

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika sociální práce se seniory

Martina Králíková

Bakalářská práce
2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Králíková**
Osobní číslo: **Z10221**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Specifika sociální práce se seniory**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
2. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
3. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 6. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
4. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
5. MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **14. července 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vyžadovala, a to podle okolností až do její skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním této práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích 21. 6. 2014

Králíková Martina

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat především PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za čas, který mi věnovala a za odborný přínos. Děkuji také respondentům, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření a rodině, že mi umožnila studovat na této škole. Také všem, kteří mě při studiu podpořili.

V Pardubicích 21. 6. 2014

Králíková Martina

Anotace

Téma této teoreticko – výzkumné práce je „Specifika sociální práce se seniory“. Teoretická část se zabývá stářím, stárnutím, změnami ve stáří a přístupy ke stáří. Jedna kapitola teoretické části je věnována komunikaci se seniory, která je spolu s další kapitolou nazvanou sociální práce se seniory hlavním předmětem části výzkumné. V práci jsou také zmíněna zařízení poskytující sociální a zdravotní péči seniorům.

Ve výzkumné části je zjišťován hlavní cíl práce, tím je zjištění specifík komunikace se seniory a užívané metody sociální práce při práci se seniory.

Klíčová slova

Senior, stáří, stárnutí, komunikace, sociální služba

Annotation

The topic of this theoretic-research work is "Specifics of social work with seniors". The theoretical part is dedicated to old age, aging, changes in old age and approaches to aging. One chapter of the theoretical part is devoted to communication with seniors which is the core topic of the research. Facilities offering social and medical care are also mentioned in this work.

In the practical part, specifics of communication with seniors are researched and methods social work with seniors.

Key words

Senior, old age, aging, communication, social care

Obsah

Seznam obrázků	8
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk	9
Úvod.....	11
Cíle práce	12
I Teoretická část.....	13
1 Stáří a stárnutí	13
1.1 Dělení stáří	13
1.2 Projevy stáří	14
1.2.1 Tělesné projevy	14
1.2.2 Psychické projevy stáří.....	15
1.2.3 Sociální změny ve stáří	15
1.2.4 Sociální role ve stáří.....	16
1.3 Postoj ke stáří	16
1.4 Ageismus.....	18
2 Sociální práce se seniory	19
2.1 Metody sociální práce se seniory	19
2.1.1 Casework (individuální práce s klientem).....	20
2.1.2 Skupinová sociální práce.....	21
2.1.3 Komunitní sociální práce	21
2.2 Metody a techniky využívané v sociální práci se seniory	22
2.2.1 Validace.....	23
2.2.2 Preterapie.....	23
2.2.3 Reminiscence	24
2.3 Sociální služby pro seniory	25
2.3.1 Denní stacionáře.....	25
2.3.2 Týdenní stacionáře	25

2.3.3	Pečovateľská služba.....	26
2.3.4	Osobní asistence.....	26
2.3.5	Domovy pro seniory.....	26
2.3.6	Odlehčovací (respitní) péče.....	26
2.3.7	Předčítateľská služba.....	27
2.4	Zařízení poskytující zdravotní péči seniorům.....	27
2.4.1	Léčebna dlouhodobě nemocných.....	27
2.4.2	Domácí péče.....	27
2.4.3	Hospic.....	28
3	Komunikace.....	29
3.1	Komunikace se seniory.....	29
3.1.1	Faktory ovlivňující komunikaci se seniory.....	30
3.1.2	Bariéry v komunikaci se seniory.....	30
3.2	Specifické verbální komunikační dovednosti sociálního pracovníka.....	31
3.3	Specifické komunikační dovednosti neverbální sociálního pracovníka.....	31
II	Výzkumná část.....	33
4	Výzkumné otázky.....	33
5	Metodika výzkumu.....	34
5.1	Výzkumný nástroj.....	34
5.2	Analýza dat.....	34
5.3	Výzkumný vzorek.....	34
6	Analýza a prezentace výsledků.....	36
7	Diskuze.....	60
	Závěr.....	64
	Použitá literatura:.....	65
	Seznam příloh.....	69

Seznam obrázků

Obrázek 1 Věk respondentů	36
Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	37
Obrázek 3 Délka odborné praxe se seniory	39
Obrázek 4 Zaměstnání respondentů	40
Obrázek 5 Možnosti předání informací	41
Obrázek 6 Předávání informací dle typu zařízení	43
Obrázek 7 Formy komunikace při předávání informací	45
Obrázek 8 Specifické komunikační dovednosti	46
Obrázek 9 Důvody pro vyhledání sociální pomoci	48
Obrázek 10 Metody v sociální práci se seniory	50
Obrázek 11 Druhy sociálního poradenství	51
Obrázek 12 Služby sociální prevence	52
Obrázek 13 Služby sociální péče	53
Obrázek 14 Propojení sociálních služeb	54
Obrázek 15 Pokrytí sociálních služeb	55
Obrázek 16 Obtíže při sociální práci se seniory	58

Seznam tabulek

Tabulka 1 Obory vysokoškolského vzdělání	38
Tabulka 2 Obory vyššího odborného vzdělání	38
Tabulka 3 Využití terapeutických metod	49
Tabulka 4 Potřebné sociální služby pro ČR	56
Tabulka 5 Klady sociální práce se seniory	57
Tabulka 6 Obtíže při práci se seniory	59

Seznam zkratk

DpS	domov pro seniory
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
TS	terénní služby
Soc.	sociální
Tab.	tabulka
Obr.	obrázek
Č.	číslo

Úvod

„Stáří nemá být koncem života, nýbrž jeho korunou.“ (André Repond)

Stáří je přirozenou součástí života každého organismu na této planetě. Mezi tyto organismy patří samozřejmě i člověk a složitý sociální systém. Stáří tedy není jen otázkou stárnoucího jedince a jeho nejbližších, ale je problémem celospolečenským. Lidská společnost totiž určuje pravidla, podmínky a možnosti pro život seniorů.

