

**Univerzita Karlova v Praze**

**Husitská teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**2012**

**Kateřina, Rollová**

**Univerzita Karlova v Praze**

**Husitská teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**Terénní sociální práce se seniory**

**Social work with the seniors**

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Jana Poláčková**

**Autor:**

**Kateřina Rollová**

**2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 7.4.2012

## **Poděkování**

Mé poděkování patří především Mgr. Janě Poláčkové, za vedení mé práce. Dále bych chtěla moc poděkovat sociálním pracovníkům v Libčicích nad Vltavou, kteří mi velice pomohli, a měla jsem tu možnost strávit s nimi celý den. A v neposlední řadě patří velký dík mé rodině a přátelům, kteří mi také moc pomáhali a stáli při mně.

## Obsah:

<b>1. Úvod .....</b>	<b>8 -</b>
<b>2. Senioři .....</b>	<b>9 -</b>
2.1. Změny ve stáří .....	9 -
2.2. Možnosti seniorů v dnešní době .....	10 -
2.3. Formy péče o staré občany .....	11 -
2.4. Komunikace se seniory .....	13 -
<b>3. Sociální práce.....</b>	<b>15 -</b>
3.1. Úrovně sociální práce .....	15 -
3.2. Vývoj sociální práce u nás .....	16 -
3.2.1. Středověk .....	16 -
3.2.2. Renesance a doba osvícenská: .....	16 -
3.2.3. Od vzniku Československého státu až po konec druhé světové války.....	17 -
3.2.4. Doba po roce 1989.....	18 -
3.3. Vývoj sociální práce ve světě.....	19 -
3.3.1. Křesťanský starověk .....	19 -
3.3.2. Středověk a počátek novověku.....	19 -
3.3.3. Kapitalismus a vznik moderního státu .....	20 -
3.3.4. Počátky sociálního zabezpečení a sociální práce .....	21 -
3.4. Terénní sociální práce .....	22 -
3.4.1. Specifika a základní principy sociální práce.....	22 -
3.4.2. Sociální práce se seniory .....	23 -
3.4.3. Formy domácí péče.....	26 -
<b>4. Sociální služby.....</b>	<b>29 -</b>
4.1 Vývoj sociálních služeb .....	29-
4.1.1. Sociální služby v meziválečném období .....	29 -
4.1.2. Sociální služby v tzv. socialistickém státě.....	30 -
4.1.3. Sociální služby v transformačním období.....	30 -
4.2. Druhy poskytovaných služeb dle cílových skupin .....	31-
4.3. Druhy poskytovaných služeb dle situace klientů .....	35-
<b>5. Sociální pracovník.....</b>	<b>41 -</b>
5.1.Sociální pracovník v sociálních službách .....	42 -
5.2.Typy postojů sociálního pracovníka ke starému člověku dle Gilberta Leclerca....	42 -

5.3.Sociální pracovník z hlediska přístupu ke klientovi .....	- 43 -
5.4.Vztahy a hranice mezi pracovníkem a klientem.....	- 44 -
<b>6. Praktická část.....</b>	<b>- 46 -</b>
6.1. Den strávený s terénní sociální pracovníci.....	- 47 -
6.2. Dotazníkové šetření pracovníci .....	- 49 -
6.2.1. Vyhodnocení otázky č. 1.....	- 49 -
6.2.2. Vyhodnocení otázky č. 2.....	- 50 -
6.2.3. Vyhodnocení otázky č. 3.....	- 50 -
6.2.4. Vyhodnocení otázky č. 4.....	- 51 -
6.2.5. Vyhodnocení otázky č. 5.....	- 52 -
6.2.6. Vyhodnocení otázky č. 6.....	- 52 -
6.2.7. Vyhodnocení otázky č. 7.....	- 53 -
6.2.8. Vyhodnocení otázky č. 8.....	- 53 -
6.2.9. Vyhodnocení otázky č. 9.....	- 54 -
6.2.10. Vyhodnocení otázky č. 10.....	- 55 -
6.3. Barthelův test základních všedních činností (ADL).....	- 56 -
6.4. Test instrumentálních a všedních činností (IADL) .....	- 57 -
<b>7. Závěr.....</b>	<b>- 59 -</b>
<b>8. Přílohy .....</b>	<b>Chyba! Záložka není definována.- 60 -</b>
<b>9. Seznam použité literatury .....</b>	<b>Chyba! Záložka není definována.- 65 -</b>







# 1. Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem terénní sociální práce se seniory, jedná se o pomoc seniorům v jejich domácím prostředí. Sociální práce je samo o sobě velký pojem a má u nás mnoho významů a odvětví. Nejznámější je u nás i ve světě asi streetwork, vyhledávání sociálně slabších klientů na ulici (ať už se jedná o narkomany nebo osoby bez domova).

V teoretické části se zabývám seniory, jejich možnostmi v dnešní době, změnami ve stáří, péčí o ně a komunikací se seniory, která je pro práci sociálního pracovníka moc důležitá. Dalším velkým tématem je sociální práce a sociální služby, kde se věnuji jejich vývoji jak v České republice, tak ve světě. A také druhy poskytovaných služeb pro klienty. Významnou kapitolou je zde domácí péče, kde uvádím i body pro posuzování klienta a jak celá práce probíhá a co vše vykonávají sociální pracovníci.

V další části se zabývám pojmem sociální pracovník, který svým klientům, tedy seniorům, pomáhá s běžnými úkony v jejich domácnosti, kterých nejsou senioři schopni. Samozřejmě se nejedná pouze o seniory, kteří nic nezvládají. Služby sociálního pracovníka se odvíjejí od soběstačnosti seniora. Ve většině případů, jak jsem mohla sama vidět, se převážně jedná o služby dovážky jídla, osobní hygieny, pomoc s běžným chodem domácnosti a další úkony. Sociální pracovník musí mít i určité hranice a postoje ve vztahu ke svému klientovi. Také si musí uvědomit jak s klientem komunikovat, čímž se také zabývám v jedné z kapitol v tématu sociální pracovník.

V praktické části pak provádím Barthelův test všedních činností (ADL) a IADL test instrumentálních činností, kde jsme se měly dozvědět, jak a čeho jsou senioři, kterým je poskytována terénní sociální péče v Libčicích nad Vltavou sami, či s pomocí schopni.

Práci doplňuji dnem stráveným se sociální pracovníci a dotazníkem, který jim byl zadán. Dotazník měl zjišťovat celkový pohled na práci a dobu, kterou sociální pracovníci vykonávají.

## 2. Seniori

Seniorem bývá definován člověk, jehož věková hranice přesáhla 60 ti let. Bývá považován za neproduktivního a neaktivního člověka, neboli důchodce, který bývá pro společnost spíše zátěží. Jsou u nich předpokládány zdravotní důsledky- ztráta schopnosti, ztráta soběstačnosti a jiné.

*Věk není sám o sobě důvodem zvýšené péče, ale je způsobena až sociálními či zdravotními problémy. Sociální práce musí směřovat k nejvíce ohroženým starým lidem (jsou to: velmi staří nad 80 let, osamoceni, propuštění z nemocnice, trpící demencí, žijící v chudých čtvrtích atd.) Sociální práce se tedy soustřeďuje na oblast péče o ty, kterým jejich zdravotní stav nedovoluje plně fungovat, ať už po stránce zdravotního stavu či schopnosti a soběstačnosti, čímž člověka omezují v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby a udržovat kontrolu nad svým životem, jak byl zvyklý.<sup>1</sup>*

### 2.1. Změny ve stáří

Přestože každý člověk prožívá svůj život jinak, ve vyšším věku se shodují na významných okamžicích. Reakce na změny způsobené stářím se u každého jedince projevují jinak, jsou ovlivněny především osobností seniora, jeho okolím a možnostmi jak získat pomoc v oblastech, které on sám již nezvládá.

Změny dělíme do tří skupin:

#### **A, tělesné změny**

-patří sem: změny vzhledu, úbytek svalové hmotnosti, změny činnosti sluchových, zrakových, čichových a hmatových smyslů, změny trávicího systému, změny vylučování moči, změny sexuální aktivity

#### **B, psychické změny**

- zhoršení paměti (např. potíže se získáváním nových informací, špatná orientace, opakování dotazů, špatné chápání situace), nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, emoční labilita, změny vnímání (např. špatné rozpoznávání věcí a lidí, špatný odhad vzdálenosti, potíže najít cestu, úzkost a nejistota), zhoršení úsudku (např. odmítání pomoci, ztráta zábran, tendence brát si věci osobně)

---

<sup>1</sup> Matoušek, Sociální práce v praxi, strana 163

## C, sociální změny

-odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže

Navazujícím bodem na změny je schopnost a nutnost hledání nového způsobu života ve stáří. Patří sem schopnost postarat se sám o sebe a zvýšené nároky na pomoc okolí. Většina seniorů u nás žije ve své domácnosti za pomoci rodiny, okolí a spolupráce s pracovníky domácí péče.

### 2.2. Možnosti seniorů v dnešní době

Možnosti seniorů v období starobního důchodu, kdy jsou aktivní, označujeme pojmem Druhý životní program. Patří sem potřeby a aktivity, které jim přinášejí nějakým způsobem pocit uspokojení a uznání společnosti, že ještě nejsou zcela odepsáni. Toto období lze dělit na několik základních forem:

1. Možnost, nikoli nutnost pracovat dále, ať už se to týká jejich dosavadního pracovního místa, nebo méně náročné činnosti. Senioři se také mohou uplatit jako brigádní, nebo mít práci na poloviční úvazek, nebo tzv. klouzavá doba.
2. Rozmanité volby dobrovolnictví (volontérství), mají význam potřeby společenské užitečnosti seniorů.
3. Rozvíjet individuální aktivity, popřípadě koníčky, které přinášejí seniorovi pocit uspokojení. Příkladem takových aktivit je například zahrádkaření, včelaření, truhlářina a další zájmové činnosti, které mohou být pro každého jiné.
4. Akademie a univerzity třetího věku, ve většině případů je využívají senioři, kteří nemohou nebo nechťejí pracovat, ani individuální aktivity jim nepřinášejí žádný pocit uspokojení.

#### Akademie třetího věku:

Doba trvání tematicky zaměřených kurzů na této akademii je od tří měsíců až do jednoho roku. Senioři si volí obor svého zájmu, za který zaplatí poplatek a poté se mohou dále přihlašovat do dalších kurzů, nebo chodit na několik kurzů najednou, což není vůbec žádnou výjimkou. Příkladem této akademie je Akademie volného času v Praze, založena Ing. Danou Steinovou. Nabízí mnoho odborných přednášek, sami senioři mají možnost se podílet na výměnných zájezdech do ciziny. Doprovodným programem jsou zde cykly trénování paměti pro seniory.

### Univerzity třetího věku:

Jsou náročnější formou, než akademie třetího věku, jelikož je zde vyžadována nejen účast, ale i důkladné studium, které je kontrolováno zkouškami. Mezi první Univerzitu třetího věku, která byla otevřena roku 1973 ve francouzském městě Toulouse, založena profesorem lékařství P. Vellasem, v dnešní době jsou již rozšířeny po celé Evropě. Tyto univerzity nejenže jsou důležité ve společenském smyslu, kdy se senioři společně setkávají a získávají nové poznatky, ale hlavně jsou důležité ve zvyšování míry soběstačnosti seniorů.

V současné době jsou Univerzity třetího věku na všech typech našich vysokých škol, patří do programu Celoživotního vzdělávání. Například na Univerzitě Karlově studuje více než 1000 seniorů.

V Evropě také existují svazy studentů seniorů, nebo jejich organizátorů. Největší organizací je EFOS (European Federation of Older Students at Universities – Evropská federace univerzitních studentů seniorů.) U nás se touto sekci zabývá Asociace univerzit třetího věku při MŠMT v Praze.

## **2.3. Formy péče o staré občany**

### **1. Rodina**

*Rodina je chápána jako malá, neformální, primární skupina, jejímž charakteristickým znakem je soužití muže a ženy s jejich potomkem či potomky, tedy soužití osob spojených příbuzenskými nepokrevními (manželé, sexuální partneři) a pokrevními (rodiče, děti a sourozenci) vztahy.*

### **Základní funkce rodiny (podle Reichela)**

#### *A, Sociálně-reprodukční*

- v rámci rodiny se jedinec učí sociálně žít, plnit sociální role, stává se sociální bytostí, je seznamován se základními společenskými normami

#### *B, Kulturně-reprodukční*

- rodina seznamuje své členy s kulturou společnosti, materiálními i nemateriálními hodnotami a příslušnými normami. Důležitým pojítkem je seznámení s jazykem společnosti, vírou, estetickým vnímáním a pravidly společenského chování. Reprodukují se kulturní hodnoty.

#### *C, Biologicko-reprodukční*

- rodina se většinou rozrůstá uvnitř, až na případy nemanželských potomků, naplňují se rodičovské touhy zakladatelů rodin. Plozením rodina přispívá k reprodukci společnosti, v současných západních společnostech však nedostatečně.

#### *D, Ekonomická*

- jde především o základní materiální uspokojování až existenční povahy, jde o výživu, bydlení, ošacení, zařízení domácnosti, náklady spojené se studiem, zájmovou činností.

#### *E, Terapeuticko-pečovatelská*

- jde o schopnost rodiny pečovat o své členy, hlavně z pohledu sociálního, psychického a somatického zdraví. Rodina poskytuje nejen materiální zázemí, ale především citové zázemí, umožňuje uspokojovat základní potřeby bezpečí, intimního soužití, nalézání emocionální rovnováhy.

#### *F, Výchovně -vzdělávací*

- v rodině se realizuje první etapa výchovy, která je považována za stavební kámen celého procesu výchovy a vzdělávání dítěte.

#### *G, Obranná*

-po řadu staletí byla obranná funkce rodiny přirozenou součástí života, postupně tuto funkci nahrazovaly jiné instituce moderního státu. Dnes vyjadřuje rodina obrannou funkci ve vyjádření zastání, podpory apod. V některém společenství můžeme stále najít prvky tzv. krevní msty apod.

