například jako silná únava, zhoršení paměti, dušnost apod.⁸⁰ (<https://cs.wikipedia.org/wiki/Covid-19>)

Šíření viru napomáhá větší množství lidí na malém prostoru, dále uzavřené, malé a špatně větrané prostory. Proto se jako prevence doporučuje společenský odstup, ochrana dýchacích cest, časté větrání vnitřních prostor, mytí a dezinfekce rukou, dezinfekce povrchů, izolace nakažených osob atd. Bylo zavedeno omezení pohybu osob, omezení cestování mezi státy a dočasně i mezi městy jednoho státu. Byly nastaveny přísné

⁸⁰ COVID-19

kontroly na letištích, v obchodech, na pracovištích a v některých případech došlo i k uzavření celých provozů.

V začátcích pandemie nebyl znám žádný lék, který by byl účinný přímo proti viru SARS-CoV-2. Postupně bylo vyvinuto několik testovacích metod k určení diagnózy onemocnění. Mezi nej přesnější metody patří tzv. PCR test, který se provádí výtěrem z nosohltanu a krku. Nevýhodou tohoto testu je delší čas, který je potřeba k vyhodnocení. O něco rychlejší, ale méně spolehlivou metodou je tzv. antigenní test, který je možné provádět doma, a výsledky jsou známy do 30 minut. Stále také probíhá výzkum na vývoji léků, které dokážou zpomalit, nebo zastavit virus, ale prvotní léčba zahrnuje především léčbu příznaků, podpůrnou péči, izolaci nakažených osob a určitá experimentální opatření.

Je známo, že virová onemocnění často mutují, nejinak je tomu i u viru SARS-CoV-2, u kterého se objevilo již několik mutací. V současné době převažuje ve většině zemí varianta delta. V září 2021 tvořila v České republice tato varianta 99 % případů. Od listopadu 2021 se po celém světě začala šířit varianta omikron, která je nakažlivější a v současné době převažuje.

Jako prevence se doporučuje:

- očkování (nechrání před nakažením, ale před vážným průběhem nemoci u očkované osoby)
- minimalizace vzájemných kontaktů a vyhýbání se větším shromážděním lidí
- domácí karanténa po setkání s nakaženým nebo při příznacích onemocnění
- ochrana obličeje rouškou a případně i ochrana očí brýlemi
- důsledná a častá hygiena rukou, dezinfekce rukou po pobytu v místech, jako jsou obchody nebo veřejná doprava
- časté mytí a dezinfekce povrchů, které užívá více členů domácnosti, děti ve škole, spolupracovníci v zaměstnání apod.

- ventilace a filtrace vzduchu ve veřejných prostorech
- pestrá strava a zdravý životní styl, přiměřený pohyb venku⁸¹

Tato pandemie měla, má, a ještě bude mít dalekosáhlé následky, které se dotknou nějakým způsobem každé země na světě a také každého z nás. Negativní dopady této pandemie můžeme pozorovat jak v oblasti kulturní, sociální, ekonomické, ale také je možné pozorovat vážné negativní dopady na životní prostředí.

5.1 Pandemie covid-19 v pobytových zařízeních pro seniory

Pandemie koronaviru nás přepadla naprosto nepřipravené. Nikdo si neuměl ani představit co všechno budeme muset podstoupit, kolik obětí, a to doslova, budeme muset přinést. Museli jsme se naučit přizpůsobit se a vyrovnat s nečekanou a dosud neznámou situací. Koronavirus ohrožoval všechny věkové skupiny, ale jednu přece jen nejvíce, a to seniory. Kvůli vysokému věku, polymorbiditě a chronickým onemocněním se senioři stali nejohroženější skupinou.

První případ onemocnění covid-19 se v sociálních službách objevil v březnu 2020. Ve snaze zabránit šíření nemoci v pobytových zařízeních pro seniory schválila vláda ČR mnoho restrikcí. Jednou z nejzávažnějších bylo uzavření zařízení sociálních služeb. Podle údajů APSS byla celková doba, kdy byla sociální zařízení zcela uzavřena 136 dnů. Tato doba se řadí mezi nejdelsí období na světě.⁸²

V zájmu ochrany této zranitelné skupiny, tedy seniorů, byly přijaty zvláštní úpravy, které byly cílené přímo na ně, pro zajištění jejich ochrany. Tyto úpravy byly samozřejmě přijaty s dobrým úmyslem ochránit ty nejzranitelnější, ovšem s postupem času se ukázalo, že ne všechny tyto úpravy přinášejí seniorům užitek, ba naopak, někdy seniorům spíše škodily.

⁸¹ COVID-19

⁸² HORECKÝ, J., ŠVERHLOVÁ, A. Pandemie covidu-19 a sociální služby 2020-2021.

Patří sem mimo jiné zákaz návštěv v zařízeních pro seniory či zákaz vycházení mimo areál těchto zařízení.

Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb byli v podstatě ze dne na den uvězněni ve svých pokojích, bez možnosti setkat se se svými blízkými, vyjít si ven na procházku, nebo si jen tak popovídat se svými spolubydlícími. Najednou nemohli pokračovat ve svých běžných aktivitách, dostávali se do sociální izolace, která je možná na jedné straně ochránila před onemocněním, ale na druhé straně byla jistě spojena s velkou mírou stresu a pocitem osamocení, což je v konečném důsledku mohlo ohrožovat i na životě.

Dalším aspektem je pohled veřejnosti na seniory v tomto období. Na základě nejrůznějších opatření cílených na seniory, mohl zbytek populace nabýt dojmu, že jsou to právě senioři, kdo nese odpovědnost za plošně přijímaná opatření, kdy byla například stanovena doba, po kterou mohli v obchodech nakupovat pouze senioři, nebo když senioři dostali tzv. „rouškovné“ apod. Takováto opatření mohou vést k mezigeneračnímu napětí a k vytváření negativních předsudků a stereotypů, potažmo ageismu.⁸³

Přísná pravidla a omezení, která museli senioři dodržovat a která na ně dopadala velmi těžce, měly své opodstatnění a byly přijaty především za účelem ochrany seniorů a snížení přenosu nákazy. Všechny tyto změny s sebou ovšem přinesly dlouhodobou izolaci seniorů, odříznutí od rodinných vazeb a kontaktů, omezení sociálních kontaktů atd. Většina seniorů to nesla velmi těžce, u některých došlo ke zhoršení fyzického, ale také psychického stavu.

Přestože se vedení domovů včetně personálu snažili seniorům všemožně ulehčit tuto těžkou situaci, nebylo to vždy jednoduché. Aby měli senioři aspoň nějaký kontakt se svými blízkými, sháněly domovy narychlo tablety a personál se učil za pochodu této nové formě komunikace. Bohužel ne všude byl dostatečně kvalitní signál, ne vždy byl po

⁸³ BÍLKOVÁ, V. Jak chránit seniory v čase koronaviru?

ruce potřebný personál, a ne vždycky byli senioři ochotní komunikovat právě touto formou.

Dalším problémem byl zdravotní stav a různé formy indispozic, které seniorům komunikaci tímto způsobem ztěžovaly. Mnoho seniorů má problémy se sluchem, nebo špatně vidí, což se v tomto typu komunikace jeví jako velký, v některých případech dokonce nepřekonatelný problém. A tak přes veškerou snahu vedení domovů i personálu, často vyšla tato iniciativa nazmar. Navíc obrazovky mobilů a tabletů rozhodně nemohou nahradit osobní kontakt.

Byla zde jedna možnost, jak tuto situaci řešit a kterou ve svých prohlášeních doporučovali také představitelé ústředního krizového štábu, a to domácí péče. Rodina si mohla seniora z pobytového zařízení vzít domů do domácí péče. To bylo ovšem pro mnoho rodin velmi obtížné, byly tady obavy, že se senior doma nakazí a oni by si to pak vyčítali, přestože statisticky byla možnost nákazy v domácí péči mnohem nižší než v zařízeních sociálních služeb, kde se neustále střídají zaměstnanci. Další komplikací byl v mnoha případech zdravotní stav seniorů, kdy si rodina nebyla jistá, že zvládne potřebnou péči a také třeba neměli doma dostatečné vybavení a pomůcky pro péči o seniora.

Velkou roli zde hrála také psychika, kdy senior v domácím prostředí, obklopen rodinou, je na tom mnohem lépe než senior v zařízení sociálních služeb, izolovaný ode všech kontaktů, sám a bez možnosti komunikace s blízkými.⁸⁴

Jednou z mála možností kontaktu se seniory tak rodinám zbyl především mobilní telefon, který dnes už vlastní opravdu téměř každý a také domovy umožňovaly hovory přes služební telefony těm lidem, kteří mobilní telefon nevlástnili. Ale ani to samozřejmě nemohlo nahradit osobní setkání a objetí, které senioři tolik potřebovali a kterého se jim nedostávalo.

⁸⁴ TELEHUZ, V. Péče o seniory v době pandemie: Izolace v sociálním zařízení nebo domácí prostředí?

5.2 Pandemie covid-19 a její dopady na seniory v zařízeních sociální péče

Je otázkou, do jaké míry veškerá přijatá opatření a restrikce, které byly přijaty v zájmu ochrany seniorů a byly ku prospěchu věci. Ochránily opravdu jejich zdraví a životy? Byla nucená izolace prospěšná, a jaký měla vliv na fyzickou a duševní pohodu seniorů? Hlavním důvodem byla snaha snížit možnost přenosu nákazy, ale za jakou cenu?