Současným trendem, nejen v České republice, je nárůst počtu seniorů ve společnosti. Počet osob ve věku nad 80 let stále stoupá a postupem času bude seniorů stále více. Tento nárůst způsobuje mnoho různých faktorů prodlužující dobu dožití. Například vývoj nových léčebných postupů a metod, rozvoj farmakoterapie ale také snižování počtu nově narozených dětí. Souhrn těchto faktorů vede k nárůstu počtu seniorů (penzistů) v populaci. Předpokládaná doba dožití je nyní u žen 80,7 let a u mužů 74,7 let. Podle Českého statistického úřadu bude skupina seniorů nad 65 let v roce 2030 tvořit 20 % populace a v roce 2050 více než 30 % (Malíková, 2011, s. 26).

Z výše uvedeného vyplývá, že senioři rozhodně nejsou zanedbatelnou skupinou obyvatel a je jim nutno věnovat patřičnou pozornost. V důsledku zvyšování věkového průměru se zvyšuje také zájem o sociální a zdravotní služby určené pro seniory. Existuje mnoho penzistů, kteří jsou i v důchodovém věku plně aktivní, pečují o sebe z hlediska fyzického ale i psychického. Ovšem ne všichni senioři tuto možnost mají. Stává se, že starý člověk je někdy odsouván do pozadí, není mu věnována pozornost, respekt či úcta, nebo je ze zdravotních důvodů přemístěn do zdravotnického či sociálního zařízení. Samozřejmě je doporučována péče v rámci rodiny, ale ne vždy je to možné. Odmítá-li rodina věnovat svou péči starému člověku, musí dojít k umístění do vhodného sociálního zařízení nebo zajištění hospitalizace. Z těchto důvodů musí brát sociální pracovníci zřetel na individualitu každého seniora a vykonávat práci tak, aby byla šita na míru jednotlivým klientům a pokud možno byly využity veškeré dostupné sociální služby i metody. Využití specifických dovedností, metod či služeb při sociální práci může přinést užitek nejen sociálním pracovníkům, ale především klientům.

Tato bakalářská práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je věnována problematice stárnutí a stáří, sociální práci se seniory, zdravotním a sociálním službám pro seniory a komunikaci se seniory. Výzkumná část je zaměřena na metody sociální práce a komunikaci se seniory. Každá dotazníková otázka je samostatně popsána a doplněna tabulkou či grafem.

Cíle práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je sumarizovat informace o stáří z biopsychosociálního hlediska. Vytvořit přehled komunikace se seniory jak verbální, tak neverbální a dále popsat služby, které jsou určeny seniorům.

Hlavním cílem výzkumné části je zjištění specifik komunikace se seniory a užívané metody sociální práce.

Pro tuto práci byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- Zjistit způsoby předávání informací, které využívají sociální pracovníci při práci se seniory.
- Zjistit druh konzultací a druh sociálního poradenství, o které jsou sociální pracovníci žádáni seniory.
- Zjistit o jaké sociální služby projevují senioři největší zájem při konzultaci se sociálním pracovníkem.
- Zjistit hodnocení sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků vztahující se k propojenosti sociálních služeb, jejich vzájemné spolupráci a také k dostatečnému pokrytí sociálních služeb na území ČR.
- Zjistit pozitiva a negativa související s výkonem sociální práce/poskytováním sociálních služeb u cílové skupiny senioři z pohledu sociálních pracovníků.
- Zjistit metody sociální práce a terapeutické metody využívané sociálními pracovníky v rámci sociální práce se seniory.

I Teoretická část

1 Stáří a stárnutí

V literatuře můžeme najít mnoho definic stárnutí, některé jsou podobné, některé odlišné. To je způsobeno pohledem autora na stárnutí. Nikdy ovšem nelze zcela jednoznačně vymezit pojem stárnutí, což je zapříčiněno tím, že každá osoba na světě je jedinečná. Individualita nebo také originalita každého jedince způsobuje, že stárnutí probíhá u každého jinak. Podle Mlýnkové není žádná definice stáří přesná, což je nezvratitelné. Vzhledem k jedinečnosti, genetiky, prostředí, působení společnosti na člověka je stárnutí u každého jiné. Čevela, Kalvach a Čeledová označují stáří takto: „*Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19).

Stárnutí se dá označit za celoživotní proces, který postihuje člověka komplexně, a to vlivem involučních změn. Jednotlivé etapy života se od sebe navzájem liší, ale vzájemně na sebe navazují. Mlýnková uvádí, že proces stárnutí je dán úpadkem ve vývoji organismu. Projevy involučních změn jsou u jedinců individuální (Mlýnková, 2011, s. 13; Jedlička, 1991, s. 11).

U některých osob můžeme pozorovat involuční změny již před nástupem senia. Projevy stáří se mohou objevovat již v produktivním věku. Naopak u jiných nejsou tyto změny patrné. Rychlost stárnutí jednotlivce je předem dána genetikou, ale může být ovlivňována životním prostředím, stresovými faktory, životním stylem (výživou, životním tempem, náplní volného času, aktivním či pasivním pohybem) a sociálně-ekonomickými podmínkami (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20; Mlýnková, 2011, s. 13; Kalvach, a kol., 2004, s. 67).