### **Správně fungující rodina ve stáří**

Podle Haškovcové musí rodiny splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, nejvíce důležité jsou:

- Moci pečovat - mít sociální, fyzické, psychické, bytové, časové, finanční a další podmínky

- Chtít pečovat – snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny, mít dobrou vůli
- Umět pečovat – vědět jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

Pro současného seniora má rodina a bezpečné rodinné zázemí obrovský význam. Ovšem rodina často sníženou soběstačnost seniora zaměňuje za nemoc a bojí se, aby svou pomocí ještě zdravotní stav nezhoršili. Pomoc rodiny vždy musí mít svůj řád a pravidla, například ošetrovatelská péče je vždy týmová a dát dohromady možnosti, požadavky a očekávání jednotlivých členů rodiny je mnohdy velmi obtížné. Podstatou všeho je, že senior musí zůstat jako střed zájmu a tím i jeho souhlas se stanoveným plánem.

Z časového hlediska dělíme péči o starého člověka do více skupin. Intermitentní (občasná) péče bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinám žádné potíže. Náročnější je samozřejmě dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče o starého nemocného člověka. Dle sociologických výzkumů u nás, stejně jako v jiných společnostech tvoří sousedská nebo rodinná péče 70-80%.

## **2. Zdravotnictví**

V posledních letech staří nemocní lidé více využívají služeb zdravotnických zařízení i všech lékařských oborů. Problémem však bývají velmi vysoké částky za akutní specializovaná lůžka, proto je logické a vlastně správné že většina starých lidí je doléčována jinde. Zhruba 10 000 občanů potřebuje v současné době využívat geriatrická lůžka v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN), jejich kapacita je ovšem pouze 6000 lůžek, což je problém. Důvodem tohoto nepoměru mezi akutními a chronickými lůžky má za příčinu, že většina pacientů zabírá akutní lůžka (lepší, ale nákladnější způsob péče) nebo jsou pacienti odmítnuti.

## **3. Sociální služby**

Důraz na sociální potřeby a péči na lůžku mají na starosti domovy důchodců, domovy – penziony, domovy s pečovatelskou službou a v domovinách. Velmi oblíbená je domácí pečovatelská služba, která spočívá především v donášce jídla, pomoc s chodem domácnosti a další.

### **2.4. Komunikace se seniory**

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více osobami. Jde prakticky o základ všech lidských vztahů. Jedná se o proces sdílení či sdělování

informací, jejich výměny, přenosu. Samozřejmě pojem komunikace má mnoho definic a je jí věnováno mnoho publikací. Je ovlivněna mnoha faktory, které mohou být podle druhu situace velmi pestré a rozdílné. Ovlivňujícími faktory mohou být například: prostředí, doba, momentální stav a osobní situace účastníků rozhovoru, jejich ochota ke komunikaci, předchozí zkušenosti a další faktory, které jej ovlivňují.

### **Komunikace verbální**

Verbální komunikací se rozumí využívání slov, symbolů, znaků, kódů nejen k předávání informací, ale i myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků. Je ovlivněna mnoha okolnostmi, jako je například věk, vzdělání, výchova, prostředí, konkrétní situace a jiné faktory.

### **Kritéria úspěšné verbální komunikace**

**-jednoduchost:** jasné a srozumitelné vyjádření obsahu. Odbornost vyjádření musí odpovídat tomu, s kým komunikujeme.

**-stručnost:** stručné a výstižné vyjádření působí profesionálněji, zvyšuje důvěryhodnost a uklidňuje.

**-zřetelnost:** srozumitelně vyslovovat a používat přesné termíny a názvy, neboť člověk, s kterým komunikuje, je může špatně pochopit.

**-vhodné načasování:** pokud je to jen trochu možné, měly bychom se snažit vést rozhovory ve vhodných podmínkách (prostředí, dostatek času, vhodná doba)

**-přízpůsobivost:** musíme sledovat reakce člověka, se kterým komunikujeme, zda všemu dobře rozumí, ale i jeho neverbální projevy.

### **Komunikace neverbální**

Neverbální komunikace, je komunikace beze slov, nejčastěji je pojmenována jako řeč těla. Byla používána ještě mnohem dříve než komunikace verbální, tudíž ještě před vyvinutím řeči. Patří sem tedy gestikulace rukou, nohou, mimika, výraz obličeje a další neverbální projevy řeči beze slov.

### 3. Sociální práce

*„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (například chudoba, zanedbání výchovy dětí, delikvence mládeže, chudoba a další). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo jí získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“<sup>2</sup>*

#### 3.1. Úrovně sociální práce

Činnosti sociální práce rozlišujeme na tři skupiny:

##### A, Mikroúroveň

Patří sem případová práce. Profesionální sociální pracovník pracuje na mikroúrovni pomocí případové práce (vedení případu), tím se rozumí individuální podpora klientovi schopnosti vyrovnávat se s problémy. Základní činností je poradenství, které může být doplňováno jinými postupy.

##### B, Střední úroveň

Práce s rodinami a malými skupinami. **Skupinová práce** má v největší míře podobu práce se skupinou, například víkendové aktivity a programy v přírodě, kurzy pro nezaměstnané nebo mládež, programy pro seniory v klubech důchodců, práce s mentálně handicapovanými osobami. Cílem skupinové práce může být i v některých případech skupinová terapie, která klientovi poskytuje zpětnou vazbu o tom, jak působí na ostatní osoby kolem sebe, může mu, ale také poskytnout možnost kdy on sám může pomoci druhým lidem. **Práce s rodinou**

Práce s rodinou může být poskytována buď pro více rodin, nebo pouze pro jednu rodinu, například poradenství rodinám adoptovaných dětí, poradenství rodičům v rozvodovém řízení, rodinné terapie, jejichž cílem je zlepšení a zpevnění vztahů v rodině nebo vymezení rolí členů rodiny.

---

<sup>2</sup> Matoušek, Metody a řízení sociální práce, str. 11



## **C, Makroúroveň**

Práce s velkými skupinami, organizacemi, komunitami a působení na sféru veřejného mínění i politiky **Komunitní práce**

Komunitní práci se rozumí organizování akcí společnosti lidí, kteří spolu žijí na jednom místě, jejím cílem je naplnění místních potřeb nebo řešení místního problému. Sociální pracovník v tomto případě může problém či potřebu analyzovat, plánovat postupy, hodnotit účinky a spoustu dalších věcí.

### **3.2. Vývoj sociální práce u nás**

#### **3.2.1. Středověk:**

Církev u nás byla nejstarším poskytovatelem potřebným, tedy těm, kteří neměli obživu. Na základě neuspokojivého sociálního postavení zapříčiněného hladomorem a epidemií církev zakládala kostely a kláštery, které sloužily jako řádové nemocnice pro sirotky, zmrzačené, pro chudé a další sociálně slabší obyvatelstvo.

Nemocnice a chudobince byly také nazývány jako špitály (první špitál zřídil roku 929 v Praze kníže Boleslav I, který sloužil jako azyl pro 12 chudých nemocných. Zanikl roku 1274 díky zřízení dalších špitálů), které byly spravovány jednotlivými řeholními řády. Do špitálů byli přednostně přijímáni ti, kteří dávali klášteru nebo špitálu nějaké dary, nebo odkázali majetek. Ve 13. a 14. století, kdy nastal nárůst nemajetných občanů, museli být v některých městech zaměstnáváni a vypláceni veřejní lékaři, jelikož se nedokázaly s tak velkým nárůstem postarat o všechny.

Na sklonku středověku byl spolek nábožensky založených žen, který se nazýval „bekyně“ a přijímal dobrovolně životní styl jeptišek, aniž by složily slib. Staraly se o nemocné, pečovaly o odložené děti apod. Tím, že nepracovaly za mzdu, se ovšem stávaly závislé na darech. V 16. století zanikly díky husitskému hnutí. Jako jinde v Evropě, tak i u nás, vznikala bratrstva a cechovní sdružení. Cechy pečovaly o řemeslníky stejného řemesla a jejich rodiny, měly své mistry, kteří dodržovali cechovní pravidla.

#### **3.2.2. Renesance a doba osvícenská:**

V této době se dostávala do popředí nová společenská třída, kterou bylo měšťanstvo. První nemocnice byla založena občany Menšího Města pražského roku 1484.

Od 16. století byly také zakládány sirotčince- ústavy pro výchovu opuštěných dětí. Například bratrstvo Vlachů na Malé Straně založilo Vlašský špitál, ve kterém se staraly nejen o staré a nemocné ale i osiřelé děti.

V 16. a 17. století, kdy byla posílena moc církve a monarchie, byl rozvoj měšťanské péče pozastaven. Roku 1620 Ferdinandem I. založena první tehdy největší pražská nemocnice, nemocnice Milosrdných bratří, plnila svou funkci až do 20. století.

Koncem 18. století byly zrušeny Josefem II. hygienicky nevyhovující špitály, místo kterých zřídil nové instituce jako například chorobinec na Karlově pro duševně nemocné, nebo porodnici.

### **3.2.3. Od vzniku Československého státu až po konec druhé světové války**

Nově vzniklý stát, roku 1918 přejal sociální legislativu z Rakouska-Uherska, ale další vývoj vyvolal potřebu nových sociálních opatření. Celosvětová krize roku 1937, která se nevyhnula ani Československé republice, zasáhla velký počet rodin, kde se zhoršila kvalita životních podmínek, a nastal velký nárůst nezaměstnanosti, která měla za následek velký nárůst úmrtí a nemocí. Nastal také výrazný vzrůst sociálně patologických jevů, mezi které patří alkoholismus, trestná činnost, prostituce a také rodinné rozvraty.

Největší cíl, který si kladla Československá sociální politika, bylo zlepšení sociálních poměrů širokých vrstev. Výsledkem bylo odlehčení především v oblasti veřejného chudinství. Dvě třetiny národy byli lidé, kteří potřebovali nějakou sociální ochranu. První největší skupinou, byly váleční veteráni, pozůstalí členové obětí války. Pro to, aby přežily, byli mnohdy nuceni žebrot. Druhou skupinou byli nezaměstnaní, lidé, kteří se vrátili z fronty bez vážnějšího zranění. Důvodem nezaměstnanosti bylo stále větší používání strojů, než lidská ruka. Třetí skupinou byli nemajetní nájemníci, příčinou byl nedostatek bytů, jelikož se za války přestalo stavět.

V tomto období vzniklo také ministerstvo sociální péče, první zákony. Veřejnoprávní sféra se postupem času sjednotila na zdravotní, výchovné a sociální složky péčí a docílila tak pojetí sociální péče.

## **Vzdělávání sociálních pracovníků a jejich profesionalizace**

Díky rozvoji sociální péče nastal nárůst potřeby profesionálních sociálních pracovníků, kteří museli být vyškoleni. Prvním pokusem byl desetitýdenní kurz. Druhým pokusem bylo založení Ženské vyšší školy pro sociální péči, která trvala rok, na popud Anny Berkovcové. Později školu přejmenovaly na Vyšší školu sociální péče, která byla rozšířena na pomaturitní studium na dva roky.

Studium na Vyšší škole sociální péče poskytovalo vzdělání v předmětech teoretických (právo, somatologie, psychologie, sociologie apod.), které byly velmi často doplňovány exkurzemi a praktickým výcvikem v zařízeních. Pražská Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče, která byla r. 1935 založena díky profesoru H. Pelcovi z lékařské fakulty Univerzity Karlovi, převzala z velké části úlohu Vyšší školy sociální péče. Součástí odborných škol pro ženská povolání od r. 1926 byly součástí Střední sociální školy.

Po druhé světové válce byly založeny nové čtyřleté Vyšší školy sociálně - zdravotní , které kladly velký důraz především na vychovatelskou a zdravotní činnost. Dále byla založena v roce 1945 dekretem prezidenta republiky Vysoká škola politická a sociální se třemi fakultami: politická, novinářská a sociální (fakulta měla svou pobočku i v Brně, kde byla později založena samostatná Vysoká škola sociální.)

Po roce 1953, kdy proběhly změny v sociálním školství, byly zrušeny vyšší školy, příčinou zániku Vyšších škol bylo znárodnění (vyvlastnění) výrobních prostředků po roce 1948, předpokládalo se, že se tímto způsobem odstraní nezaměstnanost a chudoba. Stát na sebe převzal i podstatnou část majetku jedinců i spolků a církví, čímž převzal i fondy - důchodové, sociální a pojištění. Převzal tak na sebe ochranu a sociální zabezpečení celého obyvatelstva)z původních 28 škol tak zbyla jediná čtyřletá sociálně – zdravotní škola v Praze, která byla ovšem zaměněna téhož roku za školu hospodářskou, na které byly obory, které se zabývaly trestním, státním a občanským právem. Tím pádem byl název školy opět změněn na „sociálně právní“. Od r. 1959 k ní přibyla i dvouletá nástavba s názvem Střední škola sociálně – právní v Praze.

### **3.2.4. Doba po roce 1989**

Po velmi rychlé době se podařilo obnovit vysokoškolskou výuku sociální práce na Karlově Univerzitě v Praze a na Masarykově univerzitě v Brně (subkatedra sociální práce při katedře vzdělávání dospělých na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.)

Díky změně společenské situace nastávaly také nové sociální problémy, mezi které patřily prostituce, bezdomovectví, migrace uprchlíků přes naše území na Západ a potřeba začlenění tisíců vězňů po propuštění z vězení díky amnestii. V druhé polovině devadesátých let začal velký nárůst nezaměstnanosti. Dalším velkým problémem, který nastal, byl velký nárůst uprchlíků a cizinců na naše území. Významným problémem se stalo i zneužívání žen, které k nám byly zavlčeny a zneužívány sexuálním průmyslem.

*V 90. letech se stalo hlavním trendem vytváření alternativ k tradiční, většinou ústavní péči a obrovský nástup nestátních organizací do sociální péče. Po roce 1989 vznikla tisícovka nových nevládních organizací, které se zaměřovaly na sociální a zdravotní problémy. Ve velké míře se také začalo využívat služeb dobrovolníků.<sup>3</sup>*

### **3.3. Vývoj sociální práce ve světě**

#### **3.3.1. Křesťanský starověk**

Křesťanství přicházelo do Evropy z blízkého Východu (Řecko, Řím), které si libovalo v hrdinských legendách a eposech. V Řecku a Římě byla veřejná pomoc a podpora handicapovaných brána jako politická nezbytnost, pravým opakem podpory sociálně slabších jedinců a skupin byly národy Keltů, Germánů a Slovanů, kdy idea lásky neměla podporu ani v náboženství ani ve světských institucích.