Senioři byli izolováni ve svých pokojích, nesměli vyjít ani na chodbu, nesměli se účastnit žádných aktivit, nemohli se vzájemně navštěvovat, nemohli se vidět se svými blízkými. Pokud k nim vešel personál, byl oblečen v ochranných oblecích, na obličeji měly pečovatelky a sestry roušku, brýle, čepici, někdy i obličejový štít, dále rukavice, návleky, pláště a takto vstupovali k lidem, kteří ve velké většině mají problémy se sluchem, mají zhoršený zrak a rozpoznávací schopnosti.

Ještě větší problémy nastaly u lidí, kteří trpí nějakou formou demence. Byli vystrašení, nechápali, co se děje, nepoznávali svoje pečovatelky, na které byli zvyklí, nerozuměli jim, protože přes roušku nebylo rozumět a jejich psychický stav se v mnoha případech zhoršil. Odmítali spolupracovat, byli vyděšení a pro všechny to bylo velmi náročné období.

To, že izolace má negativní vliv na lidský organismus potvrdila i jedna britská studie z roku 2019, kde je uvedeno, že *„izolace negativně ovlivňuje řadu chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění či diabetes typu II, přispívá k poruchám duševního zdraví (úzkost a deprese), kognitivním poruchám nebo demenci a snižuje rovněž schopnost zotavení po akutních zákrocích.“*⁸⁵

⁸⁵ TELEHUZ, V. Péče o seniory v době pandemie: Izolace v sociálním zařízení nebo domácí prostředí?

Je také prokázáno, že senioři, kteří žijí v pobytových zařízeních pro seniory, mají větší sklon k depresím, trápí je pocity osamění a smutku. Podle studie je to až 52 %. Naproti tomu senioři, kteří žijí s rodinou, nebo v komunitě se s těmito problémy potýkají pouze v 10-15 %.⁸⁶

Statistika také jasně ukázala, že senioři byli nejčastější skupinou, která skončila v nemocnici díky covidu-19. Stejně tak měli senioři převahu na jednotkách intenzivní péče. Jako hlavní se jeví horší imunita seniorů a to, že jsou celkově zranitelnější, což má za následek těžší průběh nemoci a častěji končí úmrtím. Podle statistických dat mělo na následky koronaviru zemřít nejvíce lidí od druhé světové války a byli to převážně senioři. Ti tvoří více než 90 procent všech covidových úmrtí.⁸⁷

V důsledku snahy o ochranu seniorů jsme nenápadně přešli k ochranitelství, které ovšem nabylo velice extrémní podoby, a to až do té míry, že jsme seniory připravili o možnost volby. To má samozřejmě své dopady, včetně dopadů na fyzickou i psychickou stránku života. Jakou kvalitu může mít život, když se nemůžu svobodně rozhodnout, jestli půjdu na nějakou společenskou aktivitu, nebo jestli půjdu na procházku, nebo jestli se uvidím se svou rodinou? Vzali jsme seniorům možnost svobodně se rozhodnout a svobodně konat.⁸⁸

Jak správně poznamenala socioložka Lucie Vidovičová z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí: „*Potřebujeme kontrolu nad životem, a když ji ztrácíme, ztrácí smysl i život.*“⁸⁹

Stejně tak i mnoho seniorů ztratilo smysl života, protože zůstali opuštěni, uzavřeni, izolováni. Domovy pro seniory, často nebyly dostatečně připraveni na takovou situaci, nikdy dříve se s něčím podobným nesetkali a teprve se učily, jak v nové postupovat a reagovat.

⁸⁶ TELEHUZ, V. Péče o seniory v době pandemie: Izolace v sociálním zařízení nebo domácí prostředí?

⁸⁷ JUNA, P. Černý rok pro seniory: Ublížit mohlo i chránění proti covidu.

⁸⁸ JUNA, P. Černý rok pro seniory: Ublížit mohlo i chránění proti covidu.

⁸⁹ VIDOVIČOVÁ, L. Sociální dopady koronavirové pandemie pro seniory.

Celá situace byla umocněna tím, že většina obyvatel domovů pro seniory je již opravdu v pokročilém věku, jsou zranitelní a potřebují často pomoc při běžných denních činnostech. Jsou v podstatě odkázáni na pomoc druhých.

Domovy se potýkaly s velkým vytížením personálu, který byl navíc také vystaven nákaze, a spousta z nich onemocněla. Bohužel nebylo možné sehnat tak rychle náhradu za chybějící personál a mnoho domovů pro seniory se dostalo na kritickou hranici, kdy hrozilo, že o seniory nebude mít kdo pečovat. Hrozil kolaps celého sociálního systému. Nakonec musela zasáhnout vláda, která povolala na pomoc Armádu České republiky a také příslušníky Hasičského záchranného sboru, kteří nastoupili do nejvíce postižených domovů a pomáhali s podáváním stravy, s úklidem, s hygienou atd.

Je zřejmé, že v takové situaci mohlo dojít a také docházelo ke snížení kvality péče, což mělo za následek zvýšený počet nakažených seniorů. Vedle fyzických příznaků nemoci se často objevovaly také psychické problémy a deprese. Senioři byli odděleni od svých blízkých, ocitli se na sklonku svého života bez jakékoliv podpory a bez lidského doteku či objetí, bez možnosti rozloučení, to bylo velmi frustrující jak pro samotné seniory, tak pro jejich rodiny, ale také pro ošetřující personál.⁹⁰

Domovy pro seniory byly uzavřeny nařízením vlády ČR na, do té doby nevídaně dlouhou dobu. Mnoho seniorů strádalo, mnoho jich zemřelo, ať už přímo v důsledku nemoci covid-19, nebo na komplikace s nemocí spojené. Myslím, že mnoho jich také zemřelo steskem, protože to, na čem jim nejvíce záleželo a co pro ně bylo nejdůležitější, tedy kontakt s blízkými osobami, lidský dotek a objetí, jim bylo odepřeno. Jak tuto situaci, na kvalitu života seniorů v pobytových službách v době pandemie Covid-19 nahlíželi sociální pracovníci domovů pro seniory, zjišťoval náš výzkum.

⁹⁰ LÉKAŘI BEZ HRANIC, COVID-19 v pečovatelských domovech pro seniory: mnoho lidí umírá v osamocení.

II Empirická část

6 Kvantitativní výzkum

6.1 Téma výzkumu

V předcházejících kapitolách byla zmapována teoretická východiska, která vycházela z odborné literatury a dalších zdrojů a byla zaměřena na témata související s cílem mé práce. Tato teoretická východiska jsou podkladem pro navazující výzkumnou část.

Výzkumná část je zaměřena na zjišťování kvality života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory v době pandemie covid-19 z pohledu sociálních pracovníků. Zajímalo nás, jestli se během této doby změnila kvalita života seniorů, jak a v jakých oblastech. Výzkumné šetření je zaměřeno výhradně na seniory pobývajících v zařízeních sociální péče. Je známo, že již před vypuknutím pandemie se poskytovatelé péče potýkali s nedostatkem financí, kvalifikovaného personálu či s nejasnou legislativou. Tyto faktory přispěly k celkové nepřipravenosti domovů pro seniory na krizovou situaci způsobenou pandemií covid-19 a v důsledku i k dopadům na kvalitu života seniorů v těchto zařízeních.

6.2 Cíl výzkumu, dílčí výzkumné otázky a hypotézy

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jaký vliv měla pandemie covid-19 na kvalitu života seniorů ve vybraných zařízeních sociální péče, a to z pohledu sociálních pracovníků. Také mě zajímalo, které oblasti života seniorů v pobytových zařízeních pandemie ovlivnila nejvíce.

Na základě výše stanoveného výzkumného cíle byly stanoveny následující hypotézy, na které budeme hledat odpověď prostřednictvím kvantitativního výzkumu.

Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že sociální pracovníky pracující v pobytových zařízeních pro seniory pandemie covid-19 zaskočila, nebo v nich vyvolala obavy.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že restriktce přijaté v souvislosti s pandemií covid-19 měly negativní vliv na kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že během pandemie covid-19 došlo k výraznému omezení, nebo úplnému zrušení aktivizačních činností v pobytových zařízeních pro seniory.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že senioři v pobytových zařízeních pro seniory měli během pandemie covid-19 velmi omezený, nebo žádný kontakt se svými blízkými.

6.3 Metodologie výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila metodu kvantitativní metodologie. Kvantitativní výzkum lze provádět na velkých skupinách respondentů, je rychlý a jeho výsledky lze zobecnit. Na rozdíl od kvalitativního výzkumu pracujeme s konkrétními daty, která nemohou být ovlivněna výzkumníkem. Díky tomu se ovšem může stát, že jsou získané informace příliš obecné nebo neodpovídají našim potřebám.⁹¹

Podle Reichela kvantitativní výzkum „*předpokládá, že fenomény sociálního světa (různé jeho aspekty, objekty, procesy ad.), které činí předmětem zkoumání, jsou svým způsobem měřitelné, či minimálně nějak tříditelné, uspořadatelné. Informace o nich, získáváme v jisté kvantifikovatelné a co nejvíce formálně porovnatelné podobě. Pak je analyzujeme statistickými metodami se záměrem ověřit platnost představ o výskytu nějakých charakteristik zkoumaných fenoménů, případně o vzájemných vztazích těchto charakteristik, také o jejich vztazích k dalším objektům a jejich vlastnostem apod.*“⁹²

Pro sběr dat byl vytvořen jednoduchý dotazník, určený sociálním pracovníkům v pobytových službách pro seniory.