1.1 Dělení stáří

V současné době je možné stáří dělit z několika hledisek, proto se objevují 3 druhy rozlišení stáří. Je to stáří kalendářní, stáří biologické a sociální stáří. Kalendářní stáří je časově ohraničená doba, uváděna a rozdělována dle věku geronta. Nejčastější dělení kalendářního stáří uvedené Haškovcovou (2010) se rozděluje na rané stáří označeno věkovým rozmezím 60–74 let,

vlastní stáří s věkovou hranicí 75–89 let a dlouhověkost, jež je stanovena od 90 let a více. Vzhledem k posouvání věkové hranice odchodu na penzionování lze využít i rozdělení dle Mühlpachra (2004), jež rozděluje geronty na mladé seniory 65–74 let, staré seniory 75–84 let a velmi staré seniory, což je věk 85 let a více (Haškovcová, 2010, s. 21).

Stáří biologické udává míru involučních změn konkrétního jedince. Nelze jej zcela jednoznačně rozdělit, neboť se odvíjí od zdravotního stavu seniora. Ten je ovlivňován stařeckou polymorbiditou, genetickou výbavou, životním stylem i prostředím. Nejsou tedy stanovena přesná kritéria pro hodnocení biologického stáří (Jarošová, 2006, s. 10; Malíková, 2011, s. 19; Čevela a kol., 2012, s. 25).

Sociální stáří je dáno především odchodem na penzi, která vzniká, dosáhne-li věk seniora na starobní důchod nebo odejde-li v důchodovém věku ze zaměstnání sám. Sociální stáří s sebou nese ztrátu některých sociálních rolí, postavení, přátel ale i životního partnera. Mění se také ekonomická situace a penzista je závislý na důchodové dávce. Dle Jarošové (2006) na sociální stáří pozitivně působí funkční vztahy v rodině, nahrazení pracovní náplně zájmovými činnostmi, uspokojení potřeb seniorů a ekonomické zajištění na dobu penze (Jarošová, 2006, s. 10; Malíková 2011, s. 22; Čevela, a kol., 2012, s. 26).

1.2 Projevy stáří

Stárnutí se na člověku projevuje ve všech složkách, ať už se jedná o projevy tělesné, psychické nebo sociální. Stárnutí má také vliv na sociální role, jež s sebou život přináší a postupně tak dochází ke změnám v organismu, ale i postojích k životu.

1.2.1 Tělesné projevy

První projevy stáří v somatické složce mají počátek již v období dospělosti a většinou přetrvávají nebo se postupně zdravotní problém zhoršuje. Některé fyziologické symptomy stárnutí jsou na člověku viditelné pouhým okem jako vráscitá, vysušená a svráštělá kůže. Vlasy ztrácí svou sílu a barvu, která přechází v šedivění. Stárnutí se může projevit ve všech orgánových soustavách tedy v kardiovaskulární, v respirační, v nervové soustavě, dále pak v pohlavním, vylučovacím a v trávicím systému, ale i ve smyslových aparátech (Kopecká, 2011, s. 165; Křivohlavý, 2012, s. 139–140).

1.2.2 Psychické projevy stáří

Kromě tělesných změn dochází ve stáří také ke změnám psychickým. Člověk se potýká se zdravotními obtížemi, sociálními změnami a to způsobuje psychické změny nejen v oblasti emocí, myšlení, paměti, pozornosti, představách, ale i sebevědomí.

Senioři se odklání od společnosti spíše k sobě samému a uzavírají se. Emoční labilita způsobuje plačtivost, ale i úzkost a deprese. Není-li jejich citům věnována dostatečná péče, může dojít až k citové oploštělosti. Senior může vlivem samoty ztrácet zájem o okolní svět a lidi ve své blízkosti, ale samozřejmě jsou i případy, kdy se penzista věkem stává rozvážnější a klidnější. Často se zvyšuje jeho trpělivost, pochopení pro vlastní okolí, nebo vytrvalost v monotónních duševních činnostech. Vždy to závisí na osobnosti seniora (Navrátil, 2008, s. 338).

V oblasti myšlení se vytrácí plynulost a myšlení se stává zabíhavé od konkrétního obsahu. Další složkou psychických funkcí, u které dochází ke změně, je paměť. Zhoršení paměti se projevuje především obtížnějším osvojováním nových informací, ale také zapomináním, nepozorností a neschopností se soustředit (Jarošová, 2006, s. 24).

Ve stáří se snižuje také sebevědomí seniora. To je zapříčiněno zhoršeným smyslovým vnímáním, změnami v pohybovém aparátu, poklesem výkonnosti, ale hlavně celkovým psychomotorickým zpomalením. To se projevuje potřebou delšího času na zvládnání běžných činností, sníženou vitalitou i životní energií. Zpomalení při některých činnostech nemusí nutně znamenat zhoršení, naopak může být činnost odvedena kvalitněji a důsledněji (Venglářová, 2007, s. 12).

1.2.3 Sociální změny ve stáří

V současné době se pohled společnosti na stáří neustále mění a vyvíjí. Základem sociální struktury je společnost, která je vzájemně provázána společenskými vztahy. Každý jedinec má své postavení, které se v průběhu života mění. Stejně tak se mění i sociální role. Moderní doba vyžaduje, aby byl člověk nezávislý a v co nejvyšší možné míře samostatný, k tomu je také celý život veden. Ale ve stáří se na člověka nabaluje mnoho situací, se kterými není schopen se vyrovnat a vyvolávají tak sociální změny v období senia (Venglářová, 2007, s. 12, Čevela, a kol., 2012, s. 26).