Dobročinnost byla prohlášena za mravní povinnost všech věřících, která se nedá právně vynutit. Velkým zlomem křesťanské dobročinnosti bylo vydání ediktu milánského, roku 313. Od vydání ediktu mohla být křesťanská charita intenzivnější, bez jakéhokoliv strachu z pronásledování. Postupem času začalo budování zvláštních ústavů, jelikož nastala situace, kdy bylo mnoho osob, které potřebovaly pomoc, a nebylo snadné o ně pečovat. Ústavy navíc poskytovaly proškolení personálu a opatření pomůcek potřebných péči o potřebné.

#### **3.3.2. Středověk a počátek novověku**

Na obyvatele byly kladeny od hlav společnosti obrovské nároky na manuální práci, které nejvíce souvisela s obděláváním půdy. Společnost v této době byla v obrovské nejistotě díky hladomoru, epidemiím a válkám. Této nejistotě předcházely díky vazbě člověka na

---

<sup>3</sup> Matoušek, Základy sociální práce

Boha, na vlastní rodinu, na vrchnost a postoj jednotlivce ke společenskému stavu. Každý měl svou roli a pevné místo, od níž bylo definováno jasné očekávání, pouze vyloučením ze společnosti bylo možné se své role zbavit.

Z hlediska dnešní doby lze říci, že lidé měli minimální svobodu, ale na druhou stranu starý člověk měl zaručenou jistotu, že se o něj jeho rodina postará. Méně jistý podporou rodiny si mohl být člověk tělesně či mentálně handicapovaný, jelikož postižení bylo v té době definováno jako nepřízeň Boha a opravňovalo vyhánění. Církevní instituce poskytovaly přístřeší handicapovaným lidem pouze na omezenou dobu a jídlo jim bylo podáváno pouze ve dny sváteční. Hlavní zdroj obživy těchto lidí byla žebrota. Ani na začátku novověku stát neusiloval o uplatňování sociální politiky, jejíž součástí byla jakákoliv podoba dnešní sociální práce.

### **3.3.3. Kapitalismus a vznik moderního státu**

*Rozvoj charitativních aktivit na Západě v první polovině 19. století byl souběžný s procesy, které vyvolal nástup industriální civilizace (zakládání továren, růst měst, vznik dělnictva, rovnoprávnost žen s muži). Tradiční vazby lidí na širokou rodinu i místní komunitu, byly díky tomuto rozvoji silně oslabovány či narušeny až úplně zrušeny.<sup>4</sup>*

Největším pohonem pro společenský pohyb v 19. století byl rozvoj vědy a techniky. Ekonomie se v tomto období začíná formulovat, jako samostatná věda, na půdě politické filosofie je formulován kánon liberalismu, který zněl: Stát se nemá plést do fungování volného trhu. Nositelem charitativních aktivit v Evropských zemích byly ve většině případů příslušníci vyšších a středních vrstev motivovány soucitem s chudými v naprosté většině ženy, tyto aktivity dnes spadají do sféry profesionální sociální práce.

V souvislosti s hladomorem, který trval až do třicátých let 19. století, začaly evropské státy podporovat rozsáhlé charitativní akce, jako například sbírky starých školních pomůcek pro chudé před zimou. Odpovědnost za hendikepované postupně přebíraly orgány státu, regionu a obce, které po splnění podmínek mohly handicapované posílat do církevních zařízení. Obce tehdy vydávaly formou vyhlášek své vlastní chudinské řády, které upravovaly nároky na dávky a služby.

---

<sup>4</sup> Matoušek, Základy sociální práce, str. 96

### 3.3.4. Počátky sociálního zabezpečení a sociální práce

V průmyslových zemích západní Evropy a USA vznikla sociální práce jako samostatná profesní specializace až na konci 19. století. Na přelomu 19. a 20. století začalo prosazování a zavádění plošných podpor pro handicapované, ze strany některých politických stran a nevládních organizací.

*Koncem 19. století se v Německu objevily první pokusy o rozsáhlé sociální pojištění, tzv. Bismarckovy reformy. Hlavní Bismarckovou zásluhou bylo podle Tomeše (1996) zavedení sociálního pojištění pro široké vrstvy zaměstnanců pro případ nemoci, úrazu, invalidity a stáří. Reformy zároveň zestátnovaly pokladny dělnických svépomocných spolků.<sup>5</sup>*

V průběhu 19. století začaly vznikat v církvi nové iniciativy, byly to ženské společnosti pro péči o chudé a nemocné, která poskytovala materiální i finanční pomoc potřebným, dále to byla diakonie žen, kde pracovaly především neprovdané ženy, které měly vzdělání v péči o nemocné a pedagogice malých dětí. Další organizací byla diakonie mužů, což byl azylový dům pro děti z rozvrácených a nefunkčních rodin, které vychovávaly muži, kterým se nazývalo bratři, jelikož se předpokládalo, že budou jako bratři stát na straně mládeže.

Krátce na to v USA a Anglii bylo založeno hnutí *Společnost charitní organizace (Charity Organization Society, COS)*, které organizovalo kontakt s chudými, formou osobních návštěv v domácnostech. Posláním této organizace bylo dát jim kontakty a informace o jiných organizacích, které byly schopné jim najít zaměstnání, dát právní radu či jinou podporu. Také poskytovala finanční pomoc z církevních fondů, ale pouze po prověření faktu, že rodina či jednotlivec nemohou získat prostředky jiným způsobem či odjinud. *Na přelomu století se COS snažila prosadit a ovlivňovat sociální zákony, roky 1898 dle H. W. Johnsona organizovala jeden z prvních vzdělávacích programů v sociální práci.<sup>6</sup>*

První školy, které se specializovaly na sociální práci, byly založeny těsně před začátkem 20. století v Amsterdamu, New Yorku a Londýně. Školy měly zprvu formu pouze krátkodobých kurzů, například šestiměsíční letní kurz, který byl později prodloužen na dvouletý. Do začátku dvacátých let 20. století vznikly další desítky škol v Evropě, Severní i Jižní Americe se specializací na sociální práci. Většinou byly školy podporovány církvemi, či byly světské.

---

<sup>5</sup> Matoušek, Základy sociální práce, str. 98

<sup>6</sup> Matoušek, základy sociální práce, str. 99

*Ve většině případů byly průkopníky profesionální sociální práce ženy. „Zakladatelky ženského hnutí považovaly sociální práci a rodičí se nové zaměstnání za nástroj k emancipaci žen. Pozůstatkem tohoto vlivu je přetrvávající feminizace povolání sociálního pracovníka.“<sup>7</sup>*

### **3.4. Terénní sociální práce**

*Terénní sociální práce bývá nejčastěji označována jako streetwork (práce na veřejných prostranstvích, ulicích) ale vymezené terénní sociální práce je mnohem širší. Kritériem není pouze ona terénnost (práce v přirozeném prostředí klienta), ale také určité vztahy ke klientům (snaha o motivaci člověka z určité cílové skupiny o to, aby se stal naším klientem a využíval naše služby).<sup>8</sup>*

#### **3.4.1. Specifika a základní principy sociální práce**

Terénní sociální práce je jedním z významných nástrojů, jak předejít sociálnímu vyloučení jedinců, rodin či celých skupin ze sociálních institucí, které jsou dostupné většině společnosti. Kontakt s klienty v jejich přirozeném prostředí má v sociální práci hluboké kořeny. Velkým specifikem terénní sociální práce tedy je vyhledávání potenciálních uživatelů, které neprobíhá na půdě žádné organizace, která sociálního pracovníka zaměstnává, ale v terénu.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje sociální práci jako činnost či soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Je realizována prostřednictvím terénních forem sociálních služeb.

Terénní sociální práci dělíme na tři hlavní skupiny dle typů činností: práci přímou, práci nepřímou a práci přesahující.

***Práce přímá** zahrnuje všechny typy činností vykonávané v interakci s jednotlivými klienty nebo cílovými skupinami. Její součástí je monitoring<sup>9</sup>, depistáž<sup>10</sup>, kontaktování, individuální práce a skupinová práce. Součástí individuální a skupinové práce je sociální*

---

<sup>7</sup> Novotná, Schimmerlingová, 1992

<sup>8</sup> Matoušek, Metody a řízení sociální práce

<sup>9</sup> Monitoring – mapování terénu, které je zaměřeno na poznání charakteru lokality z architektonického hlediska

<sup>10</sup> Depistáž - vědomé, cílené, včasné vyhledávání nemocných nebo zdrojů nemoci v celé populaci nebo ve vybraných skupinách

*intervence, včetně aktuální krizové intervence, speciální sociální poradenství, sociální výcvik a další různé formy vycházející ze zážitkové pedagogiky.*

***Práce nepřímá** obsahuje typy činností nutné pro práci s cílovými skupinami, jako je vypracování koncepce a projektů, nezbytná administrativa, jednání s institucemi, prezentace a medializace práce na veřejnosti.*

***Práce přesahující** neboli smíšená v sobě nese prvky z obou předcházejících forem. Prostřednictvím nepřímé práce nepomáhá řešit konkrétní problémy sociálního pracovníka související s přímou prací s cílovými skupinami. Tato forma obsahuje metodické vedení, profesní vzdělávání, intervizní sezení a supervizi.<sup>11</sup>*

### **Plusy terénní sociální práce**

Práce s jednotlivcem, komunitou či rodinou, přirozené prostředí klienta, více času na klienty, možnost lepšího vyčlenění času na potřeby klienta, bezprostřední kontakt s realitou, ve které klient žije, nižší finanční náklady na službu, přímá pomoc v krizi, intenzivnější kontakt s klientem, pocit bezpečí klienta, který je v přirozeném domácím prostředí, a další.

### **Mínusy terénní sociální práce**

Vyšší riziko syndromu vyhoření, nemožnost vyřešení některých problémů na místě (tiskárna, počítač, internet, neochota spolupráce ze strany klienta, nedostatek pracovníků v terénu, vytíženost, složitější pracovní podmínky, a další.

## **3.4.2. Sociální práce se seniory**

*Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat především nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijícím v nich, žijícím*

---

<sup>11</sup> Matoušek, Metody a řízení sociální práce, str. 174



*v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci.*<sup>12</sup>

Sociální práce je tedy soustředěna do oblasti péče o seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem jejich funkčních schopností a soběstačnosti, které člověka omezují v uspokojování jeho každodenních potřeb, naplňování plánů či udržení kontroly nad svým životem v míře na jakou byl člověk zvyklý a která tím významně snižuje kvalitu jeho života.

### **Sociální práce se seniory ve zdravotnických zařízeních**

*Sociální pracovník je vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní a následné, dlouhodobé péče ústavní či terénní.*<sup>13</sup> Spolupracující lékař také od sociálního pracovníka očekává, že se bude zabývat i problematikou jako je vyplácení důchodů či záležitostmi týkající se úmrtí (zajištění pohřbu, dědictví, kontaktu s notářem, soudy a další). Jeho pracovní pole se tedy dle představy lékařů nachází mezi nemocným a jeho rodinou.

Starý člověk, který je přijat do nemocnice, je nejvíce ohrožen ztrátou své soběstačnosti a nestabilitou svého zdravotního stavu, které jsou důsledkem onemocnění. Při stabilizaci pacientova stavu je důležité, aby sociální pracovník zajistil pacientovi dostatek potřebné péče, vhodné prostředí a dostatek sociální podpory, tak aby pacient zvládl svůj návrat do svého přirozeného prostředí či instituce. Sociální pracovník má při této události povinnost být členem geriatrického týmu, kde budou hodnotit zdravotní stav pacienta ke vztahu k podmínkám a zdrojům jeho domácího prostředí.

### **Přímá sociální práce se starším pacientem**

Práce sociálního pracovníka spočívá v pomoci při hledání řešení svízelných situací seniorů, při podporování při rozhodování jak jeho tak rodiny. Samozřejmě jedině pacient, ať už je jakkoliv starý a velmi nemocný, tak jedině on má právo samostatně rozhodnout o řešení své budoucnosti a způsobech zacházení s ním. Pracovník by měl být trénován ve speciálních komunikačních dovednostech, kdy je schopen pacienta morálně i psychicky podpořit, například pohlazením, či podáním ruky, pohled do očí a jiné projevy. Dalším velmi důležitým nástrojem pracovníka při práci s klientem je rozhovor (staří lidé mají velkou potřebu vyprávět svůj životní příběh druhým lidem, vypovídat se ze svých trápení, řešit své problémy).

---

<sup>12</sup> Matoušek, Sociální práce v praxi, str. 163

<sup>13</sup> Matoušek, Sociální práce v praxi, str. 165

Rozhovor je prostředkem, kdy je možné se dozvědět mnoho informací o klientovi, jeho minulosti, jeho rolích v životě, zájmech, sociálních podmínkách, v nichž žil, pohled na rodinné vztahy a jak je to mezi ním a jeho rodinou. Při rozhovoru sociální pracovník také může prověřit, jak je pacient srozuměn s instrukcemi od lékařů či fyzioterapeutů se správným užíváním léků a péči o zdraví.

### **Sociální práce se starými lidmi v domácím prostředí (Home Care)**

Home Care neboli domácí péče je kombinací zdravotní a sociální péče poskytované klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí, a to většinou na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Kvalitně poskytovaná domácí péče umožňuje zkrátit dobu hospitalizace v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení pouze na nezbytně nutnou dobu. Při kvalitně poskytované domácí péči je dokonce někdy možné se hospitalizaci zcela vyhnout.

Hlavními výhodami domácí péče proti hospitalizaci v nemocnici jsou lepší psychická pohoda klienta (soulad s pohodlím domácího prostředí, neomezený kontakt s rodinou atd.) a naprosté vyloučení rizika nosokomiálních<sup>14</sup> nákaz (infekce vznikající v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení). Domácí péče je také výrazně levnější.

Klientem domácí péče se může stát v podstatě kdokoli. Rozhodujícím kritériem pro indikaci domácí péče je skutečnost, že zdravotní stav klienta není možno zvládnout běžnou laickou péčí, přitom ale stav bezpodmínečně nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. O této indikaci rozhoduje ošetřující lékař.

Domácí péče má být dostupná nepřetržitě. Záleží na dané agentuře, zda je toto schopna zajistit. Home Care LINE, poskytuje službu klientům nepřetržitě ve dne v noci, včetně svátků. Zajištění potřebné péče je pak věcí konkrétní domluvy.