Gavora⁹³ uvádí, že „*dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících.*“ Proto je dotazníkové šetření považováno za velice efektivní výzkumný nástroj. Pro Dismana je dotazník: „*způsob psaného řízeného rozhovoru. Na dotazy, které jsou na rozdíl od rozhovoru psané, se vyžadují písemné odpovědi. Dotazník je méně časově náročný než rozhovor. Dotazník umožňuje zkoumat i velký počet osob současně, takže v krátké době je možno získat velké množství výpovědí. Odpovědi však bývají často subjektivně zkreslené (i nevědomě).*“⁹⁴

⁹¹ WEISS, Klára, Kvalitativní vs. kvantitativní metody výzkumu v úvodní části designového procesu

⁹² REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů, s. 40

⁹³ GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu, s. 121

⁹⁴ DISMAN, P. Jak se vyrábí sociologická znalost, s. 139

Oslovila jsem záměrně přímo sociální pracovníky v domovech pro seniory, protože z vlastní zkušenosti vím, že většinou velmi dobře znají své klienty. Pracují s nimi od podání žádost k přijetí do domova, přes prvotní šetření, v jejich přirozeném prostředí a jednání o přijetí až po nástup do zařízení a doprovázení v adaptačním období. Klienti se jim často svěřují, nebo je žádají o radu, či o pomoc v různých záležitostech. Můžeme tedy předpokládat, že odpovědi sociálních pracovníků na položené otázky budou dostatečně vypovídající.

Důvodem toho, že jsem neoslovila obyvatele domovů seniorů bylo to, že velká většina z nich trpí různými formami demence, nebo mají jiné zdravotní problémy např. nedoslýchavost, nepohyblivost, nesoběstačnost apod. Získat data přímo od seniorů by znamenalo volbu odlišné metodologie, např. rozhovor tváří v tvář (face to face), skupinový rozhovor nebo pozorování, což se jevilo pro účely této práce jako příliš obtížné a nereálné.

6.4 Soubor respondentů

Výběrový soubor tvořili sociální pracovníci z různých domovů pro seniory, které jsem vybírala cíleně tak, aby byli z různých částí České republiky, z menších i větších měst, aby byly zastoupeny domovy, které měly méně než 50 uživatelů i velké domovy s více než 100 klienty. Záměrně jsem zvolila tento postup, aby výběrový soubor zahrnoval různé typy domovů a aby nedocházelo ke zkreslení výsledků výzkumu.

Oslovovala jsem pouze sociální pracovníky ve vybraných domovech pro seniory, a to přes emailové adresy uvedené na webových stránkách jednotlivých domovů. Jednotlivým sociálním pracovníkům jsem zaslala email s podrobným vysvětlením a žádostí o vyplnění dotazníku. Takto jsem oslovila celkem dvě stě sociálních pracovníků. Vrátilo se pouze šedesát čtyři odpovědí, z čehož dvě odpovědi byly neplatné. Návratnost tedy byla 32 %. Je zřejmé, že pro reliabilitu celého výzkumu by bylo mnohem lepší, pokud by se odpovědí sešlo více, i tak je však možné, získaná data vyhodnotit a interpretovat vypovídajícím způsobem.

6.5 Průběh šetření a zpracování získaných dat

Realizace výzkumného šetření proběhla formou dotazníkového šetření, k jehož vytvoření byla použita internetová stránka www.survio.com. Standardizovaný dotazník byl rozeslán záměrně vybraným sociálním pracovníkům z domovů pro seniory v různých městech České republiky. Domovy jsem vybírala záměrně, tak aby byla pokryta celá Česká republika a výběrový soubor byl co možná nejvíce reprezentativní z hlediska velikosti města i velikosti zařízení co do počtu obyvatel. V emailu byly uvedeny stručné informace o účelu a využití získaných dat, dále odkaz na samotný dotazník a prosba o vyplnění dotazníku. V závěru jsem respondentům nabídla možnost zaslání výsledků dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje celkem sedmnáct otázek, z toho pět otázek je otevřených. Ostatní otázky jsou uzavřené a nabízí pouze jednu možnost odpovědi. (Viz Příloha č. 1)

Sběr dat probíhal v době od února 2022 do konce března 2022 na základě jediného oslovení vybraných sociálních pracovníků. Bylo to období vyvrcholení a postupného ústupu zatím poslední vlny epidemie Covid-19, což mohlo do určité míry ovlivnit výsledky šetření. Získaná data byla shromážděna a základní statistické vyhodnocení a grafické zpracování proběhlo v programu www.survio.com. Dále jsem prováděla vlastní výpočty, vytvářela kategorie a vkládala četnosti odpovědí do přehledných tabulek tak, abych získala co největší výpovědní hodnotu získaných dat.

7 Analýza dat a jejich interpretace

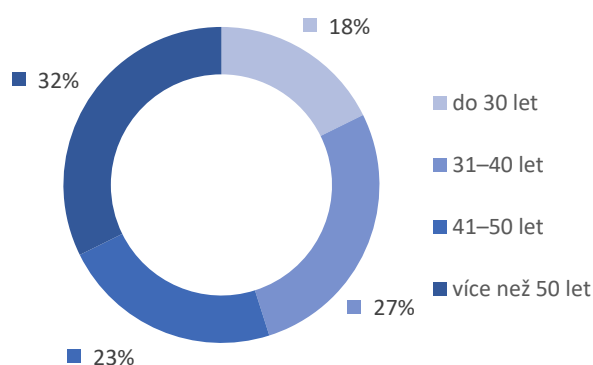
V této kapitole se věnuji analýze a interpretaci získaných výsledků výzkumu. Cílem výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *Změnila se kvalita života seniorů v domovech pro seniory během pandemie covid-19 z pohledu sociálních pracovníků?*

Pomocí analýzy získaných dat se pokusím se zjistit, zda se na základě výsledků dotazníkového šetření potvrdily stanovené hypotézy.

7.1 Struktura souboru respondentů

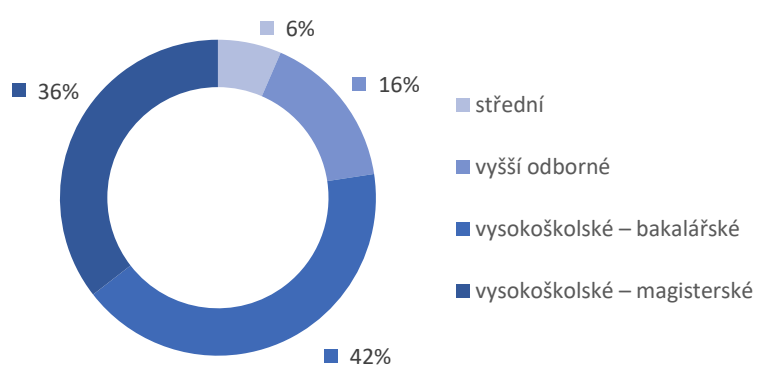
Z celkového počtu 62 respondentů, kteří plnohodnotně vyplnili zasláný dotazník, odpovědělo 60 žen, tedy necelých 97 %. Věkovou strukturu znázorňuje graf č. 1. Převažovala věková kategorie nad 50 let, ve které bylo 20 respondentů (32 %), následovaná věkovou kategorií 31-40 let, kde odpovědělo 17 respondentů (27 %). Další věkovou skupinu tvořili respondenti ve věku 41-50 let, kterých bylo 14 (23 %) a v poslední věkové skupině bylo 11 respondentů (18 %).

Graf 1: Věk respondentů (N=62)



Pokud jde o vzdělání dosáhlo bakalářského titulu 26 respondentů (42 %), magisterské studium absolvovalo 22 respondentů (36 %) a vyšší odborné vzdělání získalo pouze 10 respondentů, tedy (16 %). Jen 4 respondenti měli pouze středoškolské vzdělání. Převážná většina sociálních pracovníků v domovech pro seniory má tedy vysokoškolské vzdělání (viz Graf č.2).