Jedna z nejčastějších sociálních změn nastává v případě, že dojde k natolik vážnému zdravotnímu stavu, kdy se senior stává fyzicky nebo psychicky závislý na druhé osobě, což může vyvolat pocit, že jsou na obtíž a nejsou plnohodnotnými členy společnosti. Stárnutí s sebou přináší strach z osamělosti. Dochází ke ztrátě přátel, s nimiž byl senior ve styku, ať už z důvodu

nemoci nebo úmrtí. Ne všechny osoby důchodového věku jsou na stáří připraveny, a proto mají strach ze stáří samotného. Ten může být vyvolán nemocí, pocitem osamělosti, ale také izolací. Sociální izolace může vzniknout v důsledku nemoci, kdy nastává zhoršená možnost setkávat se s přáteli, po odchodu dětí z domu, ale také ztrátou přátel nebo odchodem životního partnera (Malíková, 2011, s. 22).

Další velkou oblastí, která zasahuje do sociálních změn ve stáří je penzionování. Odchod do důchodu může nevýrazně, ale i radikálně změnit ekonomickou situaci rodiny, jejímž členem penzista je. Člověk je po celý život zvyklý na svůj standart a důchodová dávka nemusí být dostačující pro jeho potřeby, zájmy, koníčky a osobní spokojenost. Odchod na penzi s sebou nese pouze změnu ekonomické situace, ale také zcela mění náplň dne seniora. Odchodem ze zaměstnání vzniká mnoho volného času, který je potřeba vyplnit volnočasovými aktivitami (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 192).

Sociální změny mohou být ale i příznivé, a to v případě nezůstává-li senior na penzi sám, funguje-li dobře rodinný systém, vztahy v něm, úcta ke stáří a podpora blízkých i přátel. Podpora ze strany rodiny může být nejen ekonomická, ale i psychická. Důležitá je motivace zůstat aktivní v zájmech, koníčcích i činnostech, které jsou pro seniora vyplněním volného času a zpestřením důchodového volna. Kromě plánování volnočasových aktivit je dobré být na penzi připraven i po ekonomické stránce a to formou penzijního připojištění, výběrem vhodného ubytování v rámci finančních možností, ale i efektivní rozpočet dostupných prostředků (Jarošová, 2006, s. 31).

1.2.4 Sociální role ve stáří

Sociální role má každý člověk a v průběhu života se mění, některé zanikají, jiné se znovu vrací a jsou i nové sociální role, které v životě přibývají. V době, kdy má senior odejít do důchodu, se projevují změny sociálních rolí nejvíce. Podle Dvořáčkové (2012): „*V momentě kdy člověk odchází na tzv. zasloužilý odpočinek, je penzionován, dochází ke změně společenské role – přepisuje se mu role „nemít roli“.* Při statusu „nemít roli“ se dostává člověk do situace závislosti.“ (Dvořáčková, 2012, s. 13) Nezbytnou součástí stáří při penzionování je najít si nové sociální role, což bývá u seniorů těžké, nebo si udržet a zachovat již získané role (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 69).

1.3 Postoj ke stáří

Vyrovnat se se stářím a přijmout roli seniora, není vůbec jednoduché. Člověk opouští zaměstnání, kolegy a je před ním spousta volného času. Někteří vědí jak s ním naložit, jiní

se uzavírají do sebe a izolují se od společnosti. Samozřejmě existuje mnoho služeb, které mohou senioři využít k trávení volného času, ale ze všeho nejdůležitější je vyrovnat se s novou rolí. Adaptace seniora nezávisí jen na jeho osobnosti, ale i na prožitém dětství, tvořivé dospělosti, životních zkušenostech a elánu do života. Mlýnková (2011) ve své publikaci Péče o staré občany uvádí 5 strategií, které napomáhají seniorovi vyrovnat se stářím.

Konstruktivní způsob – senior má pozitivní přístup ke svému životu. Je optimistický, aktivní a kreativní. Vůči druhým dokáže být tolerantní a přívětivý. Neustále projevuje zájem o své okolí a snaží se nahradit svá omezení jinými aktivitami, s omezeními dokáže žít ale především se s nimi vyrovnat. I ve vyšším věku dokáže navazovat nové vztahy a poznávat nové lidi. Rovněž smysl pro humor zůstává zachován. Podle mého názoru je to nejzdravější způsob jak se vyrovnat se stářím. S tímto postojem se senioři berou takový, jací jsou a dokáží i ve stáří žít plnohodnotným životem (Mlýnková, 2011, s 17; Jarošová, 2006, s. 28–29).

Závislost – jedincův přístup k životu je spíše pasivní. Očekávají pozornost a péči od svého okolí. Často zveličují své potíže, aby se jim dostalo zájmu. Tyto osoby ve svém životě málokdy o něčem rozhodovaly. Většinou za ně rozhodovali rodiče, partner, nebo někdo velmi blízký. Senioři s tímto přístupem sami nevědí, co by pro ně bylo nejvhodnější a proto se rozhodují na základě cizího rozhodnutí. Spoléhají na to, že i ve stáří se najde někdo, kdo za ně rozhodne. Bohužel to ale nemusí být vždy ve prospěch seniora, neshodují-li se jeho názory s osobou, která jej ovlivňuje. Tenhle postoj ke stáří je vybudován dlouhodobým působením jiné osoby na člověka a velmi těžko se s ním bojuje. Senior je již zvyklý, že nemusí dělat závažná rozhodnutí a tím pádem za ně ani nenese následky. Je důležité, aby měl každý svůj názor, i když ne vždy je správný (Malíková, 2011, s. 25).