Ve vyspělých zemích je domácí zdravotní péče (neboli Home Care) považována za systém zdravotní péče, která:

- **udržuje rodinu pohromadě** i v době nemoci. Léčení v nemocnici či v LDN se omezuje pouze na případy, kdy léčba doma není možná.

---

<sup>14</sup>Nosokomiální nákazy, jsou onemocnění exogenního nebo endogenního původu, která vznikají v příčinné souvislosti s hospitalizací pacientů v nemocničním zařízení

- Nemocný se cítí mnohem lépe ve svém prostředí a rychleji se uzdravuje
- **zlepšuje psychický stav** nemocných, vylučuje hospitalismus, urychluje hojení a umožňuje trvalou podporu Vaší rodiny.
- snižuje náklady na zdravotní péči (mimo jiné i díky **rychlejšímu uzdravení**)

### 3.4.3. Formy domácí péče

**Domácí hospitalizace** – specializovaná péče pro klienty po operacích či úrazech, ale samozřejmě i pro klienty s různými interními onemocněními. Typickým klientem je pacient po operačním zákroku, jehož stav již nevyžaduje hospitalizaci, ale zároveň je nutno pečovat o operační ránu, rehabilitovat apod. Po některých operacích je při zajištění kvalitní domácí péče možné propustit pacienta z nemocnice již několik hodin po výkonu.

**Dlouhodobá domácí péče** – péče o chronicky nemocné klienty. Spektrum diagnóz v této skupině je velmi široké. Jedná se o různá onemocnění:

- plicní, gastroenterologická, nutriční (různé druhy sondové výživy či domácí parenterální výživy při nedostatečném příjmu potravy), metabolická (měření glykemií a aplikace inzulínu u diabetiků včetně náviku sebeobsluhy v této oblasti, neurologická (např. péče o klienty po cévních mozkových příhodách), onkologická (včetně léčby bolesti), a další

**Preventivní domácí péče** – péče o klienty, u kterých je ošetřujícím lékařem indikováno pravidelné sledování zdravotního stavu (denně, obden, týdně). Například měření krevního tlaku, výživových parametrů nebo odběry krve.

**Domácí hospicová péče** – péče o klienty v preterminálním nebo terminálním stadiu života. Cílem je především minimalizovat fyzické a duševní utrpení klienta a ve spolupráci s rodinou mu poskytnou maximální možnou kvalitu života v této nelehké situaci. Čím dál více lidí již chápe, že poskytnout umírajícímu možnost pobýt v posledních dnech či týdnech doma je většinou jednou z mála věcí, kterou můžeme takovému člověku poskytnout.

### **Jak péče o seniory a zdravotně postižené probíhá:**

#### **Péče o hygienu**

Hygiena na lůžku, doprovod seniora do koupelny, koupel či sprcha, umytí a vysušení vlasů, výměna spodního prádla a inkontinencích vložek, pomoc při oblékání a svlékání, převlečení lůžka, procvičení dolních i horních končetin, pomoc při přesunu na toaletu.

### **Strava**

Ohřátí a podání jídla a nápojů, pomoc při kontumaci, dodržení pitného režimu, umytí a uklizení nádobí.

### **Aktivity (péče o seniora při procházkách a dalších aktivitách)**

Pomoc při používání kompenzačních pomůcek, pomoc při zajištění orientace v bytě a jeho okolí, jednoduché ošetřovatelské úkony, dohled nad dodržáním léčebného režimu, podávání léků, doprovod na společenské, kulturní akce či k lékaři, nebo jiné pochůzky.

### **Péče o domácnost seniora**

Vyprat prádlo a pověsit jej, vyluxovat či jinak uklidit byt pro běžné užívání.

### **Sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních**

Existují dva typy rezidenčních zařízení, jsou to léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a domovy pro seniory, tyto dvě zařízení jsou si velice podobné svým charakterem. K odchodu do rezidenčního zařízení se staří lidé rozhodují buď dobrovolně, nebo jsou k němu donuceni okolnostmi, zejména zhoršením jejich zdravotního stavu.

LDN poskytuje intenzivní doléčovací a rehabilitační služby, která by ovšem neměla být delší než tři měsíce, pokud se tak stane, že je péče delší musí sociální pracovník vyřešit problém s propouštěním a následnou péčí pacienta. Mohou ovšem nastat situace, kdy pobyt pacientů je v LDN prodlužován, často i za cenu překládání ze zařízení do zařízení. Tyto stavy mohou trvat i několik let, kdy se dlouhodobý pobyt mění na trvalý. Poskytované služby hradí zdravotní pojišťovna.

**Domovy pro seniory** poskytují svým klientům stravování, ubytování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

aktivizační činnost (volnočasové aktivity a pomoc při prosazování práv a zájmů (např. pomoc při vyřizování osobních záležitostí na úřadech, komunikaci s firmami apod.)

*V ČR existují tři typy rezidenční péče, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:*

- 1. Domovy – penzióny pro důchodce, kteří jsou zcela zdraví a soběstační. Pronajímají si zde byt, který si vybavují svým nábytkem a mohou si objednat a zaplatit některé služby (úklid, praní a žehlení, nákupy, doprovod, či stravování)*
- 2. Domy s pečovatelskou službou také nabízejí byty uživatelům do pronájmu. Jsou to však byty zvláštního určení, v nichž jsou kromě ubytování poskytovány i sociální služby (v pracovní dyn je zde trvale přítomna pečovatelská služba, která poskytuje pomoc v péči o domácnost seniora a pomoc při aktivitách denního života, jako je základní hygienická péče, pomoc při jídel, zajišťování věcí na úřadech, doprovod k lékaři, případně i jednoduché ošetrovatelské úkony).*
- 3. Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající.<sup>15</sup>*

---

<sup>15</sup> Matoušek, Sociální práce v praxi, str. 178-179

## 4. Sociální služby

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis

*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širší společnosti.<sup>16</sup> Úkolem sociálních služeb je ochrana občana, tím, že něco konají v jeho prospěch.*

V užším pojetí jsou sociální služby v České republice nedílnou součástí státního systému sociálního zabezpečení. Jsou řazeny do oblasti tzv. sociální pomoci, která zahrnuje nejen sociální služby, ale také finanční a věcné dávky, poskytované lidem ve stavu hmotné nouze.

Poskytovatelem sociálních služeb jsou v dnešní době obce a kraje, které dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení, kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Mezi další významné poskytovatele patří nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.

### 4.1. Vývoj sociálních služeb

#### 4.1.1. Sociální služby v meziválečném období

Nejvíce poskytovanou službou za první republiky u nás byla ústavní péče. Mezi nejvýznamnější dobrovolné spolky, které působily v tomto období, byly: Společnost Čs.

---

<sup>16</sup> Matoušek, Sociální služby, 2007

Červeného kříže, organizace Okresních péčí o mládež, Masarykova liga proti tuberkulóze. V tomto období se velice rozvíjely specializované poradenské služby (například: poradny pro volbu povolání, poradny pro duševní zdraví, městské sociální poradny a další), které původně vznikly jako nestátní či církevní zařízení, ale postupem času byly některé z nich přebírány státem.

Nejvíce proslaveným ústavním zařízením v této době byly u nás Masarykovy domy – sociální ústavy hlavního města Prahy v Krči, které ve své době byly nejmodernějším zařízením tohoto typu v Evropě. V areálu se nacházelo šest starobinců, ústav pro 100 manželských párů a čtyři chorobince. Během několika let byly přistaveny další dva pavilony, včetně ambulancí a operačních sálů. Mimo jiné měly domy k dispozici také vlastní divadelní sál, kinosál, sportovní hřiště, tenisové hřiště, bazény a ústřední knihovnu. Díky tomuto celkovému vybavení patřil mezi unikáty.

#### **4.1.2. Sociální služby v tzv. socialistickém státě**

Díky komunistickému režimu naše republika přistoupila ke změně koncepce s jistým zpožděním, jelikož prioritou po převratu byla stabilizace moci a zajištění chodu hospodářství. Hned po roce 1948 byl u nás zrušen institut domovského práva a nahrazen institutem československého občanství (Zákon č. 174/1945 Sb.). Starost o znevýhodněné občany tím přešla z obcí na stát. Církevní a jiné nestátní útvary a organizace se tedy postupně rušily a přecházely do rukou státu, do jisté míry tato situace přetrvává do současnosti. Stát svěřil sociální služby do rukou několika ministerstev.

V šedesátých letech se rozšířila pečovatelská služba, vznikla zařízení pro seniory, podporu dostávaly také místní kluby důchodců. V těchto letech dále vznikla velká škála manželských poraden poskytující pomoc lidem ještě před uzavřením sňatku, ale i po něm a také v době rozvodu. Další důležitým resortem, který v této době vznikl, byly první linky důvěry.

#### **4.1.3. Sociální služby v transformačním období**

*Zásadní změny v naší republice nastaly až po roce 1989, jak v oblasti politické a ekonomické, tak v oblasti sociální. Roku 1990 byl připraven Scénář sociální reformy (program postupu reform v jednotlivých částech československého systému sociální*

*ochrany). V rámci tohoto programu se předpokládala reforma celého systému sociální péče a jeho přetvoření na moderní systém sociální pomoci.* <sup>17</sup>

Uvolnění poměrů a celkové situace v československé republice znamenalo v sociální oblasti vznik a vysoký nárůst nestátních neziskových organizací, které začaly poskytovat služby sociálních služeb. Většina těchto organizací byla založena jako občanská sdružení, která se dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů nemusejí nikomu zodpovídat, nemusí vydávat výroční zprávy ani si nechávat dělat audit svého hospodaření s financemi. Po roce 1989 si i církve zřídily organizace poskytující sociální služby (například Diakonie, Charita a další), které na rozdíl do občanských sdružení preferovala služby ústavního charakteru, začaly provozovat domovy důchodců, hospice, azylové domy pro lidi bez domovů a pro svobodné matky s dětmi.

Financování nestátních poskytovatelů sociální služeb po roce 1989 bylo závislé na centrálně rozdělovaných dotacích ze státního rozpočtu, které byly poskytovány pouze na jeden rok. I když byly dotace poskytnuty, byly organizacím připsány na jejich účet se zpožděním až několika měsíců, což bylo ohromnou systémovou vadou, která přiváděla poskytovatele sociálních služeb do značné nejistoty.

## **4.2. Druhy poskytovaných sociálních služeb dle cílových skupin**

- Služby pro nezaměstnané, služby reagující na chudobu a bezdomovectví

Otázkou nezaměstnanosti se u nás v České republice zabývají úřady práce, které evidují volná pracovní místa a nabízí je svým klientům. Nezaměstnaní od státu pobírají podporu v nezaměstnanosti. Nejvíce ohroženou skupinou nezaměstnaných jsou starší lidé, lidé s nižší kvalifikací, příslušníci etnických menšin, ale i ženy.

Reakce na chudobu se pojí s potřebami jednotlivce, každý potřebuje určité množství materiálních zdrojů a služeb. Stav hmotné nouze je posuzován podle výše příjmu, dělí se na životní minimum a existenční minimum (tzn. minimální příjem zajišťující přežití).

- Služby pro děti a rodiny

V České republice se touto problematikou zabývá oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Sociálně-právní ochrana dítěte představuje zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení,

---

<sup>17</sup> Matoušek, Sociální služby, str. 30



svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, zahrnuje také ochranu dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním. Ochrana dítěte, která je širším pojmem než sociálně-právní ochrana, tak zahrnuje ochranu rozsáhlého souboru práv a oprávněných zájmů dítěte, a je proto upravena v různých právních odvětvích a v právních předpisech různé právní síly.

- Služby pro rizikové děti a mládež

Povinností starat se o problémové děti a mladistvé, o mladistvé páchající trestnou činnost a jejich rodiny má u nás kurátor pro děti a mládež, který je zároveň úředníkem státu. Jelikož je u nás těchto problémových mladistvým hodně, kurátoři jsou nuceni je odkázat do dlouhodobé péče nějaké jiné organizaci u nás (patří sem diagnostické ústavy, dětské domovy, výchovné ústavy pro mládež, střediska výchovné péče a další).

- Služby pro staré lidi

Do roku 2006 v České republice existovaly tyto typy služeb: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy - penzióny pro důchodce. Pod novou legislativou všechny tyto typy spadají pod kategorii Domov pro seniory. Základní službou v péči o staré lidi je u nás, i jinde v Evropě, pečovatelská služba, která je z velké části zřizována obcemi nebo výjimečně nestátními neziskovými organizacemi. Cílem pečovatelské služby je dovážka jídla a pomoc s chodem domácnosti.

Nejvýznamnější změnou, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách, byl příspěvek na péči. *„Příspěvek na péči bude poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu budou potřebovat pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti“*<sup>18</sup>

Body pro posuzování péče o vlastní osobu

-Příprava stravy, podávání a přijímání stravy, mytí těla, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, stání, schopnost vydržet stát, sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, schopnost rozpoznat jeho správné vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, dodržování léčebného režimu.

---

<sup>18</sup>Matoušek, Sociální služby, str. 90

## Body pro posuzování soběstačnosti

- Komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení do sociálních aktivit odpovídajícím věku, obstarávání potravin a běžných věcí (nakupování), vaření nebo ohřívání jídel, péče o chod a údržbu domácnosti, péče o prádlo, péče o lůžko, manipulace s kohouty, vypínači a domácími spotřebiči, manipulace se zámky, otevírání a zavírání oken a dveří.

- Služby pro uprchlíky

Uprchlíkem se rozumí osoba, která opustila svou zemi, aby unikla pronásledování, ozbrojenému konfliktu nebo pronásledování. Existují u nás tři typy zařízení pro uprchlíky

1, přijímací středisko – v tomto středisku jsou uprchlíci po první dobu pobytu, kdy budou ověřeny doklady cizince, dále jsou jim zde provedena základní lékařská vyšetření.

2, pobytová střediska – jsou zde ubytováni žadatelé o azyl, dlouhodobě. Bezplatně je jim zajišťována strava, bydlení a další služby.

3, integrační azylová střediska – přechodné bydlení pro osoby, kterým byl udělen azyl. Služby jsou zde placené.