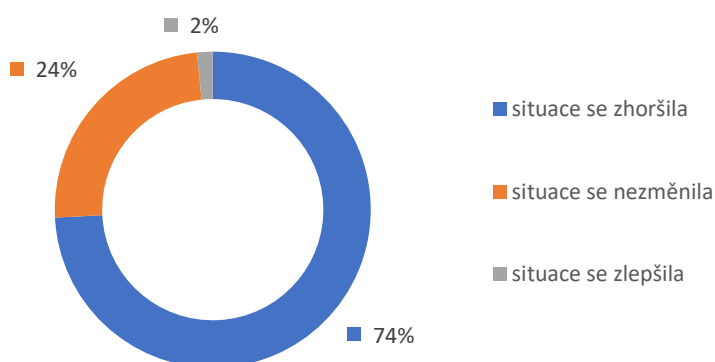
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (N=62)



7.2 Reakce sociálních pracovníků v domovech pro seniory na propuknutí pandemie Covid-19

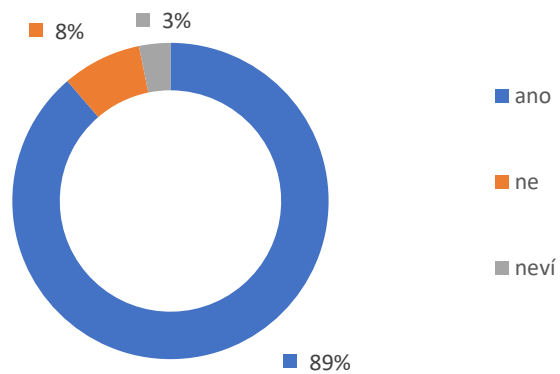
Otázka č.4 měla za cíl zjistit, zda sociální pracovníci pocítli nějaké změny na svém pracovišti v důsledku protiepidemiologických opatření. Jestli se podle jejich názoru situace zhoršila, zůstala stejná, nebo se zlepšila. Většina (74 %) respondentů odpovědělo, že se situace podle nich zhoršila, 24 % odpovědělo, že situace zůstala stejná jako před pandemií a 2 % odpověděli, že se situace dokonce zlepšila. (viz graf č.3)

Graf 3: Vnímaná změna situace během pandemie COVID 19 (N=62)



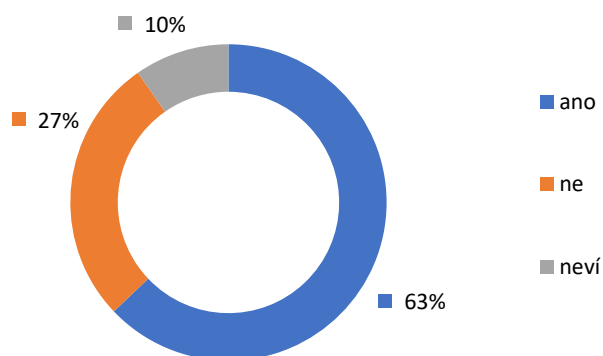
Odpovědi na další otázku ukázaly, že pandemií Covid-19 bylo zaskočeno celých 89 % respondentů. Pouze 8 % respondentů zaskočeno nebylo, 3 % nedokázalo na tuto otázku odpovědět. Bylo to přece jen něco nového, co se u nás do té doby nevyskytovalo a s čím neměl nikdo zkušenosti. (viz graf č. 4)

Graf 4: Zaskočila Vás pandemie COVID 19? (N=62)



Zjišťovala jsem také, jestli se sami sociální pracovníci cítili během pandemie ohroženi. Zajímalo mě, jestli měli oni sami obavy, protože situace byla velmi složitá pro všechny, jak pro uživatele služeb domova, tak pro personál. A je jisté, že psychické rozpoložení sociálních pracovníků se samozřejmě odrazilo i na jejich pracovním výkonu. 63 % respondentů odpovědělo, že se cítili ohroženi, 27 % sdělilo, že se ohroženi necítili a 10 % respondentů napsalo, že neví. (viz graf č. 5)

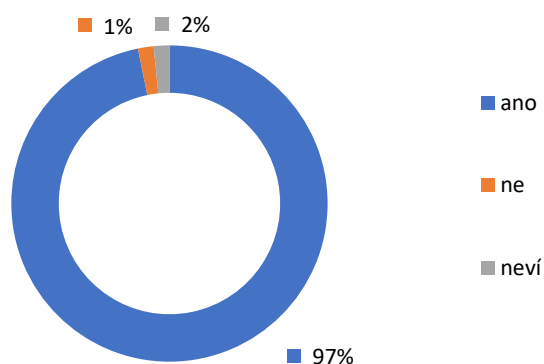
Graf 5: Pocit ohrožení pandemií COVID 19 u sociálních pracovníků (N=62)



7.3 Reakce klientů domovů pro seniory na propuknutí pandemie Covid-19 z pohledu sociálních pracovníků

Pomocí otázky č. 7 (Pozorovali jste nějaké změny v chování nebo náladě klientů?) jsem zjišťovala, zda sociální pracovníci pozorovali nějaké změny v chování, nebo náladě klientů během pandemie covid-19? Nejčastější odpovědí bylo v tomto případě ano, vyslovilo se tak 97 % respondentů, pouze 2 % odpověděli neví a 1 % odpovědělo, že nezaznamenalo žádné změny v chování a náladě klientů. (viz graf č. 6)

Graf 6: Zaznamenání změny v chování nebo náladě klientů během pandemie COVID 19



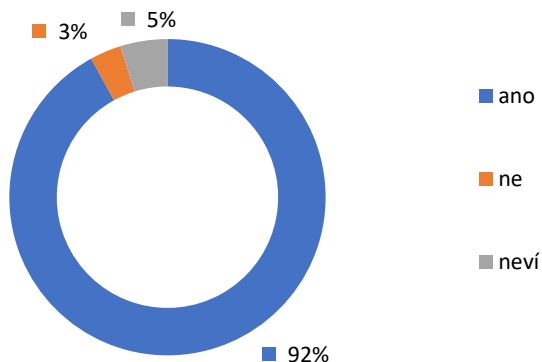
Dále jsem zkoumala, o jaké konkrétní změny chování nebo náladě klientů se jednalo, a to pomocí otevřené otázky č. 8. Na tuto otázku odpovědělo pouze 55 respondentů z těch, kteří uvedli kladnou odpověď na předchozí otázku. Jednotlivé odpovědi jsem uspořádala do kategorií. Četnost odpovědí v jednotlivých kategoriích uvádí tabulka č. 1. Nejčastější odpovědí byl strach, úzkost a obava, které uvedlo celkem 58 % respondentů, následovaly pocity stesku, samoty, postrádání kontaktu s rodinou u 47 % respondentů. Dále byla sedmi respondenty (tj. 13 %) zaznamenána špatná nálada, agresivita, ztráta zájmu o aktivity a podrážděnost z restrikcí. V 11 % pozorovali sociální pracovníci zmatenost, nesrozumitelnost situace, nevědomost u klientů uzavřených v domově. Objevuje se také pocit nejistoty, únava, stres, zhoršení psychického stavu. Ale vyskytlo se i opačné hodnocení pozorovaných změn. Např. 2 % respondentů zastává názor, že většina klientů byla trpělivá, dokázali se semknout nebo reagovali zcela individuálně. Všechny odpovědi jsou zaznamenány níže v tabulce. Z výsledků je patrné, že dle názoru sociálních pracovníků senioři většinou těžce prožívali období pandemie spojené s přísnými restrikcemi přijatými na jejich „ochranu“.

Tabulka 1: Konkrétní pozorované změny v chování nebo náladě klientů během pandemie COVID 19 z pohledu sociálních pracovníků domovů pro seniory (N=55)

Kategorie odpovědí	absolutní četnost odpovědí	procento odpovědí z celkového počtu respondentů (N=55)
strach, úzkost, obava o sebe / o blízké	32	58 %
chybějící kontakt s rodinou, pocit samoty, stesk	26	47 %
deprese, smutek, apatie	17	31 %
ztráta zájmu o aktivity / omezení aktivit	7	13 %
změna nálad / špatná nálada	7	13 %
agresivita/ podrážděnost z restrikcí	7	13 %
zmatenost, nesrozumitelnost situace, nevědomost, co se děje	6	11 %
pocity nejistoty	3	5 %
únava / stres	3	5 %
zhoršení psychického stavu (blíže nespecifikováno)	2	4 %
respirátory velmi ztěžovaly klientům komunikaci	1	2 %
někteří se semkli a scházeli se více mezi sebou	1	2 %
u každého klienta individuálně	1	2 %
většina klientů byla trpělivá	1	2 %

Další otázka byla zaměřena na to, zda si sociální pracovníci všimli během pandemie nějakých změn u seniorů, pokud jde o jejich zdravotní či psychický stav. Nejvíce respondentů (92 %), odpovědělo, že pozorovali změny v psychickém i zdravotním stavu klientů domovů pro seniory. 5 % respondentů odpovědělo, že neví a 3 % odpověděli, že nepozorovali žádné změny zdravotního nebo psychického stavu svých klientů. (viz graf č. 7)

Graf 7: Pozorované změny psychického nebo zdravotního stavu klientů během pandemie COVID 19 z pohledu sociálních pracovníků domovů pro seniory (N=62)



V níže uvedené tabulce č. 2 je popsáno, jaké změny psychického a zdravotního stavu pozorovali sociální pracovníci u svých klientů během pandemie (kategorie odpovědí na otázku č.10). Nejčastějšími výrazy, kterými sociální pracovníci popisovali vnímané změny, byly strach, obavy, nejistota, smutek (42 %), celkové zhoršení zdravotního stavu (28 %), smutek, deprese, apatie, pesimismus (26 %), celkové zhoršení psychického stavu (19 %), stesk (19 %), nervozita, podrážděnost nebo neklid (17 %), dále stres, pasivita, ale také neklid, nejistota atd. Jak odpověděl jeden z respondentů, šlo o celkové zhoršení stavu klientů v oblasti bio – psycho – socio – spirituální. Tato situace tedy zasáhla všechny oblasti života seniorů, a to velmi negativně.