Obranný postoj – tento postoj se nejčastěji objevuje u osob, jejichž život byl činorodý a neustále nabitý aktivitami. Často jsou to osoby pracující na vysokých postech a nechtějí si připustit, že by jejich profesní život měl skončit. Odchod do důchodu je pro ně bolestivý a těžko snesitelný. Trvají na svých zásadách, zvyklostech a nepřipouští si změny. V případě nějakého omezení nedokáží požádat o pomoc, neboť vždy zvládli vše sami a svou nesoběstačnost se snaží kompenzovat nadměrnou aktivitou. Nedokáží se vyrovnat s nedostatkem sil, zvýšeným strachem ze závislosti na jiných a stárnutím. Je pochopitelné, že nikdo nechce být závislý na jiné osobě, ale není ostudou říci si o pomoc. Každý člověk ji v životě potřebuje, ať už v jakékoli podobě (Jarošová, 2006, s. 28–29).

Nepřátelský postoj – člověk s nepřátelským postojem je podezřivý, mrzutý, náladový, nevyhledává nové společenské vztahy. Je nespokojen naprosto se vším. Nic není dost dobré

natolik, aby ho to uspokojilo. Opakovaně si stěžuje a dostává se do konfliktů. Často si nerozumí s mladší generací a nebývá ojedinělým případem, že senioři s tímto postojem ke stáří žijí osaměle. Senioři s tímto postojem ke stáří jsou plni zloby, vzteku, křivdy, zklamání a své problémy a neúspěchy si chtějí nechat sami pro sebe a v ústraní si prožívat svá trápení. Tento postoj je zatěžující nejen pro seniora samotného, ale také pro osobu, která o seniora pečuje. V praxi lze často vidět vyčerpání pečující osoby, z toho důvodu, že klient nemá zájem o péči a podělit se o své starosti. Pečující osoby se o to více snaží a úspěchy jsou většinou minimální (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 102).

Sebenenávist – se objevuje u seniorů, jež mají pocit prázdnoty a osamělosti. Pocit, že jejich život nebyl naplněn, že nestihli vše, co chtěli. Zlobu, rozčilení a vztek používají proti sobě. Jsou kritičtí především k sobě samému a často přemýšlí nad otázkou smrti. Tito senioři často trpí depresemi. Nemají snahu vyhledávat nějaké aktivity, nic je nebaví a je velmi těžké najít nějaké pozitivum, které by je vrátilo zpět do aktivního života. Při zaujetí tohoto postoje je důležité jej ihned začít řešit, aby nedošlo k sebepoškození (Mlýnková, 2011, s. 17).

1.4 Ageismus

Pojem ageismus vychází z anglického slova age, což znamená věk. Ageismus je označení pro věkovou diskriminaci, jež je založena na předpokladu, že starší osoby nemají stejnou hodnotu jako mladší věkové skupiny. Tento termín poprvé užil a prosazoval psychiatr a ředitel amerického Národního institutu pro stárnutí Robert Neil Butler (Jandourek, 2012, s. 14).

Podle Vidovičové (2008) je ageismus definován takto: *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě.“* (Vidovičová, 2008, s. 113) Haškovcová ve své publikaci Fenomén stáří (2010) ageismus označuje: *„jako averzi vůči starým lidem i všemu, co stáří připomíná.“* (Haškovcová, 2010, s. 34).

Tošnerová (2002) uvádí doporučení, která by mohla vést ke snížení ageismu ve společnosti. Snížení ageismu ve společnosti lze uplatnit pomocí rodinného systému, ten je základní složkou snižování. Bude-li se rodina dostatečně věnovat seniorovi, motivovat ho k volnočasovým aktivitám, pomáhat mu s integrací, umožňovat mu setkávat se s přáteli, vyhledávat aktivity vhodné pro něj i s určitým zdravotním omezením a posilovat osobnost

seniora sníží tím míru ageismu. Důležité je podporovat seniora v samostatnosti v co nejvyšší možné míře (Malíková, 2011, s. 40; Tošnerová, 2002, s. 41–42).

2 Sociální práce se seniory

Sociální práce se seniory je řazena mezi odborné disciplíny, při nichž je člověku poskytována péče na základě specifických metod s profesionálním základem. Jednotlivá specifika sociální práce vycházejí hned z několika společenských věd, především z psychologie, sociologie a pedagogiky. Dále pak z filozofie, ekonomie, lékařských věd a práva.

Definice sociální práce se neustále vyvíjí a řada autorů se jí snaží ohraničit, ale také formulovat poslání a cíle sociální práce. Formulace těchto pojmů není nijak jednoduchá. Mění se díky různým etapám vývoje společnosti a přizpůsobuje se teoretickému, společenskému a kulturnímu kontextu. Jednou ze starších definic je: „*sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci*“. Hanvey a Philpot (1996) tuto definici v inverzní podobě aktualizovali a tvrdí, že: „*sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, politici atd. – nedělají*“ (Matoušek, 2007, s. 184).

Cílem sociální práce je podle Navrátila: „*Podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.*“ (Navrátil, 2000, s. 42).