- Služby pro lidi s postižením

Podle zákona o sociálních službách jsou dva typy ústavních zařízení. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Novým trendem se stalo zavádění tzv. aktivizačních programů, které jsou propojeny s individuálním plánem péče o postižené. Mezi další poskytované služby pro tělesně postižené patří chráněné bydlení, stacionáře, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, pečovatelská služba, odlehčovací služba, předčitatelské služby, osobní asistence, sociálně terapeutické dílny a sociálně aktivizační služby.

- Služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi

Duševní nemoc u lidí nelze předvídat, někdy lze nemoc zcela vyléčit. O pacienty se pak starají psychologové, psychiatři, sociální pracovníci. Mezi poskytované služby pro duševně nemocné patří: řízená péče, ústavní péče, denní stacionáře, terapeutická práce

s rodinou, podporované bydlení pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí bydlet s rodinou, podporované zaměstnání pro pacienty kteří se nemohou uplatnit na trhu práce, chráněné dílny, pacientské kluby a krizová intervence.

- Služby pro nemocné

Nemocným lidem slouží zdravotnická zařízení, ve kterých pracují sociálně zdravotní pracovníci (kteří mají na rozdíl od sociálních pracovníků vyšší vzdělání a musí projít jistým zdravotnickým kurzem) a sociální pracovníci. Další službou pro nemocné je komplexní domácí péče, kterou poskytuje sociální pracovnice na základě plánu ošetřujícího lékaře. Typickým příkladem využití domácí péče je pooperační nebo poúrazová péče, která zahrnuje zejména ošetření ran, zajištění hygieny, stravování a rehabilitace.

- Služby pro lidi se závislostmi

Preventivní programy mají u nás nejčastěji podobu besed odborníků. Centra pro pomoc lidem se závislostmi: kontaktní centra (v těchto centrech se lidem poskytuje poradenství a výměnné programy např. výměny injekčních stříkaček pro drogově závislé), denní sanatoria (pořádají se zde skupinové psychoterapie), léčebné komunity (klienti navštěvují toto zařízení dlouhodobě, na svou žádost postupují postupně s léčbou od jedné fáze do druhé), domy na půl cesty (poskytují podporu při hledání zaměstnání i nových přátel a ubytování), ambulantní doléčovací programy (mají stejný cíl jako domy na půl cesty).

- Služby související s výkonem spravedlnosti

Od r. 2001 je u nás zřízena probační a mediační služba pod záštitou Ministerstva spravedlnosti, kdy probační pracovníci vykonávají dohled nad obviněnými a odsouzenými.

- Služby pro občany

Veškeré sociální poradenství v problematice bydlení, rodina, pracovní záležitosti, majetkové záležitosti, sociální dávky, finanční záležitosti a další poskytují občanům nestátní neziskové organizace, které existují v krajích a obcích. Poradenství probíhá nejčastěji formou osobní konzultace, písemné komunikace, nebo telefonické komunikace. Tyto poradny mají své stálé zaměstnance, ale využívají i pomoci dobrovolníků.

### **4.3. Druhy poskytovaných služeb dle situace klientů**

#### **Sociální poradenství**

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezplatně.

#### **Sociálně zdravotní služby**

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

#### **Sociální rehabilitace**

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.

## **Osobní asistence**

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

## **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

## **Služby rané péče**

Služby rané péče se poskytují rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je osobou se zdravotním postižením nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého sociálního prostředí. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována především v domácnosti. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

## **Podporované bydlení**

Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a

aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Odlehčovací služby**

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Centra denních služeb**

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, prostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Stacionáře denní a týdenní**

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné,

vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Azylové domy**

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Domy na půl cesty**

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

## **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

## **Krizová pomoc**

Krizová pomoc je ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy), terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

## **Služby následné péče a doléčovací**

Služby následné péče a doléčovací jsou ambulantní služby poskytující následnou péči osobám s chronickou psychickou poruchou a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo které abstinují. Služba obsahuje terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

## **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi**

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné sociální situace, kterou rodiče nemohou sami bez pomoci překonat. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.



## **Terapeutické komunity**

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickou psychickou poruchou, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

## **Terénní programy**

Terénní programy jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života. Služba je určena pro problémové skupiny dětí a mládeže, uživatele drog, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

## 5. Sociální pracovník

Povolání sociální pracovník je uplatňováno v činnosti týkající se sociálních služeb, sociálně-právní ochraně dětí, ve školách, školských zařízeních, zdravotnických zařízeních, vězeňství a azylových domech. Sociální pracovník vykonává sociální agendy (řešení hmotné nouze či sociálně-právních problémů v zařízeních sociální péče), sociální šetření, sociálně-právní poradenství, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství, sociální rehabilitaci a jiné.

Předpoklad pro výkon tohoto povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost (pracovník jej doloží díky výpisu z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce), zdravotní způsobilost (doloží jej díky posudku o zdravotní způsobilosti od praktického lékaře, nebo závodní preventivní lékař) a odborná způsobilost.

*Odbornou způsobilostí sociálního pracovníka se rozumí:*

- *Vyšší odborné vzdělání, nebo vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitní práci, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost, sociální politiku, sociální péči a další sociální sféry.*
- *Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v uvedené oblasti, v rozsahu nejméně 200 hodin a praxe v povolání pracovníka nejméně 5 let pouze za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání, jiného, než je uvedeno výše.*
- *Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v uvedené oblasti, v rozsahu nejméně 200 hodin a praxe v povolání pracovníka nejméně 10 let pouze za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním.<sup>19</sup>*

Pokud někdo pracuje jako sociální pracovník a nemá požadovanou kvalifikaci, jeho podmínkou je si ji doplnit do pěti let, pokud není absolventem střední školy v oboru sociálně právním, nebo do deseti let, pokud je absolventem střední školy v oboru sociálně právním.

Každý sociální pracovník by měl mít samozřejmě kromě vzdělání v sociální sféře, také určité osobní předpoklady, které jsou velmi důležité. Mezi osobní předpoklady patří zkušenosti, zralost, profesionalita, organizační schopnosti, komunikativnost, respekt ke druhým lidem, všeobecný přehled, orientační schopnosti. Měly by mít zájem o klienta, být

---

<sup>19</sup> Janoušková, Nedělníková, Profesionální dovednosti terénních sociálních pracovníků, str. 17

vstřícní, empatičtí, důvěryhodní, odvážní, otevření, flexibilní, ochotni podat pomocnou ruku, emočně stabilní, mít stanovené své vlastní hranice a vědět o nich a spousty dalších důležitých vlastností pro práci sociálního pracovníka.

## **5.1. Sociální pracovník v sociálních službách**

Výkonem sociálního pracovníka je:

1. Přímá obslužná péče spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně, pomoc s oblékáním, pomoc manipulace s přístroji, pomoc s prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporování soběstačnosti, uspokojování potřeb klienta, běžný chod domácnosti, jídlo.
2. Prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, manuální zručnost, volnočasové aktivity zaměřené na rozvoj osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností ať už jde o hudbu, výtvarné umění či pohybové schopnosti. Dále sem řadíme osobní asistenci a provádění asistenční služby.
3. Pečovatelská činnost týkající se vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, péče o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, pomoc při vytváření sociálních a společenských kontaktů, organizační zabezpečování a koordinování pečovatelské činnosti v územním celku.
4. Pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnost při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.

## **5.2. Typy postojů sociálního pracovníka ke starému člověku dle Gilberta Leclerca**

1. Autoritativní typ

-typ, který člověku nutí své názory a rozhodnutí. Předpokládá, že ví co je pro člověka nejlepší. U osob o které pečuje, tento typ spíše vidí to, co jim chybí, než to co by mohly doopravdy samostatně dělat.

2. manipulující typ

-typ, který sice nevnucuje člověku své názory a rozhodnutí, ale dělá si s ním co chce, tak aby dosáhl cíle, kterého on chce. Místo toho, aby člověka vyslechl a akceptoval jeho potřeby, se snaží rozhodovat za něj.

### 3. ochranný typ

-typ, který člověka přesvědčí o tom, že není ničeho schopen, že by se mu mohlo něco stát a tím mu zabraňuje rozvíjet jeho autonomii.

### 4. spolupracující typ

-typ, který nechává starému člověku tzv. „volnou ruku“ ke všem jeho činnostem a rozhodování i za předpokladu horší kvality a menší rychlosti v jeho úkonech.

## 5.3. Sociální pracovník z hlediska přístupu ke klientovi

Z hlediska přístupu pracovníka ke klientovi můžeme pracovníky rozdělit do čtyř základních skupin, dle typologie Banksové:

**Radikální pracovník** ve většině případů prosazuje své vlastní potřeby a zájmy, poradenskou práci redukuje pouze na kontakty dalších odborníků, nezabývá se anamnestickými údaji, rád rozhoduje za klienta. Chybí u něj poradenský přístup. Vkládá do praxe své osobní

hodnoty, ale nejde mu v první řadě o klienta.

**Profesionální sociální pracovník** je ten pracovník, který se snaží najít optimální řešení klientova problému, jde mu nejen o dosažení cíle, ale i o udržení dobrého vztahu s klientem, kterého považuje za aktivního spolupracovníka.<sup>20</sup> Jde mu o práva a zájmy klientů.

**Byrokratický pracovník** pracuje vždy přesně podle předpisů, je přesný, uspořádaný, konkrétní, vyžaduje konkrétní informace. Jeho práce má zejména administrativní charakter. Pracovník s klientem manipuluje v zájmu jeho změny, vytváří představu osobní péče o klienta. Pracovník přesně rozlišuje osobní (soukromé) od profesního, aby nepocíťoval vinu za své manipulativní chování.

**Sociabilní pracovník** vkládá do práce své osobní morální hodnoty. V první řadě vystupuje jako člověk a teprve potom jako sociální pracovník. S klienty jedná jako s lidmi, je empatický a vnímavý. Jde mu o zachování přátelského vztahu nejen s klientem, ale i kolegy. Vychází z toho, že pracovník by měl o klienta pečovat, jednat s ním jako s přítelem.

---

<sup>20</sup> Matoušek, Metody a řízení sociální práce

## **5.4. Vztahy a hranice mezi pracovníkem a klientem**

### **Vztah mezi pracovníkem a klientem**

*Nemusíme pochybovat o tom, že vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání. Příslušné dovednosti se však ve školách většinou neučí. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.<sup>21</sup>*

### **Angažovaný pracovník**

Pracovník dělá svou práci se zaujetím a nadšením, chápe svou práci jako způsob uplatnění osobních morálních hodnot. Ve své práci vidí smysl, spokojí se i s podprůměrným příjmem. Klienty vnímá empaticky a s respektem, vnímá je jako sobě rovné, jedná s nimi jako s přáteli. *Sám sebe chápe především jako osobu a až potom jako sociálního pracovníka (používá stejné etické principy na situace v osobním životě i na ty, které vzniknou v rámci sociální práce). V kontextu současné praxe je tento přístup problematizován tím, že by sociální pracovník mohl být jednak obviněn ze stranění některým klientům (protože je v tomto rámci obtížné poskytnout stejnou péči všem), jednak může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem (možnost zneužití ze strany sociálního pracovníka i klienta), anebo k vyhoření. Proto je důležité, aby se sociální pracovník pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností.<sup>22</sup>*

### **Neangažovaná pracovník**

Tento pracovník nemá ke své práci vůbec žádný kladný vztah, problémy klientů ho nezajímají, často bývá i arogantní. Bohužel ani tyto případy neangažovaných pracovníků, ať už v jakémkoliv povolání, nejsou žádnou výjimkou.

### **Hranice mezi pracovníkem a klientem**

Hranicí mezi dvěma lidmi se rozumí, co je záležitostí mnou a co je záležitostí druhého. Hranice má každý člověk, ať už vůči svému okolí nebo přátelům, představují tak jakýsi obranný mechanismus vůči tomu co je uvnitř nás. Hlavním problémem je splývání, kdy pracovník bere záležitosti a problémy klienta příliš za své vlastní.

### **Narušení hranic mezi pracovníkem a klientem**

---

<sup>21</sup> Kopřiva, Lidský vztah jako součást profese, str. 15

<sup>22</sup> <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2070>

Narušením hranic mezi pracovníkem a klientem bývá nejčastěji **nadbytečná kontrola nad klientem**, která brání rozvoji autonomie. Angažovaný pracovník ji používá v dobré víře, kdy jde o zájem klientů, v aktuální situaci a časové tísní bývá nejrychlejších a nejsnadnějších řešením.

Další narušení hranic je **obětování se pro klienty**, kdy si pracovník počíná tak, jako by byl klient závislý pouze na jeho péči, čímž se mu věnuje neustále a nedbá na svou vlastní potřebu odpočinku.

## **6. Praktická část**

Svou praktickou část jsem prováděla v březnu s terénními sociálními pracovníky v pečovatelské službě v Libčicích nad Vltavou, kde bylo 10 žen a 1 muž. Měla jsem možnost strávit s nimi jeden celý den, kdy jsem byla přítomna všem jejich úkonům, které běžně vykonávají a které popíši dále v této teoretické části. Dále se má teoretická část skládat z vyhodnocení dotazníkového šetření, jak pracovníc, tak seniorů.

Pracovníkům byl zadán dotazník (příloha 1), který obsahoval 10 otázek zaměřených na jejich práci a služby, které poskytují, na spolupráci s rodinou, s praktickým lékařem, finanční ohodnocení, nejvíce poskytované služby, hrazení služeb. Otázky byly položeny tak, aby pracovník mohl odpovědět, jak uzná za vhodné a ne pouze ano či ne. Otázky byly dále rozváděny do rozhovoru, který jej rozváděl do větší hloubky. Rozhovory byly prováděny pouze se dvěma sociálními pracovníky, nikoli se všemi, se kterými bylo prováděno dotazníkové šetření.

Se seniory byl také prováděn Barthelův ADL test (příloha 2) jejich všedních schopností a dovedností, který obsahoval 10 otázek zaměřených na konzumaci jídla, pití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci stolice a moči, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech. Dále bych zadán IADL (příloha 3) test instrumentálních a všedních činností, který obsahoval 8 otázek, zaměřených na telefonování, nakupování, vaření, transport, domácí péči, práci kolem domu, finance a užívání léků. Oba testy byly doplněny o krátký dotazník, který sloužil ke zjištění osobních údajů (věk, pohlaví atd.) Cílovou skupinu tvořili senioři nad 69 let, kteří využívají v Libčicích nad Vltavou služby terénní sociální péče sociálních pracovníků.