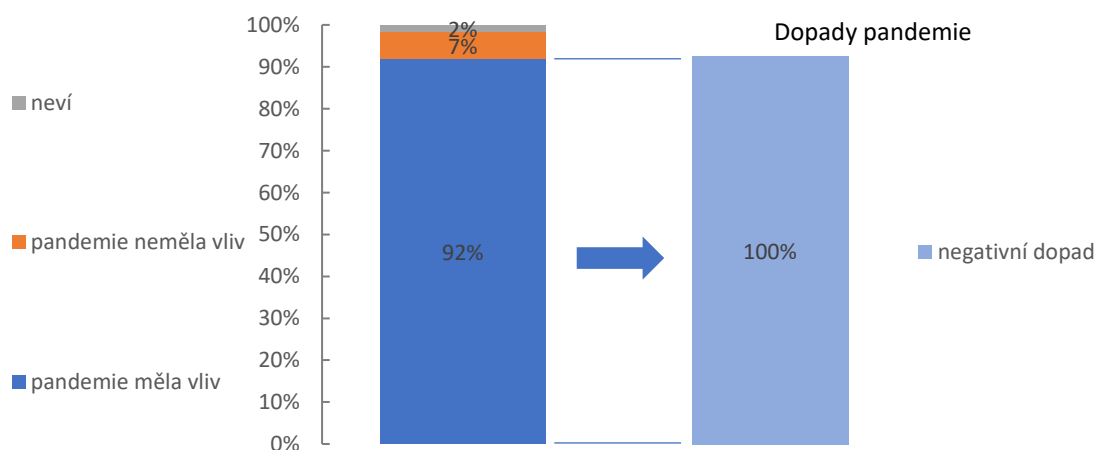
Tabulka 2: Konkrétní pozorované změny psychického nebo zdravotního stavu klientů během pandemie COVID 19 z pohledu sociálních pracovníků domovů pro seniory (N=53)

Kategorie	absolutní četnost odpovědí	procento odpovědí z celkového počtu respondentů (N=53)
strach, obavy, nejistota, úzkost	22	42 %
celkové zhoršení zdravotního stavu	15	28 %
deprese, smutek, apatie, pesimismus	14	26 %
celkové zhoršení psychického stavu	10	19 %
stesk po rodinách	10	19 %
nervozita, podrážděnost, neklid	9	17 %
samota, uzavření se do sebe	5	9 %
stres	4	8 %
zhoršení mobility, samostatnosti	4	8 %
pasivita	4	8 %
zmatenost	2	4 %
nechutenství	2	4 %

7.4. Vliv restrikcí v souvislosti s pandemií Covid-19 na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků

Otázky č. 11 a č. 12 byly zaměřeny na dopady restrikcí přijatých v souvislosti s pandemií Covid-19 na kvalitu života seniorů v domovech, jak ji vnímali sociální pracovníci. Jednalo se především o omezení pohybu, zákaz návštěv a nošení roušek. Na tuto otázku odpovědělo 57 ze 62 respondentů. Nejvíce odpovědí, 92 % bylo kladných, 7 % respondentů odpovědělo, že restrikce neměly žádný vliv a 2 % respondentů uvedlo, že neví. Restrikce zvedené v souvislosti s pandemií, měly z pohledu sociálních pracovníků jednoznačně negativní dopad na kvalitu života seniorů v zařízení pobytových služeb. (viz graf č. 8)

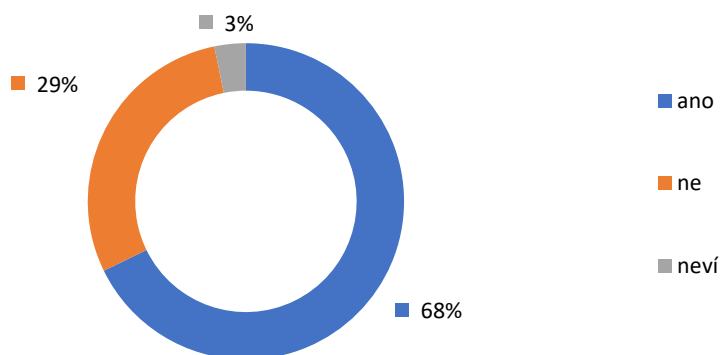
Graf 8: Vliv pandemie COVID 19 a restrikcí přijatých v souvislosti s pandemií na kvalitu života seniorů v zařízení pobytových služeb sociální péče a dopad pandemie COVID 19 na kvalitu života seniorů



7.5. Aktivizační programy v době pandemie Covid 19 v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků

Cílem výzkumu bylo také zjistit, zda v jednotlivých zařízeních probíhaly během pandemie nějaké aktivizační programy, které by mohly mít pozitivní vliv na kvalitu života seniorů v době uzávěr a restrikcí souvisejících s pandemií Covid – 19. Podle 42 (tj. 68 %) respondentů aktivizace v jejich zařízení probíhaly, 18 respondentů (29 %) uvedlo, že nikoli a 2 respondenti (3 %) odpověděli, že nevědí (viz graf č.9)

Graf 9: Realizace aktivizačních programů v domovech pro seniory během pandemie COVID 19 z pohledu sociálních pracovníků (N=62)



V navazující otevřené otázce jsem požádala respondenty, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku, aby se pokusili vyjmenovat, jaké konkrétní aktivity u nich v domově probíhaly během pandemie. Sociální pracovníci uváděli, že pokud bylo v jejich zařízení více nakažených, byly aktivity zcela přerušeny nebo probíhaly s omezeným počtem klientů. Jinak se aktivity zúžily na individuální aktivizaci, kterou zmínilo více než tři čtvrtiny respondentů (76 %), což ovšem v případě nedostatku personálu mohl být docela problém. Sociální pracovníci dále konstatovali, že pokud byla vládní opatření mírnější, snažili se ve svých zařízeních pořádat i společné aktivity, vždy za podmínek stanovených vládním nařízením, tzn. použití respirátorů, dezinfekce atd., což může být samo o sobě překážkou pro mnoho klientů domova. Pouze ve 4 % byly zachovány všechny aktivizační činnosti po celou dobu probíhající pandemie (viz tabulka č. 3).

Tabulka 3: Spontánně uvedené aktivizační program realizované v pobytovém zařízení sociálních služeb během pandemie COVID 19 (N=45)

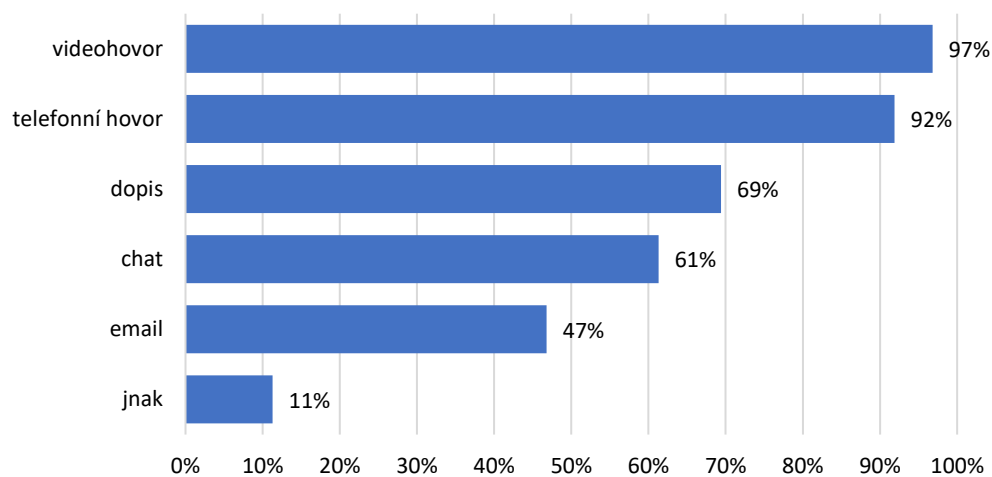
Kategorie	absolutní četnost odpovědí	procento odpovědí z celkového počtu respondentů (N=45)
Individuální aktivity/terapie (karetní a stolní hry, povídání, čtení, muzikoterapie, procházky v zahradě, petterapie, ruční práce, individuální rehabilitace, reminiscence, cvičení apod.)	32	71 %
běžné aktivity v omezeném počtu klientů	15	33 %
cvičení na balkónech, zpívání pod okny, vystoupení umělců pod okny	5	11 %
posílení komunikace s rodinami	3	7 %
byly zachovány všechny kluby a aktivizace	2	4 %
cvičení (nespecifikován počet klientů)	2	4 %
dámský klub, pečení, zpěv, artefietika (nespecifikován počet klientů)	1	2 %
předčítání, sledování filmů (nespecifikován počet klientů)	1	2 %
kavárnička (nespecifikován počet klientů)	1	2 %
canisterapie, aromaterapie (nespecifikován počet klientů)	1	2 %

7.6. Kontakty seniorů s rodinami z pohledu sociálních pracovníků

Na otázku, zda měli senioři v jejich zařízeních možnost spojit se se svými blízkými, odpovědělo všech 62 respondentů kladně. Odpověď na tuto otázku byla tedy zcela jednoznačná.