Sociální práci tedy můžeme charakterizovat jako snahu řešit problémy lidí, jež se nacházejí v nepříznivé či obtížné životní situaci. Tyto situace mohou být vyvolány změnou zdravotního stavu, psychickými či sociálními problémy. Tyto situace musí být řešeny globálně, neboť zasahují do sociální reality jedince a ovlivňují nejen jeho ale i jeho okolí. Sociální práce se seniory musí být zaměřena zejména na ohrožené osoby, tedy dlouhodobě nemocné, seniory žijící osaměle, dále pak penzisty propuštěné z nemocnice, seniory v domácí péči či žijící v nevyhovujícím prostředí, osobám vystaveným nevhodnému zacházení, ponižování nebo segregaci (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005, s. 163).

2.1 Metody sociální práce se seniory

Všeobecný význam pojmu metoda znamená dosáhnout daného cíle, ať už teoretického nebo praktického pomocí předem daného plánu. Na stejném principu fungují metody sociální práce. Cíl je stanoven objektem tedy jedincem, skupinou nebo komunitou a pomocí předem připravených kroků se snaží svého cíle dosáhnout. Mezi základní metody v sociální práci patří

individuální sociální práce (case work), dále metoda sociální práce se skupinou (group work) a sociální práce s komunitou (community work). Při využívání těchto metod v praxi se může stát, že se tyto metody propojují nebo na sebe navazují (Novotná, Schimerlingová, 1992, s. 22–27).

2.1.1 Casework (individuální práce s klientem)

Individuální sociální práce je zaměřena na konkrétní případ a je uplatňována při práci s jednotlivcem. Nejvhodnější využití této metody podle Matouška (2013) je: „zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, ve sféře dlouhodobé péče, ve službách pro seniory, přistěhovalce, v péči o lidi nakažené virem HIV nebo nemocné AIDS.“ (Matoušek, 2013, s. 85) Casework se zaměřuje na změnu chování a postojů klienta. Jeho cílem je buď předejít vzniku sociálních problémů, nebo snižovat důsledky již vzniklého sociálního problému.

Individuální sociální práce je úzce spjata se sociálními rolemi jedince, ty jsou člověku buď předurčeny, nebo si je osvojuje v průběhu života. Základem této metody je pochopení klienta, kvůli zjištění ve které roli/rolích mají klienti pocit, že selhali a chtěli by je řešit. Cílem individuální sociální práce je naučit klienta se samostatně rozhodovat a řešit problémy, s nimiž se setkává, ať už rodinné, partnerské, pracovní či společenské. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby případový pracovník znal instituce poskytující sociální služby, jejich poslání, možnosti a nabídky, díky nimž bude schopen profesionálně odkázat, doporučit a zprostředkovat specificky zaměřenou či navazující péči (Matoušek, 2013, s. 86).

Celý proces individuální práce se skládá ze 4 fází, jež se mohou vzájemně prolínat. První fází je sociální studie, při níž klient předkládá svůj problém a hlavním úkolem sociálního pracovníka je angažovat klienta na řešení. Současně zjišťuje anamnézu, ale pouze v nejdůležitějších bodech, aby nebyl klient pod tlakem. Sociální pracovník spolupracuje spolu s klientem a předkládá mu možná řešení. Nikdy nerozhoduje za něj, proto je nezbytné motivovat klienta ke snaze řešit potíže. Druhou fází je vyšetření, při němž dochází k vytyčení problému a stanovení cílů. Cíle nestanovuje sociální pracovník, ani klient, nýbrž se na stanovení podílí oba společně. Třetí fází je intervence (neboli terapie), která spočívá především v terapeutických rozhovorech, proto již první setkání může být považováno za začátek intervence. V případě, že nedostačují pracovníkovi znalosti či kompetence na vyřešení problému, je povinen odkázat klienta na odborníka či instituci, která mu může poskytnout potřebnou péči. Ukončení individuální práce je závěrečnou fází práce s klientem. Na konec intervence musí být klient připravován postupně s tím, že se klient může bezstarostně ohlédnout za problémem, který byl

řešen. Závěrečné zhodnocení provádí sociální pracovník s klientem a snaží se vyzdvihnout jeho pozitiva a ujistit klienta, že útočiště v případě krize existuje pro každého (Matoušek, 2013, s. 89–90).

2.1.2 Skupinová sociální práce (group work)

Skupinová sociální práce plynule navazuje na individuální sociální práci. „Vždyť při práci s klientem je nutné pracovat s jeho sociálním prostředím, zejména s jeho rodinou jako přirozenou skupinou, a s uměle vytvořenými skupinami, jichž je členem.“ (Novotná, s. 78, 1992) Matoušek (2013) v publikaci *Metody a řízení sociální práce* uvádí že: „Skupinová sociální práce je metoda sociální práce, která se snaží informovaným způsobem skrze záměrnou skupinovou zkušenost pomáhat jednotlivcům a skupinám uspokojovat individuální i skupinové potřeby a ovlivňovat a měnit osobní a skupinové problémy.“ (Matoušek, 2013, s. 171).

Jako skupina může být označeno společenství více jak 2 osob, které jsou vzájemně propojeny specifickými vztahy, mající společné cíle vytvářející společné normy a systém sociální kontroly, přijímají sociální role a mají vědomí příslušnosti ke skupině. Dalším znakem skupiny je komunikace a interakce. Jednotliví členové na sebe vzájemně působí a ovlivňují se. Dochází-li ve skupině ke kompromisu mezi některým z členů a skupinou, lze toto jednání označit za interakční. Třetím znakem skupiny jsou nepsaná pravidla a normy. Pravidla a normy je nutné dodržovat pro správné fungování skupiny (Novotná, 1992, s. 79).