### **Cíle výzkumu**

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak jsou na tom senioři v Libčicích nad Vltavou, kteří využívají terénní sociální práce. Zjištění jejich možností vykonávat běžné činnosti, které provádíme každý den. Dalším cílem, nikoli výzkumu, byl běžný den strávený se sociálními pracovníky.

## **Hypotézy výzkumu**

- ženy budou soběstačnější, než muži
- v testu ADL bude největším problémem hygiena, či chůze
- v IADL testu bude největším problémem práce okolo domu, starý člověk přeci nemá moc sil na to, aby pracoval kolem domu, například okopával záhony
- dalším problémem bude spravování financí
- práce terénního sociálního pracovníka nebude až tak náročná
- pracovníci budou staršího věku, převážně ženy

### **6.1. Den strávený s terénní sociální pracovnící**

Na konci března jsem měla možnost v rámci své teoretické části bakalářské práce možnost strávit jeden běžný den s terénní sociální pracovnící v Libčicích nad Vltavou a okolí.

Ráno jsem se sešla se sociální pracovnící a ještě před začátkem pracovní doby mi vysvětlila, co vlastně budu dělat a jak se v případech chovat. V dopoledních hodinách po příchodu do práce jsme měly na starost různé pochůzky seniorům na nákupy, do lékáren, svoz na pedikúru, umyjí špinavé kastrůlky na jídlo, pokud tam někdo neučinil. Každý den jsou pochůzky a úkony jiné, pracovnice se je dozvídají v ranních hodinách, kdy jim klienti volají, o tom zda dnes potřebují nakoupit, nebo něco jiného. Kolem desáté hodiny dopoledne odvázejí pracovnice kastrůlky na obědy do místní školy, která pro seniory vaří (jídlo si hradí senioři sami, stojí 20kč). Poté, co jsou kastrůlky odvezeny, mají chvíli pauzy, než v kuchyni jídlo nandají.

V jedenáct hodin začíná rozvoz jídla, které je již připraveno. Jely jsme pro něj tedy do školní jídelny. Rozvoz obědů byl v tento den pro 28 lidí. Většina klientů, kterým je dovážka jídla poskytována bydlí samostatně, bez své rodiny. Jsou to ovšem lidé, kteří se o sebe dokážou postarat, nebo mají ještě nějakou jinou pečovatelku. Jídlo jsme rozvážely ještě do dvou okolních vesnic, se kterými toto město spolupracuje. Lidem jsem donášela kastrůlky s jídlem a brala si od nich prázdné, umyté, které tam měli z předchozího dne. Z počátku jsem se bála, co všechno mě bude čekat a jak na mě budou lidé, kteří mě viděli poprvé v životě reagovat. Musím ale říci, že mě opravdu překvapili a všichni byly moc milí a vstřícní. Měla



jsem také problém s chozením k lidem například ke vchodovým dveřím přes zahradu (většinou bydlely v domech). Nejsem zvyklá k někomu přijít a hned mu vtrhnout na pozemek, sociální pracovnice mě ale ujistila, že je to v pořádku a že se to prostě musí.

Z velké části byly senioři soběstační, a jelikož bylo ten den hezké počasí, většinu jsme jich zastihly na zahradě. Pouze ve dvou případech šlo o klienty, kteří byli upoutáni na invalidní vozík. Paní ve věku 104 let, byla upoutána na invalidní vozík z důvodu svého věku, prý je takto odkázána už třetím rokem. Měla jsem možnost ji vidět a chvíli sni posedět, jelikož nás tlačil čas. Na první pohled bych paní ani tolik let neřekla, ale tím, že už moc není schopna mluvit, ani reagovat (občas se usmála a něco odpověděla), tak to na ní poznáte. Bydlí v domě se svou dcerou, která se o ni stará. Je to opravdu moc milá, ochotná paní.

Dalším případem byl muž, který byl upoután na vozík, chyběly mu spodní končetiny. Bydlel v domě na konci vesnice, s velkou zahradou a dvěma psi. Pán byl moc milý, vtipný, hned nás vítal z okna. Jeho pokoj ovšem odpovídaly tomu, že žije sám a je upoután na invalidní vozík. Všude byl nepořádek a spousta věcí. Jak jsem se ale dozvěděla, chodí k němu jednou týdně sousedka, která mu pomáhá s chodem domácnosti.

Celkový dojem ze dne bych hodnotila kladně. Ovšem nemohu říct, že jsem měla i na jednu stranu špatný pocit a přemýšlela nad tím, jak je možné že se o seniora nedokážou, nebo nemohou starat i jeho děti a rodina. Většina seniorů, které jsem za ten den měla možnost vidět, byly opravdu milí a vstřícní lidé. Chápu, že v dnešní době znamená pro někoho kariéra všechno, ale zapomenout přitom na své rodiče, kteří se o nás starají v podstatě celý život je otřesné.

## 6.2. Dotazníkové šetření pracovníci

Dotazníkového šetření se účastnilo 11 sociálních pracovníků, z čehož 10 byly ženy a 1 muž. Průměrná věková hranice dle výsledků, které se pohybovalo v rozmezí 25-47 let, je 38,09 let. Odlišnost věkové hranice tvořil pouze jediný muž, kterému bylo 25 let.

### 6.2.1. Vyhodnocení otázky č. 1

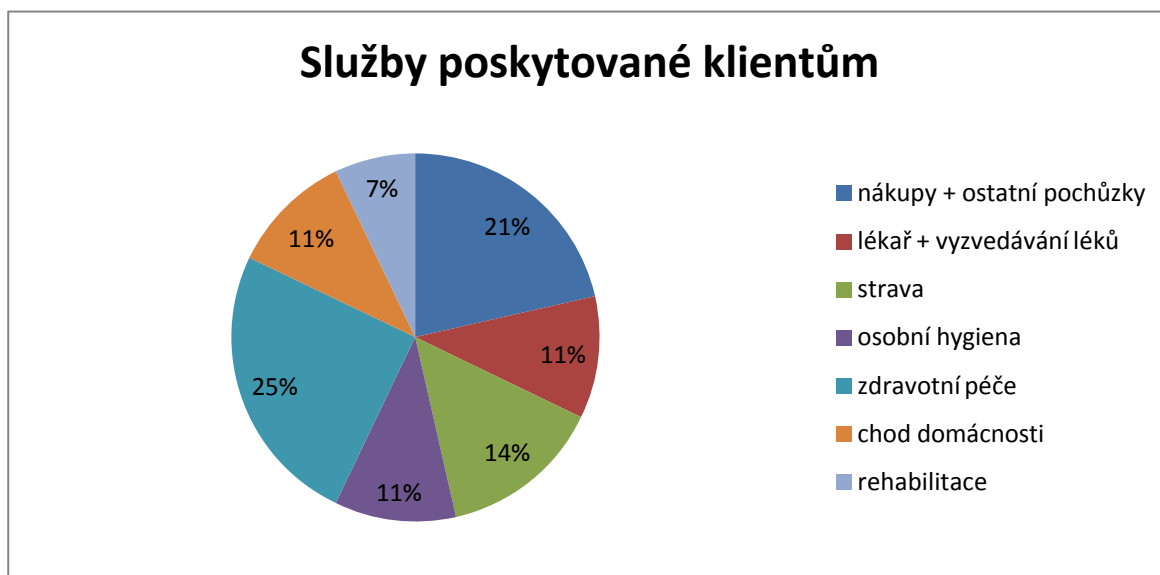
*Jak dlouho již pracujete v oblasti sociální péče či práce?*



V této otázce se objevily tři skupiny délky práce v sociální sféře. V první skupině se ve třech odpovědích objevilo 4-5 let. Druhou skupinu tvořily odpovědi v rozsahu 10-11 let, které se zde objevily dvakrát. A v poslední skupině byly odpovědi 15-20 let šestkrát. Z výsledků tedy lze usoudit, že většina pracovníků je velice zkušených a ve své profesi zaběhnutých.

## 6.2.2. Vyhodnocení otázky č. 2

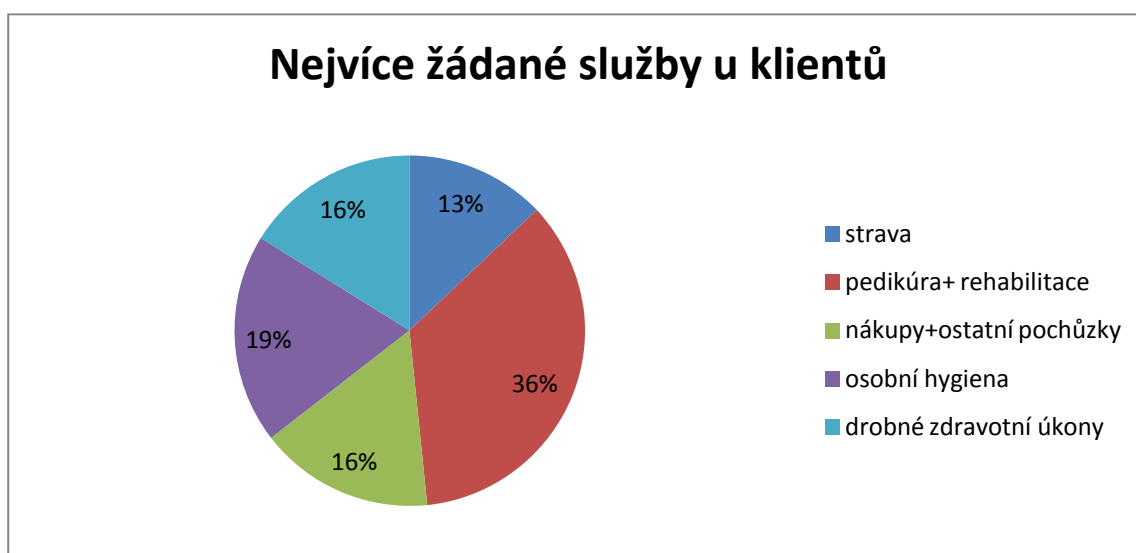
*Co je náplní Vaší práce, jaké služby klientům poskytujete?*



Mezi nejčastější odpovědi, které se objevovaly, je náplní práce osobní hygiena, strava, návštěvy lékaře + věci s ním spojené (například vyzvedávání léků), nákupy + další pochůzky, zdravotní péče a další. Převahu, nikoli však velkou měla zdravotní péče a nákupy či jiné pochůzky, které si klienti nedovedou obstarat sami.

## 6.2.3. Vyhodnocení otázky č. 3

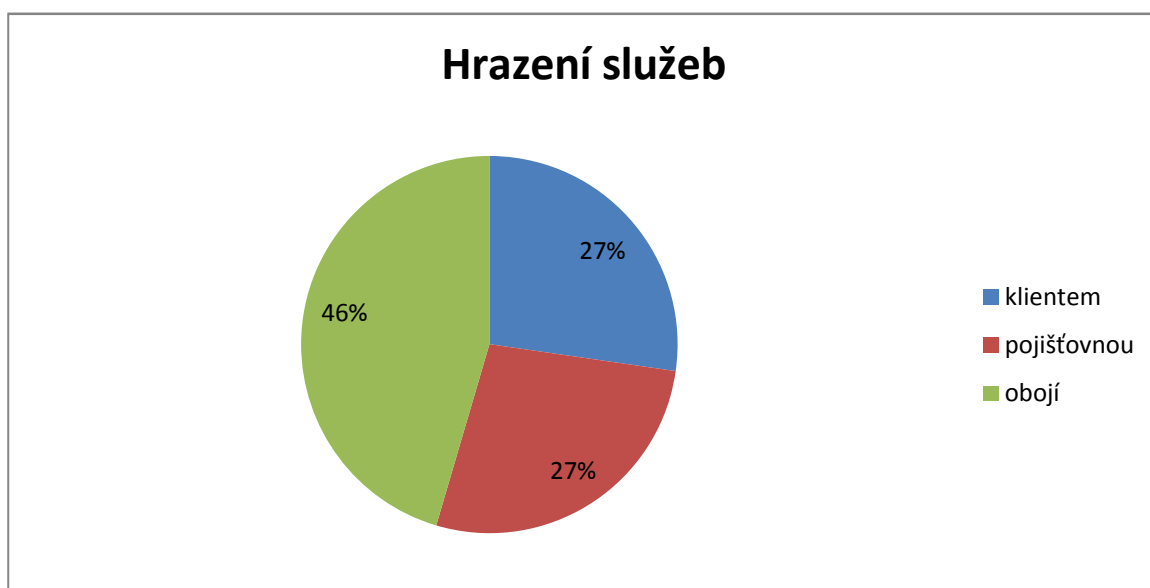
*Jaká služba je u klientů nejvíce žádaná?*



Otázka zaměřená na nejvíce žádané služby mezi klienty by se měla shodovat s předchozí otázkou. Jak si ale můžeme všimnout z tohoto grafu je patrné, že je zde služba navíc, kterou je pedikúra a rehabilitace (jsou to služby, které nemají pracovníci v popisu své práce, ale dělají je další pracovníci, kteří ovšem nespádají do sféry terénních sociálních pracovníků, nýbrž do pečovatelské služby, ale spolupracují spolu).