Pokusila jsem se také zjistit, jakým způsobem mohli klienti domovů podle názoru sociálních pracovníků komunikovat se svými blízkými. Mezi nejčastější způsoby komunikace patřily podle nich videohovory (uvedlo 97 % respondentů), dále telefonní hovory 92 %, následovaly dopisy 69 %, pak chat přes SMS 61 %, WhatsApp, Facebook, dále email a nejméně (pouze 11 % respondentů) označilo možnost „jinak“, což znamenalo např. návštěvu přes bezpečnostní sklo nebo osobní návštěvu v návštěvní místnosti za dodržení všech protiepidemiologických opatření (viz graf č 10).,

Graf 10: Jaké možnosti spojení s rodinou využili během pandemie Covid 19 klienti domovů pro seniory z pohledu sociálních pracovníků (N=62)



Pozn.: jinak = např. návštěva přes bezpečnostní sklo, osobně v návštěvní místnosti

7.7. Podpora klientů v době restriktivních opatření ze strany domovů pro seniory.

Poslední otevřená otázka zjišťovala, jaké konkrétní kroky podniklo vedení jednotlivých domovů ke zlepšení situace klientů. Na tuto otázku odpovědělo 58 ze 62 respondentů. Z odpovědí vyplývá, že většina domovů se snažila klientům situaci ulehčit. Především šlo o různé druhy spojení s rodinami klientů, ať už přes tablety, které většina domovů narychlo zakoupila, nebo je dostaly darem, nebo přes mobily, zavedením recepcí a vytvářením návštěvních místností s bezpečnostním sklem atp. Dále se projevila zvýšená aktivita pracovníků samotných, kteří pomáhali klientům nad rámec svých povinností např. s používáním mobilů. Pracovníci se snažili věnovat klientům více času a také s nimi častěji vedli osobní rozhovory. Vytvořil se systém na předávání balíčků od rodin, zajištění nákupů apod. V tabulce č. 4 jsou uvedeny kroky podniknuté v domovech pro seniory ke zlepšení situace jejich klientů.

Tabulka 4: Kroky ke zlepšení situace klientů v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků (N=58)

Realizované kroky ke zlepšení situace seniorů	absolutní četnost odpovědí	procento odpovědí z celkového počtu respondentů (N=58)
zakoupení tabletu/notebooku/telefonu pro videohovory, technická podpora při telefonování a videohovorech	25	43 %
dodržování platných opatření vyhlášených ministerstvem zdravotnictví	10	17 %
individuální aktivizace	10	17 %
snaha o rozptýlení klientů, jak jen to bylo možné, bohatý aktivizační program	9	16 %
častější kontakt s klienty, rozhovory o dané situaci, intenzivnější komunikace	7	12 %
co nejméně omezení návštěv	5	9 %
speciálně upravená návštěvní místnost	4	7 %
nákupy pro seniory v době zákazu vycházení	4	7 %
zvýšení počtu zaměstnanců, vysoké nasazení personálu, finanční odměny	4	7 %
informování rodiny, předávání balíčků od rodiny, předávání pozdravů a vzkazů rodinám	3	5 %
testování návštěv přímo v domově před proběhnutím návštěvy	3	5 %
čističky vzduchu ve výtahu a na odděleních, nákup zdravotních přístrojů (např. oxygenátory)	2	3 %
zajištění kulturních programů (i pod balkony)	2	3 %
možnost psychologické podpory	2	3 %
canisterapie	1	2 %
vytvořily se manuály téměř na všechno	1	2 %

8 Shrnutí výsledků výzkumu

V první části dotazníkového šetření jsem se zaměřila na faktografické údaje, které se týkaly oslovených respondentů, sociálních pracovníků, pracujících v domovech pro seniory. Mezi respondenty převažovaly ženy, pouze dva respondenti byli muži. Také převažovali respondenti, kterým bylo více než 50 let, následovala věková skupina 31-40 let.

Pokud jde o vzdělání sociálních pracovníků, převažovalo vysokoškolské vzdělání, nejvíce bakalářské, pak magisterské a vyšší odborné, pouze čtyři respondenti označili možnost jiné.

Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že se situace během pandemie covid-19 v domovech změnila k horšímu a také, že je situace zaskočila. Dvě třetiny respondentů se cítili osobně ohroženi. To vypovídá o tom, jak těžká a náročná situace to musela být, s jakými problémy se museli sociální pracovníci vyrovnávat a v jakých podmínkách pracovali. To vše samozřejmě ovlivňovalo také klienty pobytové služby.

Položila jsem otázku, zda sociální pracovníci pozorovali nějaké změny chování, nebo nálad u klientů během pandemie. Otázka byla otevřená a odpovědi jsou velmi frustrující. Nejčastěji se opakovala se slova strach, úzkost, obava, dále chybějící kontakt s rodinou, pocit samoty, stesk, smutek, následované apatií a depresí. Dále to byla bezmoc, nejistota, nedostatek informací, nemožnost s někým si promluvit, sociální izolace atd.

V další otázce jsem se zaměřila na změny psychického, nebo zdravotního stavu během pandemie. Tato otázka byla také otevřená a odpovědi byly stejně tristní jako na předchozí otázku. Devadesát dva procent respondentů odpovědělo, že změny pozorovali a byly to změny jako stavy strach, obavy, nejistota, úzkost, které v některých

případech vedly k celkovému zhoršení zdravotního stavu, potažmo až ke smrti, protože lidé to prostě vzdali. Nespokojenost s izolací na pokojích, psychické propady, kdy se rapidně zhoršil duševní stav u psychiatrických klientů, zdravotní problémy spojené se stářím umocněné např. prodělaným covidem, depresivní atmosféra v zařízení, kde umíralo hodně klientů, zmatenost, úzkost, větší uzavřenost do sebe.

V další otázce se devadesát tři procent respondentů vyslovilo, že pandemie covid-19 a přijaté restriktce měly negativní dopad na kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Šedesát osm procent z dotázaných respondentů odpovědělo, že v jejich zařízení probíhala během pandemie aktivizace. Sice omezeně, v době vrcholící pandemie vůbec, ale pokud to podmínky dovolovaly, snažili se alespoň o individuální aktivizaci. Otázkou je, v jakém množství a kvalitě vzhledem k velké nemocnosti a absenci personálu.

Další otázka se týkala možnosti spojení s rodinami klientů. Na tuto otázku byla jednoznačná odpověď, všechny domovy zajistili nějakým způsobem možnost kontaktu klientů s rodinou. Nejčastěji se jednalo o videohovory, následované telefonním spojením, dále v menší míře chaty a emailové spojení.

Poslední otázka byla zaměřena na to, jaké kroky k případnému zlepšení situace jednotlivá zařízení podnikla. Nejčastěji šlo o nákup tabletů a mobilních telefonů, aby bylo možné zajistit kontakt klientů s rodinami, zajištění předávání balíčků od rodin klientům, zprostředkování nákupu pro klienty. Byla zde i snaha, aby vše fungovalo jako „normálně“, aby klienti byli co nejméně zasaženi, zřízení návštěvních místností se sklem apod. Objevil se i názor, že ke zlepšení situace zařízení podniklo to, že dodržovali všechny předepsané restriktce a opatření. Jiný názor zase zněl, že nejde zlepšit to, co je nařízeno vyhláškou, tj. zákazy návštěv, respirátory apod.

8.1 Verifikace nebo popření hypotéz

V této části se chci zaměřit na verifikaci nebo popření hypotéz, které jsem si stanovila pro kvantitativní část výzkumu.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že sociální pracovníky pracující v pobytových zařízeních pro seniory pandemie covid-19 zaskočila, nebo v nich vyvolala obavy.

Tato hypotéza se potvrdila, když osmdesát devět procent respondentů odpovědělo kladně na otázku, zda je pandemie zaskočila a šedesát tři procent uvedlo, že cítili obavy. Je tedy zřejmé, že sociální pracovníci sami byli pod velkým tlakem. Tuto odpověď jsem očekávala, protože sama pracuji jako sociální pracovnice v domově pro seniory a vím, jak těžká byla situace během pandemie v našem domově.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že restriktce přijaté v souvislosti s pandemií covid-19 měly negativní vliv na kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory.

Tato hypotéza byla potvrzena, když devadesát dva procent respondentů potvrdilo, že restriktce přijaté v souvislosti s pandemií covid-19 měly negativní vliv na kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory. Přijatá omezení měla obrovský negativní dopad na každodenní život seniorů, na kvalitu jejich života, omezovala je v jejich svobodách a právech a následky těchto omezení půjdou napravit jen stěží, pokud vůbec.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že během pandemie covid-19 došlo k výraznému omezení, nebo úplnému zrušení aktivizačních činností v pobytových zařízeních pro seniory.

Tato hypotéza se nepotvrdila, šedesát osm procent respondentů uvedlo, že v jejich zařízeních probíhala nějaká forma aktivizace. Pouze dvacet devět procent uvedlo, že žádná aktivizace neprobíhala. Tři procenta respondentů uvedlo, že neví. Tento výsledek

mě překvapil, předpokládala jsem, že počet zařízení, kde neprobíhala aktivizace, bude vyšší.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že senioři v pobytových zařízeních pro seniory měli během pandemie covid-19 velmi omezený, nebo žádný kontakt se svými blízkými.

Tato hypotéza se nepotvrdila, naopak sto procent respondentů zodpovědělo tuto otázku kladně. Problém vidím v tom, že pod pojmem kontakt s blízkými je zahrnuta především komunikace na dálku, tedy přes video hovor, telefon, email aj.

8.2 Diskuse výsledků výzkumu

V dotazníkovém šetření byli osloveni sociální pracovníci, kteří pracují v domovech pro seniory a prožívali spolu se seniory těžké období během pandemie covid-19. Z výsledků šetření vyplynulo, že také sociální pracovníky pandemie nepříjemně zaskočila a velké množství z nich pocíťovalo obavy. Ocítli se v nelehké situaci a v nelehké době, kdy na ně byl vyvíjen velký tlak a jejich už tak náročná práce dostala ještě jiný rozměr. Dotazníkové šetření bylo ale hlavně zaměřeno na seniory v pobytových zařízeních sociální péče a na zjištění, jakým způsobem ovlivnila kvalitu jejich života pandemie covid-19 a restrikce v souvislosti s pandemií vydané.