Práce se skupinou má své etapy, které na sebe navzájem navazují. Ještě před prvním setkáním skupiny musí facilitátor rozhodnout o počtu členů, složení skupiny – věk, pohlaví, diagnózy a jiné. Vytvořit si plán terapie, jehož obsahem by měly být cíle skupiny, náplň úvodních schůzek a především druh vedení facilitátora. Úvodní etapou je první setkání členů skupiny, představení jednotlivých členů, přednesení práv a povinností klientů a domluvení schůzek. Následuje etapa pracovní, kdy se členové pravidelně setkávají, formulují své potíže, společně hledají vhodná řešení, vžívají se do ostatních členů a zjišťují, že v problému nejsou sami a skupina jim může být nápomocná. V závěrečné etapě dochází ke shrnutí a zhodnocení cílů skupiny, ale i odpovědi jednotlivých členů, zda dosáhli svého cíle (Matoušek, 2013, s. 172).

2.1.3 Komunitní sociální práce (community work)

Pojem komunita je mnohoznačný a může mít různé významy. Definicí pro komunitní sociální práci je mnoho. Podle Matouška (2013) je komunitou společenství, jež má stanovené hranice (geografické, ekonomické, sociální nebo politické) a zřetelně danou formu to znamená neformální či formální organizace. Dalším aspektem je základ komunity (společné problémy,

stejné zájmy anebo sdílení hodnot). Jinou definicí může být: „*Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.*“ (Hartl in Matoušek, 2013, s. 265)

Komunitní sociální práce řeší problémy v rámci komunity. Jde o proces, při němž komunita využívá své možnosti a zdroje. Sociální komunitní práce je postup, který obsahuje čtyři fáze. Tyto čtyři fáze zahrnují zjišťování a analýzu potřeb, plánování, realizaci a vyhodnocení. Při první fázi je nezbytné zvolit metodu sběru informací. Ne každá metoda je vhodná pro danou komunitu. K dispozici je v dnešní době hned několik metod, jednou z nich je například analýza SWOT (Strengths Weaknesses Opportunities Threats), zjišťující silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby vztahující se k určitému projektu nebo k analýze organizace, města či regionu. Další metodou je vytváření „mapy problémů“, kdy se sejdou vybraní jedinci z komunity a společně stanovují problém. Existují ale i metody méně nákladné jako je anketa, docházení a dotazování se osob přímo doma nebo dotazování lidí na ulici. V závěru první fáze by měla být vyhodnocována sesbíraná data. Druhá fáze procesu definuje problém, jsou stanovovány cíle procesu a je odhadována doba trvání jeho řešení. V této fázi je určena klíčová osoba, jejíž vliv by měl být podstatný pro řešení problému a finanční náročnost celého procesu. Dále je stanoven způsob vyhodnocování dokumentů a případně oslovovány organizace, jež mohou být nápomocny. Všechny výše uvedené postupy jsou zahrnuty v projektu, který musí být vypracován pro realizaci dalších kroků. Následuje fáze realizace plánu. Při této fázi jsou využívány skupinové metody vyjednávání, zapojování veřejnosti, vyhodnocování aktivit a naplňování projektu. Závěrečnou fází je vyhodnocení, což je nezbytné pro další fungování projektu. Může dát nový impuls jednat, nebo zjistit chyby v projektu a věnovat jim větší pozornost (Matoušek 2013, s. 274 – 277).

2.2 Metody a techniky využívané v sociální práci se seniory

Aktivizace seniorů je důležitá hned z několika hledisek. Jedním z nich je udržení stávajících schopností a dovedností, případně jejich zlepšování. Protahování kloubů a udržování chůze. Dále se klade důraz na procvičování pozornosti a myšlení. Aktivizace je prováděna třemi druhy aktivit, které jsou zaměřené na podporu mentálních schopností (kognitivní rehabilitace, trénink paměti, reminiscence a orientace v realitě), sensorických schopností (muzikoterapie, arteterapie, animoterapie) a tělesné aktivity (rehabilitační činnosti, sebeobslužné činnosti a každodenní činnosti). (Mlýnková, 2010, s. 99).

2.2.1 Validace

Za zakladatelku validace považujeme americkou gerontoložku a sociální pracovníci Naomi Feil. Její práce s dezorientovanými starými lidmi ji přiměla zkoušet nové metody, techniky a postupy, neboť metody do té doby známé nebyly nijak účinné. Tím vznikla metoda validace. Je určena pro osoby dezorientované, velmi staré, označované podle Naomi Feil v originále „old-old“. Úkolem této metody není zlepšit zdravotní stav, ale umění pracovníka vnímat realitu prožívanou dezorientovanou osobou a tomu přizpůsobit jednání se seniorem. Klienti, pro něž je tato metoda určena, mají změněné vnímání reality a často je pro ně důležitější minulost než přítomnost. Chtějí se vracet k příjemným zážitkům, pocitům a vzpomínkám z mládí. Samozřejmě se mohou vracet i zážitky nepříjemné nebo ty, které zůstali v minulosti nedořešeny, a není jednoduché o nich hovořit. Z tohoto důvodu byla vytvořena metoda validace, aby bylo dezorientovaným seniorům umožněno si s někým popovídat, byli podpořeni a vyslechnuti.

Každá metoda má svá pravidla, principy nebo základy z nichž se při využití metody vychází. Jinak tomu není ani u validace. Mezi nejdůležitější patří respektovat člověka a jeho sociální role, i když již nejsou aktuální a vrací se k nim ve svých vzpomínkách. Dávat hodnotu všem projevům seniora a komunikovat s ním o tématech, které má na srdci. Znamená to orientovat se v seniorově realitě a vcítovat se do jeho prožitků. V praxi to znamená využít všech dostupných prostředků, které navodí klientovi pocit prožít znovu příjemné situace a to pomocí stimulace chuťových buněk a využití známých čichových stop. Využití známých předmětů z minulosti jako jsou staré brýle, snubní prsteny či fotky z minulosti (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 185).