#### 6.2.4. Vyhodnocení otázky č. 4

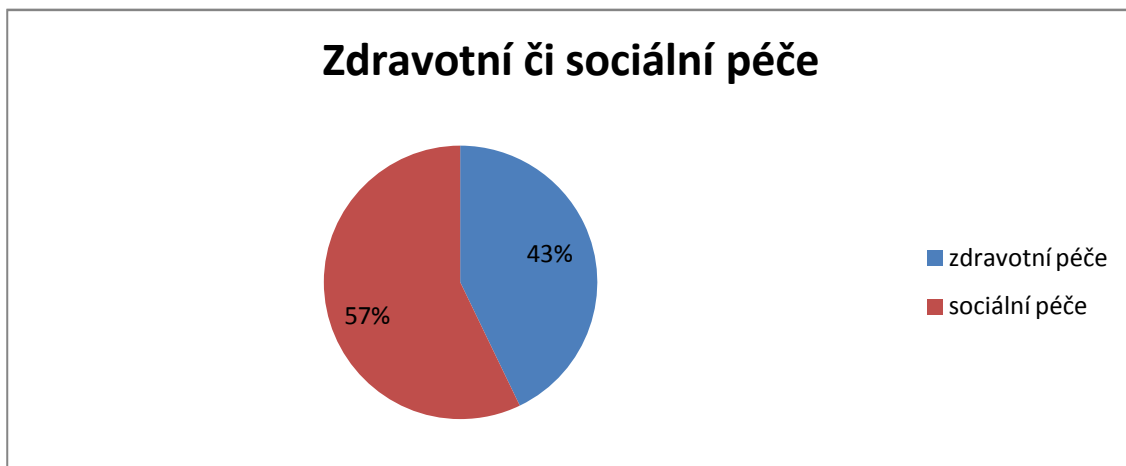
*Jsou vaše služby placené klientem nebo hrazené zdravotní pojišťovnou?*



Služby, které město poskytuje, nemohou být samozřejmě všechny placeny pouze klientem či pojišťovnou. Všichni terénní sociální pracovníci zde nedělají každý to samé, někdo je více specifikován na zdravotnickou péči, někdo na pomoc s domácností klienta. Proto se také vyskytla odpověď „obojí“, kdy něco je hrazeno klientem. Služby, které jsou hrazené klientem, jsou ty, které nepředepíše a nepotvrdí praktický lékař. Samozřejmě si klient sám hradí například nákup, který jim sociální pracovník obstará.

### 6.2.5. Vyhodnocení otázky č. 5

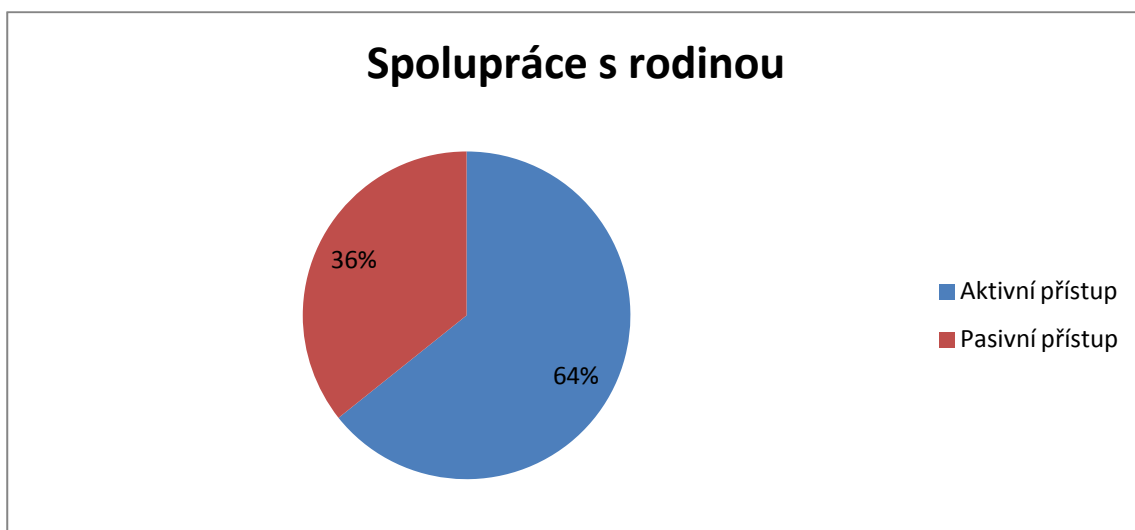
*Poskytujete pouze zdravotní péči, nebo i sociální (nad rámec Vašich pracovních povinností, úkony, které konáte dobrovolně)*



Otázka byla zaměřena na zdravotní či sociální péči, kterou sociální pracovníci poskytují, i nad rámec svých pracovních povinností. Mezi sociální péči a služby, které pracovníci vykonávají ze své dobré vůle, z odpovědí vyplynulo, že patří podávání jídla, mytí oken, pověšení záclon, vynesení odpadků, stříhání či holení, věšení prádla, masáže.

### 6.2.6. Vyhodnocení otázky č. 6

*Spolupracujete s rodinou klienta? Jaké s tím máte zkušenosti? Uveďte prosím nějaký krátký příklad*      *aktivní*      *a*      *pasivní*      *spolupráce.*



Z odpovědí vyplývá, že ve většině případů je spolupráce s rodinou aktivní, nemusí to ovšem být pravidlem.

Zde je několik příkladů aktivní a pasivní spolupráce:

**Aktivní:** komunikace s rodinou, zájem ze strany rodiny o starého pacienta, nákup pomůcek pro seniora, aktivní přístup rodiny k seniorovi i pracovníkovi, pomoc při rehabilitaci seniora,

**Pasivní:** absolutní nezájem ze strany rodiny, všechnu práci nechávají na sociálních pracovnících, telefonická komunikace.

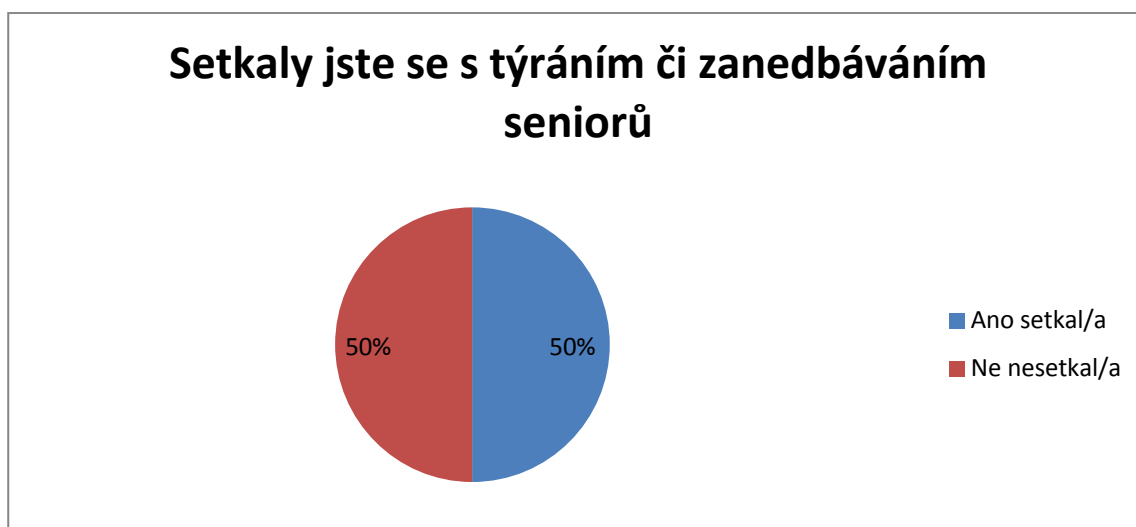
### 6.2.7. Vyhodnocení otázky č. 7

*Spolupracujete s praktickým lékařem, či spadáte pod resort Integrovaného záchranného systému?*

Jednoznačná odpověď na tuto otázku byla ANO. Všichni pracovníci tedy spolupracují s praktickým lékařem.

### 6.2.8. Vyhodnocení otázky č. 8

*Setkaly jste se ve vaší profesi s týráním či zanedbáním seniora? Jaký na to máte názor?*



*Zneužívání a zanedbávání seniorů je v celosvětovém měřítku závažný společenský problém. Většina lidí ve společnosti nemá dostatečné informace a znalosti a neví, jak tyto případy řešit. V České Republice neexistují komplexní údaje ohledně počtu týraných a zneužívaných seniorů. Podle organizace Život 90, má zkušenosti s týráním více jak 20% lidí nad 60 let. Nejvíce případů zneužívání a týrání je zaznamenáno rodinnými příslušníky, dále pak v institucionálních zařízeních a samotnou společností.*

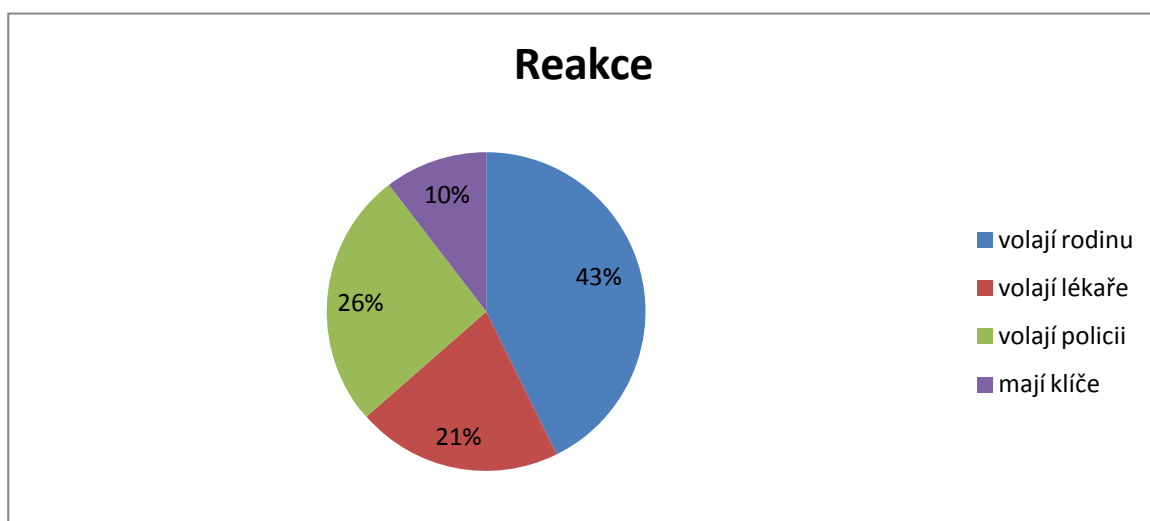
*Co znamená zneužívání, týrání seniorů.*

*Zneužívání je zaměřeno proti jednotlivci a může mít řadu podob:*

- *Fyzické týrání (ublížení na zdraví, životě, špatné podání medikace, omezování pohybu)*
- *Citové a psychické týrání (zастраšování, vyhrožování, snižování sebeúcty, omezování kontaktů, sociální izolace, přehlížení seniory)*
- *Finanční a materiální zneužívání (zamezení přístupu seniora k jeho majetku manipulace s majetkem bez souhlasu, vyžadování odměn...)*
- *Sexuální obtěžování (nekontaktní, slovní obtěžování a kontaktní-doteky na intimních místech seniora...)*
- *Zanedbání péče (vědomé či nevědomé odpírání péče, s cílem způsobit vědomě či nevědomě fyzickou nebo psychickou újmu)*
- *Nerespektování lidské důstojnosti (urážky, nerespektování soukromí, ponižování, vyhrožování)*
- *Systémové týrání - druhotné ponižování (nerespektování rozhodnutí seniora, neinformovanost, neumožnění rozhodnout se)*
- *Nevhodné chování (přehnaná péče, nadměrné podávání léků)<sup>23</sup>*

### 6.2.9. Vyhodnocení otázky č. 9

Jak reagujete, postupujete v případě, že se nelze dostat do domu seniora? Máte s touto situací zkušenost?



<sup>23</sup> <http://www.penzista.net/sluzby-pro-seniory/68-seniory-a-spolecnost/992-tyrani-senior>

V první řadě, když nastane situace, že senior neodpovídá, sociální pracovník musí rychle jednat a na nic nečekat, je možné že mu může jít i o život. Pokud senior tedy neodpovídá a nereaguje ani na zvonek, či volání, následující postup, který vyplynul z výzkumu je následující. Sociální pracovník nejdříve volá rodinu, zda nemají nějaké informace o tom kde senior je, či zda s ním nebyli v nejbližší době v kontaktu. Pokud i rodina o seniorovi nic neví, volají pracovníci na městský úřad nebo policii, zda mají o klientovi nějakou zprávu a aby se klientovi poskytla první pomoc. Při zavolání policie volají také praktického lékaře, kdyby ho bylo potřeba, při nalezení seniora ve vážném zdravotním stavu. Někteří sociální pracovníci mají i od klientů klíče od jejich domova, pro případ, že by nastala takováto situace.