Rodiny se bály navštěvovat seniory, aby je neohrozily a ti tak zůstali i několik měsíců bez jakéhokoliv společenského kontaktu. Podle Šebkové⁹⁵ v takových případech *„dochází k oslabení imunity, vzniká větší riziko kardiovaskulárních onemocnění a zvyšuje se riziko předčasného úmrtí.“* Vidovičová⁹⁶ dodává: *„Přirovnává se to k nějakým patnácti cigaretám denně. Takže snaha ochránit seniory tím, že je zavřeme a izolujeme, na ně jako nezamýšlený důsledek uvalila další zdravotní riziko osamělosti.“*

Výsledky výzkumu ukázaly zcela jednoznačně, že pandemie měla negativní dopad na kvalitu jejich života a její následky pocíťují někteří dodnes. Ať už to jsou fyzické následky po prodělání nemoci, nebo psychické dopady, které potřebují delší čas, tak různé, těžko popsateľné následky na duši, kdy se nemohli například rozloučit s lidmi, kteří zemřeli v izolaci, ztracený čas, kdy nemohli vidět své blízké, neviděli, jak vyrůstají jejich vnoučata, nemohli je obejmout. Ten čas už jim nikdo nevrátí a šrámy na duši se budou hojit ještě velmi dlouho, pokud se vůbec zahojí.

⁹⁵ ŠEBKOVÁ, A. In: JUNA, P. Černý rok pro seniory: Ublížit mohlo i chránění proti covidu

⁹⁶ VIDOVIČOVÁ, L. In: JUNA, P. Černý rok pro seniory: Ublížit mohlo i chránění proti covidu

Přestože ve většině domovů se všichni snažili, aby přijaté restriktce a dopady pandemie na seniory byly co nejmenší, neměli mnoho možností, jak to udělat. Některá zařízení zase udělala pouze to, co jim nařizovala vládní nařízení.

Také jsem rozpolcena výsledky z dotazníkového šetření, které se týká aktivizace, kdy šedesát osm procent respondentů uvedlo, že v jejich zařízeních probíhala aktivizace i během pandemie. Z bližšího zkoumání pak vyplývá, že šlo především o aktivizaci individuální a zde právě vidím rozpor. Když si vezmeme, že průměrný domov pro seniory má zhruba sto klientů, přičemž většina z nich má přiznaný třetí a čtvrtý stupeň příspěvku na péči a v takto velkém zařízení jsou dvě, maximálně tři aktivizační pracovnice, je těžko myslitelné, že by tyto pracovnice zvládly zajistit plnohodnotnou individuální aktivizaci všem klientům domova.

Navíc individuální aktivizace je časově mnohem náročnější, než aktivizace skupinová a vezmeme-li v úvahu ještě vysokou absenci personálu z důvodu nemoci, která většinu domovů postihla, vyjde nám, že většina domovů byla ráda, pokud zvládla zajistit základní péči o klienty.

Protože jsem sama pracovala také jako vedoucí aktivizace, vím, co všechno tato činnost obnáší. I v normálním provozu, za běžných podmínek není možné věnovat se všem, tak jak by bylo potřeba, natož v době pandemie. Ale chci věřit, že snaha zde byla a myslím, že ve většině domovů udělali vše, co v dané chvíli mohli.

III. Závěr a doporučení

Ve své diplomové práci jsem se věnovala otázce kvality života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory během pandemie. Snažila jsem se najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku: *Jaké změny vnímají sociální pracovníci v kvalitě života seniorů žijících v domovech pro seniory během pandemie covid -19?*

V teoretické části diplomové práce jsem vymezila pojem stáří a stárnutí, dále jsem vymezila pojem kvalita života a faktory, které ji ovlivňují, následně jsem se zaměřila na současný systém péče o seniory v pobytových zařízeních. V další kapitole jsem se věnovala profesi a roli sociálního pracovníka a v poslední kapitole teoretické části jsem objasnila pojem covid-19 a jeho dopady na seniory v pobytových zařízeních.

Na základě teoretických východisek jsem vytvořila standardizovaný dotazník, který jsem rozeslala do náhodně vybraných domovů konkrétním sociálním pracovníkům. Použila jsem tedy metodu kvantitativního výzkumu, který je vhodný při zkoumání většího výzkumného vzorku. Výsledná data jsou přesná a výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi. Domnívám se, že analýzou a interpretací výsledků výzkumu se mi podařilo dosáhnout stanoveného cíle výzkumu a najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku. Devadesát dva procent respondentů uvedlo, že pandemie negativně ovlivnila kvalitu života v domovech pro seniory. Nejčastěji skloňovanými slovy byly samota, strach, obavy z nemoci, obavy z nákazy, deprese, úzkost, zhoršení psychického i fyzického stavu u některých klientů, dezorientace, pocit opuštěnosti, sociální izolace, nemožnost fyzického kontaktu s rodinou atd.

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že kvalita života seniorů v domově pro seniory se v době pandemie výrazně změnila a to negativně. Na jedné straně jsme se snažili seniory chránit, jako nejvíce ohroženou skupinu, na straně druhé jsme je izolovali a uvrhli do bezvýchodné situace, která s krátkými přestávkami trvala téměř dva roky.

Z výzkumného šetření lze tedy jednoznačně vyvodit závěr, že kvalita života seniorů během pandemie covid-19 se změnila, a to v negativním smyslu.

Nabízí se zde otázka, zda je možné něco ještě zlepšit v současné situaci, vzít si ponaučení, nějak se připravit do budoucna. Co můžou udělat domovy pro seniory v této chvíli, aby zlepšily kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních sociální péče?

Navrhované kroky:

- Zaměřila bych se na zjištění přání a potřeb uživatelů služby, na otevřenější komunikaci a větší informovanost uživatelů
- Zajistit širší a cílenější proškolení pracovníků v sociálních službách i sociálních pracovníc, které vyplyne ze zjištěných přání a potřeb
- Zajistit vypracování vhodných postupů pro případ další krize
- Zajistit nákup materiálně technického vybavení
- Zajistit edukaci uživatelů služby v oblasti elektronické komunikace
- Zajistit více aktivizačních programů a aktivit, včetně posílení personálu
- Zapojit dobrovolníky

Všechny tyto navrhované kroky jsou možností ke zlepšení kvality života seniorů v pobytových zařízeních pro seniory.

9. Seznam použité literatury a zdrojů

BAJER, P. Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky. Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci 2007, č. 1/2007, s. 17-20, ISSN 1213- 6204.

BALOGOVÁ, B. In: MÜHLPACHR, P. Schola gerontologica. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.

BANKS, S. Ethics and Values in Social Work. London: Macmillan Press, 1995. ISBN: 9780230300170.

BJELONČÍKOVÁ M., GLUMBÍKOVÁ K., GOJOVÁ A. a GOJOVÁ V. 2016. Participativní přístupy v sociální práci. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-851-9.

BOWLING, Ann. Ageing well. Quality of life in old age. New York: Open university worldwide, 2009. ISBN 978-03-352-1510-2.

BROWNE JP, O'BOYLE CA, McGEE HM, JOYCE CRB, McDONALD NJ, O'MALLEY KO, HILTBRUNNER B. Individual quality of life in the healthy elderly. Quality of Life Research 1994; 3: 235-244.

CALMAN, K. G. In: KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 8020013075.

ČESKÝ ETOMOLOGICKÝ SLOVNÍK. 2. vyd. Praha: Leda, 2002. ISBN 80-85927-85-3.

DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246- 0139-7.

DRAGOMIRECKÁ, E. 2006. Kvalita života ve stáří In Vzdělávání pro pracovníky sociální péče. Učební texty. Praha: Česká asociace pečovatelské služby.

DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J., 2009. WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Psychiatrické centrum Praha. 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

DZIECHCIAŻ, M., FILIP, R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2014, roč. 21, č. 4, 835-838. doi: 10.5604/12321966.1129943.

GOJOVÁ, A., GLUMBÍKOVÁ, K. (Bezmocná) sociální práce jako zdroj zplnomocnění? *Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci* 2015, č. 6/2015, s. 52-63, ISSN 1213-6204.

GULOVÁ, L. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 1989. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. 1.. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 978-80-902-0818-6.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktická východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 9788080632823.

HRONOVÁ, M. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

JANEBOVÁ, R. „Kritická sociální práce“ jako cesta ke změně sociálních politik, In: *FÓRUM sociální politiky* 2015, č. 3/2015, s. 19-22, ISSN 1802-5854.

JANEČKOVÁ, H. *Domovy pro seniory*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 434 – 438. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, H., In: MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.

KALVACH, Z. A KOL. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. 2004. „Problematika geriatrického ageismu ve zdravotnických službách ČR.“ Pp. 27 – 31 in *Diskriminace seniorů v České republice*. Sborník příspěvků přednesených na semináři k diskriminaci seniorů jako aktuálnímu tématu pro Evropu i Českou republiku v Praze 12.3.2004. Praha: Občanské sdružení Život 90.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455- 5.

KALVACH, Z.: Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha, Karolinum 1997. ISBN 978-80-246-3404-3.