### **6.2.10.      Vyhodnocení otázky č. 10**

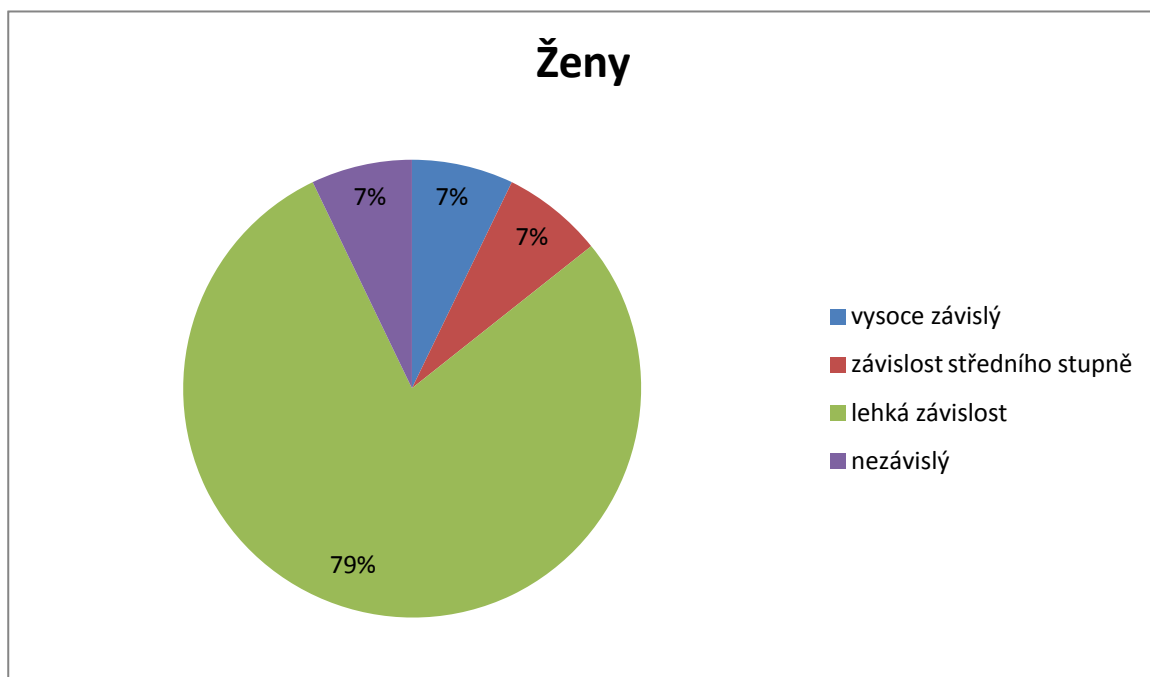
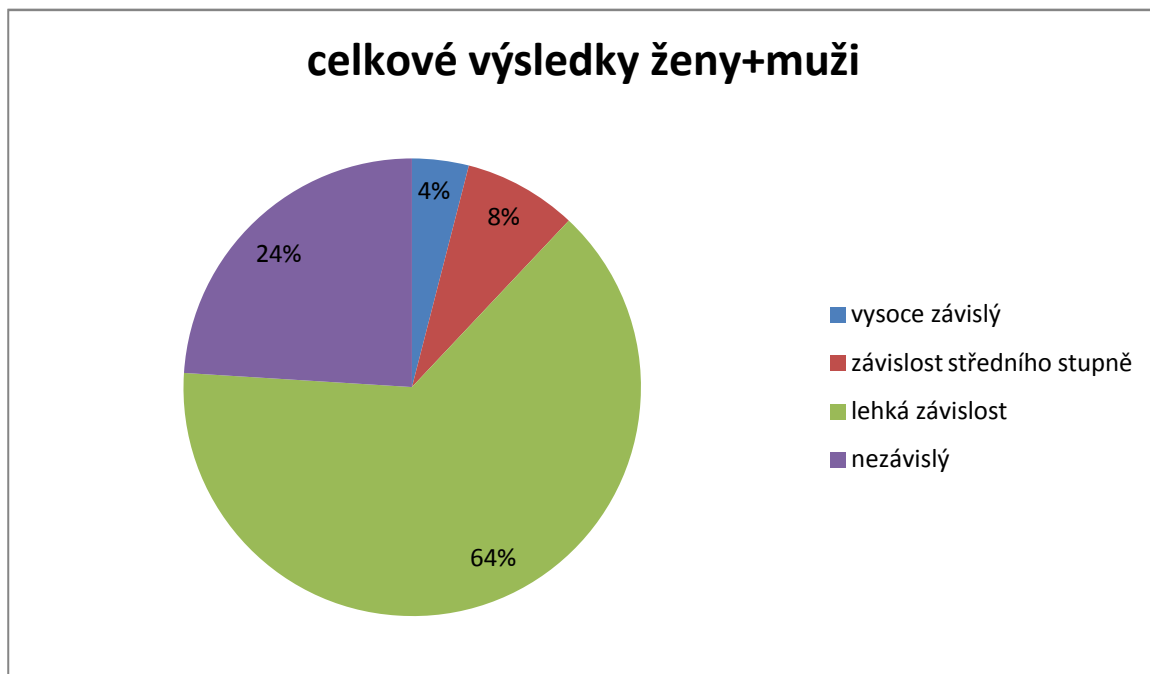
Myslíte si, že jste za svou práci, kterou odvádíte dostatečně finančně ohodnoceni?

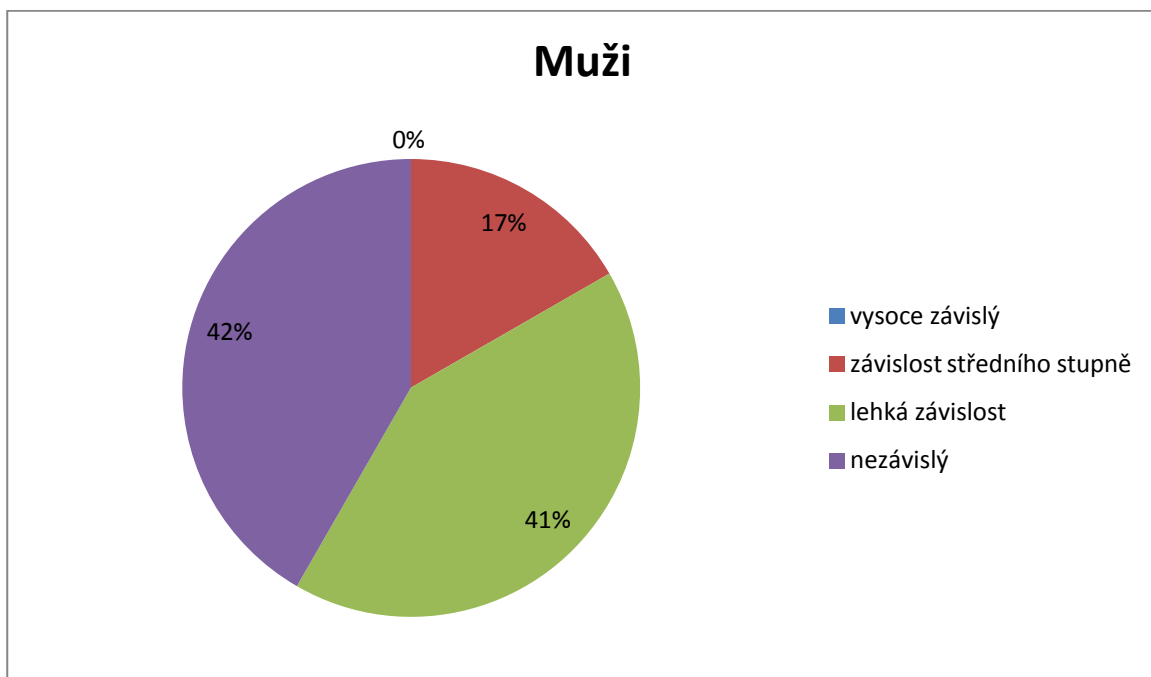
V otázce týkající se financí byly odpovědi odlišné, polovina dotazovaných odpověděla, že jsou za svou práci dobře finančně ohodnoceni. Druhá polovina odpověděla, že nejsou dobře finančně ohodnoceni, že je jejich práce velice fyzicky i psychicky náročná a vyčerpávající.



### 6.3. Barthelův test základních všedních činností (ADL)

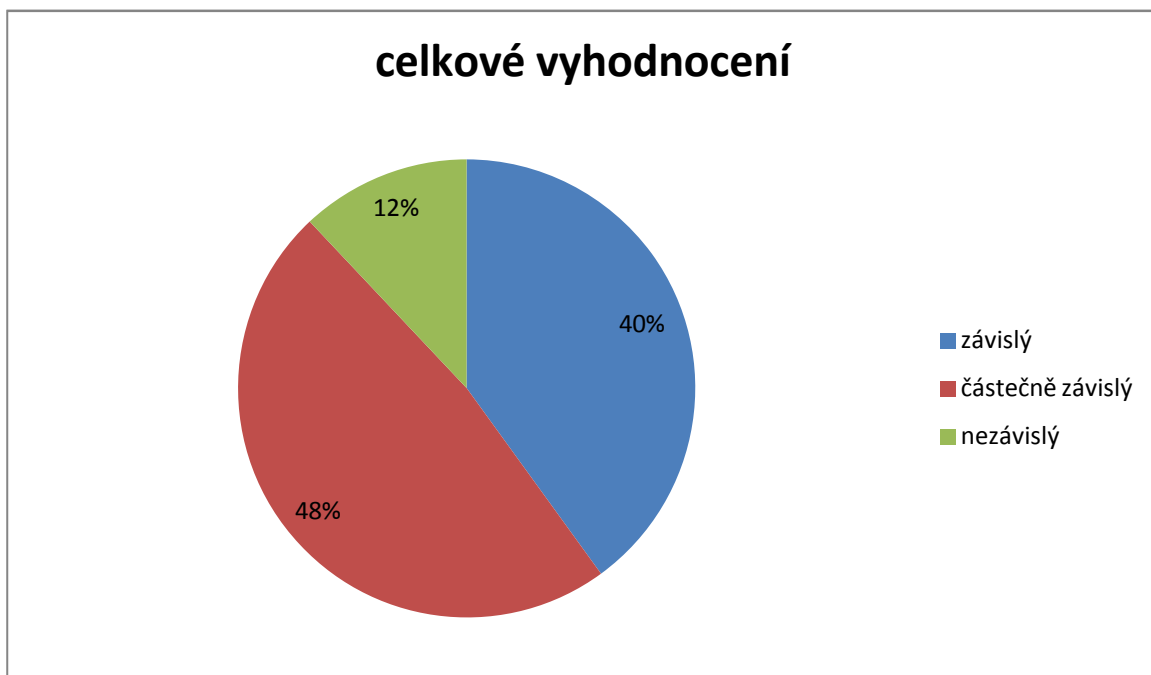
ADL testu se účastnilo 25 seniorů. Kde bylo 14 žen a 11 mužů ve věkové hranici 69-104 let.



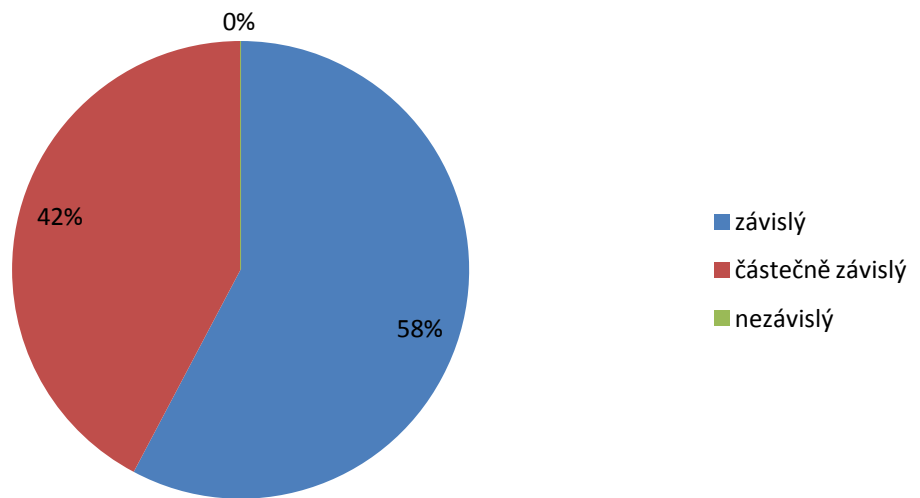


#### 6.4. Test instrumentálních a všedních činností (IADL)

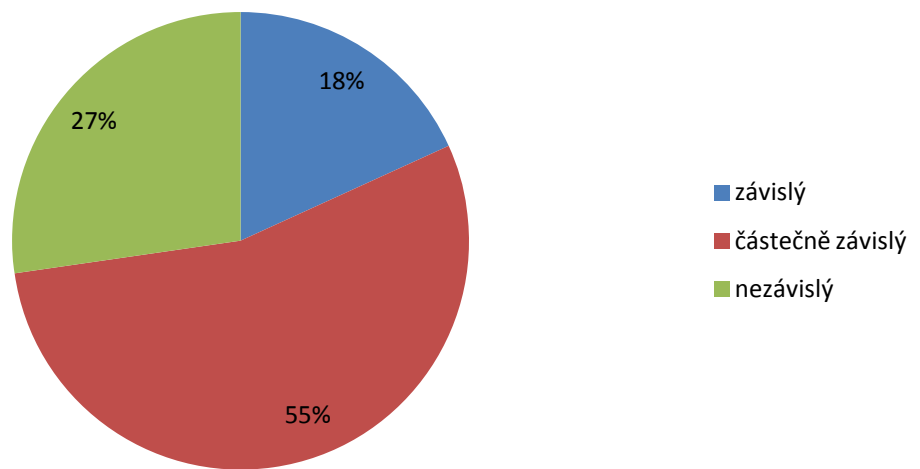
IADL testu se taktéž účastnilo 25 seniorů, z čehož bylo 14 žen a 11 mužů ve věkové hranici 64-104 let.



## Ženy



## Muži



## 7. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zjistit soběstačnost dnešních seniorů, kteří využívají terénní sociální práce. Práce sociálního pracovníka je vskutku náročná, když si to většina lidí nemyslí. Ani já sama jsem si nemyslela, že to bude tak psychicky i fyzicky náročné, do té doby než jsem to sama na vlastní kůži zažila (ať už mám na mysli svou praxi v sociální oblasti nebo den strávený s pracovníky v Libčicích nad Vltavou). Díky tomu, si já osobně myslím, že co se týče financování celé sociální oblasti u Nás v České republice, že to není dobře placená práce. Když se na to podíváme, čím vším musí kdokoliv v sociální sféře procházet a jak je práce náročná a vyčerpávající, myslím, že by měly nárok na mnohem větší finanční ohodnocení.

Z vyhodnocování praktické části, testu ADL i IDAL vyplynulo, že se závislostí jsou na tom v obou případech lépe muži. Většina seniorů, až na pár seniorů, žili samostatně. Přišlo mi to hrozné, že se o své rodiče nedokážou nebo nechtějí starat jejich děti či příbuzní, a to většina seniorů bydlí ve své rodinném domku.

V testu ADL, který se zabýval všedními činnostmi, jako je oblékání, strava, hygiena, chůze či koupání, nám vyšla s převahou lehká závislost. Lehká závislost jak jsem zkoumala jednotlivé odpovědi, znamená u většiny seniorů to, že jsou soběstační, spravují své vlastní finance, dokážou si sami dojít na WC, ale mají nějaký problém. Ve většině případů se tento problém týkal stravování, je tím myšleno, že člověk si nedokáže, nechce, nebo nemůže sám uvařit jídlo. Je tedy odkázán na pracovníky terénní sociální práce, kteří mu jídlo každý všední den dovezou.

Test IADL, tedy test instrumentálních běžných činností, jako je nakupování, telefonování, transport, vaření či domácí práce, nám navazuje na test ADL, tedy na problém vaření, jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci. Také v tomto testu vyšly výsledky z větší části na částečnou závislost. Nejčastější odpovědí bylo, jak jsem již zmínila vaření, dále se zde objevovalo nakupování a transport. Nakupováním je myšleno to, že si senior není schopen dojít sám pro nějaký větší nákup, volají tedy ráno, pokud potřebují, pracovníkům do jejich střediska, kde nahlásí vše, co potřebují nakoupit. Většinou jsou to velké nákupy, které senioři nejsou schopni sami bez pomoci donést k sobě do domácnosti. Malé nákupy, když jim něco chybí, si obstarají sami. Nemají sebemenší problém s hodnotou peněz, své peníze si spravují sami.