KIRBY, P. C., C. BROOKS a J. OESCHER. Using quality of life studies to improve local mental health service. National Conference on Mental Health Statistics, Washington, 2003

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 879-80-247-2169-9.

KOPŘIVA, K., ŠIKLOVÁ, J. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-717-8429-6.

KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan a kolektiv. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

KURIC, J. Ontogenetická psychologie. Brno: CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3.

KVAPILOVÁ, S. Kapitoly ze sociální pedagogiky. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-7067-669-8.

KVĚTENSKÁ, D. Úvod do sociální práce pro pomáhající profese. Vyd. 2. Univerzita Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009. ISBN 978-80-7041-431-6.

LAAN, G. Otázky legitimace sociální práce. Ostrava: Ostravská univerzita, 1998. ISBN 80-85834-41-3.

LAHNEROVÁ, D. Asertivita pro manažery. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2892-6.

LAM DH, POWER MJ. Social support in a general practice elderly sample. International Journal of Geriatric Psychiatry 1991; 6: 89-93.

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

- MAREŠ, J. a kol. Kvalita života u dětí a dospívajících I. MSD Brno, 2006. ISBN 80-86633-65-9
- MATOUŠEK, O. A kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MLČÁK, Z. Profesionální kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty. Ostrava, FF Ostravské univerzity, 2005. ISBN 80-7368-129-3.
- MUNZAROVÁ, M. Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 8021030186.
- MŮHLPACHR, P.: Gerontopedagogika. 1. vydání. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MŮHLPACHR, P. Schola Gerontologica. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.
- PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicentrum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-8076-8.
- PRŮŠA, Ladislav. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974. ISBN: 14-429-74.
- ŘEZNÍČEK, I. Metody sociální práce. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. ISBN 80-85850-00-1.
- SCHAVEL, M. Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce. In Kolektiv autorů. Multidisciplinárny přístupy pomáhajících profesí. Ústí nad Labem: UJEP, 2007. ISBN 978-80-7044-858-8
- STRAUS, A., CORBINOVÁ, J. Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X
- SVOBODOVÁ L., Kvalita života. In: ŠUBRT Jiří a kol., Soudobá sociologie III. Praha: Karlova univerzita, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1.

ŠTILEC, Miroslav, Program aktivního stylu života pro seniory, Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-920-8.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum 2007. ISBN 978-80-246-13-5.

VAN DER STEEN, J. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

VEENHOVEN R. The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies* 2000; 1:1-39.

VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.

VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. ISBN 80-2394-218-2.

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

9.1 Ostatní zdroje

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

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

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. ZÁKON č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

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

9.2 Internetové zdroje

BÍLKOVÁ, V. *Jak chránit seniory v čase koronaviru?* [online]. [cit. 2022-4-2]. Dostupné z: <https://www.iir.cz/jak-chranit-seniory-v-case-koronaviru> 1. 12. 2020

COVID-19, Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Covid-19>, [online]. [cit. 2022-4-2].

CUMMINS R. A. *Oblasti životní spokojenosti: pokus o uspořádání chaosu.* [online]. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/286160653_Problems_in_quality_of_life_assessment_in_seniors Soc Indic Res 1996; 38: 303–328

Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech.* [online]. [cit. 2022-2-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421k01.pdf/1c52a872-bba9-4774-8882-cb2510911f74?version=1.5>

DOŘIČÁKOVÁ, Š. *Sociální práce se seniory* [online]. [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/socialni-prace-se-seniory.pdf>

HORECKÝ, J., ŠVERHLOVÁ, A. *Pandemie covidu-19 a sociální služby 2020-2021* [online]. [cit. 2022-4-2]. Dostupné z: (<https://www.apsscr.cz/files/files/>)

HORECKÝ, J., PRŮŠA, L. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb.* [online]. [cit. 2022-3-9]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE(1).pdf)

JUNA, P. Černý rok pro seniory: *Ublížit mohlo i chránění proti covidu* [online]. [cit. 2022-4-2]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fakta-seniori-v-cesku-za-covidu-se-stali-zbrani-sami-ale-ztratili-moznost-volby-187879>

LÉKAŘI BEZ HRANIC, *COVID-19 v pečovatelských domovech pro seniory: mnoho lidí umírá v osamocení* [online]. 28.4.2020 [cit. 2022-4-2]. Dostupné z: <https://www.lekari-bez-hranic.cz/koronavirus-seniori-osamoceni>

LINGEA s.r.o., 2012. *Slovník českých synonym a antonym verze 2.0* [online]. [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <https://www.nechybujte.cz/slovník-ceskych-synonym/kompetentn%C3%AD?>

MLČOCH, J. *Role sociálního pracovníka* [online]. [cit. 2022-3-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Mlcoch.pdf/eea93892-8035-bc2d-f6acd454639d9635>

ŠUBRT, J. *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. [online]. [cit. 2022-2-21]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=GRDXBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA122&dq=kvalita+%C5%BEivota&ots=2BN_bpnnJN&sig=aXhOzTgRiiQSj2FX6OA1eZtO69o&redir_esc=y#v=onepage&q=kvalita%20%C5%BEivota&f=false [online]. [cit. 2022-2-21].

TELEHUZ, V. *Péče o seniory v době pandemie: Izolace v sociálním zařízení nebo domácí prostředí?* [online]. [cit. 2022-4-2]. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/clanky/pece-o-seniory-v-dobe-pandemie-izolace-v-socialnim-zarizeni-nebo-domaci-prostredi>

VIDOVIČOVÁ, L. *Sociální dopady koronavirové pandemie pro seniory* [online]. [cit. 2022-3-1]. Dostupné z: <https://www.vupsv.cz/2021/01/05/vyzkumna-pracovnice-vupsv-v-v-i-lucie-vidovicova-v-rozhovoru-pro-idnes-cz-o-ageismu-a-socialnich-dusledcich-koronavirove-pandemie-pro-seniory/>

WEISS, Klára, *Kvalitativní vs. kvantitativní metody výzkumu v úvodní části designového procesu*. [online]. 12/2019. [cit. 2022-4-3]. Dostupné z: <https://medium.com/design-kisk/kvalitativn%C3%AD-vs-kvantitativn%C3%AD-metody-v%C3%BDzkumu-v-%C3%BAvodn%C3%AD-%C4%8D%C3%A1sti-designov%C3%A9ho-procesu-d19b532dedd9>

10 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazníkové šetření, s. 93 - 95

Příloha č. 2 – Seznam grafů, s.96

Příloha č. 3 – Seznam tabulek, s. 97

Příloha č. 1 – Dotazníkové šetření

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane, jmenuji se Jana Johnová a pracuji jako sociální pracovnice v domově pro seniory. V současné době dokončuji studium na Evangelické teologické fakultě, obor Diakonika. V souvislosti se zpracováním mé diplomové práce na téma „*Kvalita života seniorů v domovech pro seniory v době covidu*“, si Vás dovoluji požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi budou použity výhradně ke zpracování této diplomové práce.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Jana Johnová

Při vyplňování dotazníku zvolte prosím jen jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak. U otázek s volnou odpovědí napište prosím svůj názor.

Otázka č. 1

Jste žena, nebo muž?

Žena

Muž

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk?

Do 30let, 31-40 let, 41-50 let, více než 50 let

Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vysokoškolské magisterské, vysokoškolské bakalářské, vyšší odborné, jiné

Otázka č. 4

Změnila se situace ve Vašem zařízení během pandemie covid-19?

Situace se zhoršila, zůstala stejná, zlepšila se

Otázka č. 5

Zaskočila Vás pandemie covid-19?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 6

Cítili jste se ohroženi?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 7

Pozorovali jste nějaké změny v chování, nebo náladě klientů během pandemie covid-19?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 8

Pokud ano, můžete prosím stručně popsat jaké?

Otázka č. 9

Pozorovali jste nějaké změny psychického, nebo zdravotního stavu klientů během pandemie covid-19?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 10

Pokud ano, můžete prosím stručně popsat jaké?

Otázka č. 11

Měla podle Vás pandemie covid-19 a restrikce v souvislosti s pandemií přijaté, nějaký vliv na kvalitu života seniorů v zařízení pobytových služeb sociální péče?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 12

Pokud ano, měl tento vliv dopady:

Pozitivní, negativní, žádné

Otázka č. 13

Probíhaly ve Vašem zařízení během pandemie nějaké aktivizační programy?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 14

Pokud ano, jaké? Vyjmenujte prosím:

Otázka č. 15

Měli senioři ve Vašem zařízení možnost spojit se se svými blízkými?

Ano, ne, nevím

Otázka č. 16

Pokud ano, jakým způsobem? Vyjmenujte prosím:

Videohovor, telefonní hovor, dopis, chat, email, jiná

Otázka č. 17

Jaké kroky k případnému zlepšení situace Vaše zařízení podniklo?

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!

Příloha č. 2 – Seznam grafů

Graf č. 1 - s. 59

Graf č. 2 – s. 60

Graf č. 3 – s. 61

Graf č. 4 – s. 62

Graf č. 5 – s. 63

Graf č. 6 – s. 64

Graf č. 7 – s. 67

Graf č. 8 – s. 70

Graf č. 9 – s. 71

Graf č. 10 – s. 74

Příloha č. 3 – Seznam tabulek

Tabulka č.1 – s. 66

Tabulka č.2 – s. 69

Tabulka č.3 – s. 73

Tabulka č.4 – s. 76