2.2.2 Preterapie

Preterapie je technika určená pro osoby obtížně komunikující nebo osoby nekomunikující vůbec. Tato metoda vychází z humanistické psychologie. Za autora preterapie je považován G. Prouty, jehož přímým učitelem byl C. Rogerse.

Preterapie obsahuje techniky, pomocí kterých má komunikující pracovník možnost podpořit nemocného člověka, aby vyjádřil to, co cítí ve svém nitru. Pracovník zde má možnost vyjádřit, že vnitřnímu stavu klienta rozumí, i když běžně používané komunikační prostředky nejsou použitelné. Důležitou roli hraje reflexe a to především reflexe zvuku, slov, prostředí i situací, do kterých se člověk dostane. Reflexe výrazu, pohybu očí a tváře. Tyto techniky pomáhají komunikujícímu personálu začít kontakt a projevit porozumění tomu co se právě

s klientem děje uvnitř. Preterapeutické techniky tedy umožňují personálu být s člověkem, ať už má vnitřní pocity jakékoliv. Využitelnost preterapie je tedy velmi pestrá. Tyto rozmanité způsoby aplikace zároveň ukazují na široké možnosti preterapie. Je tedy možné z nich čerpat i v běžném životě (Prouty, Werde, Partner, 2005, s. 191–192; Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 187).

2.2.3 Reminiscence

Reminiscenci můžeme označit jako relativně nový pojem využívaný při péči o seniory. Budeme-li hledat její definici, tak nejčastěji narazíme na britského geriatra Roberta Woodse a jeho kolektiv, který definuje reminiscenci jako: *„hlasité nebo tiché (tedy skryté) vnitřní vybavování událostí ze života člověka, které se může uskutečňovat o samotě, s jinou osobou nebo ve skupině“* (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Vzpomínání lze označit jako metodu validace, neboť tak jako validace umožňuje bilancování, hodnocení, ospravedlnění a vyrovnání se s minulostí. Významným pojmem je reminiscenční terapie, což je obvykle označení pro rozhovor terapeuta se starším člověkem. Při reminiscenční terapii lze využít i předměty, které senioři dobře znají. Mohou to být různé předměty spojené s příběhem, fotografie ale také hračky z dětství. Janečková s Vackovou (2010) uvádějí, že rozhovor terapeuta a klienta může probíhat nejen mezi nimi ale i ve skupině, tím se shodují s definicí Roberta Woodse. Díky vzpomínání je zaměstnána paměť a myšlení pacienta. Také přináší informace o klientovi komunikujícímu personálu, čímž dochází k posílení vztahu a rozvíjení důvěry ve vztahu klient – ošetřující/pečující. Neméně důležité je vzpomínání pro samotného seniora, dává mu možnost předat své životní zkušenosti mladší generaci a cítit se jako součást společnosti (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 188; Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

O rozšíření metody reminiscence v Evropě se zasloužila Pam Schweizer, jejíž původní zaměstnání herečky ji přivedlo na myšlenku divadelně ztvárnit vzpomínky starých osob, čímž získala obrovský ohlas v zařízeních pro seniory (Mlýnková, 2011, s. 164–165).

Přímo v praxi mohou pracovníci v pomáhající profesi využít reminiscenční aktivity přímo zaměřené na konkrétního seniora. Je důležité brát v potaz zkušenosti a dosavadní život klienta. Každý má jiné vzpomínky a jiné zážitky, proto každému pomůže jiná aktivita. Pro starší generace je typický tanec, dříve se považoval za společenskou nutnost a pro většinu mobilních seniorů je to příjemnou terapií. Stejně tak výlety na místa, která již dříve navštívili, ať už rodný

dům, vesnici, v níž vyrůstali nebo jen místa, na nichž jim je příjemně (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 96).

2.3 Sociální služby pro seniory

Sociální služby pro seniory jsou určeny starým lidem, kteří potřebují pomoc v oblasti fyzické či psychické. Je nutné těmto osobám zajistit důstojné a bezpečné prostředí, ale i slušné zacházení. Hlavním cílem těchto služeb je zapojení seniora do běžného života a společnosti. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se sociální služby rozlišují podle formy poskytování. Tyto služby mohou být poskytovány třemi různými formami. První z nich je forma ambulantní péče, to znamená, že osoba za službou dochází do konkrétního zařízení. Součástí této formy není poskytnutí ubytování. Druhou formou je pobytová služba, která umožňuje ubytování v zařízení sociálních služeb a třetí formou je terénní služba. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném životním prostředí osob vyžadujících tuto formu pomoci (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 61; ÚZ sociální zabezpečení 2013, s. 111–112).

2.3.1 Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, jež jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností vlivem věku nebo zdravotního stavu. Služba zajišťuje pomoc při zvládání denních činností, především péči o vlastní osobu. Zajišťuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V Pardubicích je to například denní stacionář Slunečnice, jehož umístění na kraji města umožňuje prožít klidný den vyplněný aktivitami v příjemném prostředí (ÚZ sociální zabezpečení 2013, s. 113).

2.3.2 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou, jak už název napovídá, službou pobytovou a umožňují poskytnutí péče o osobu, jejíž soběstačnost je snížena věkem, vlivem duševního onemocnění či zdravotního postižení, přičemž jejich stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Stejně jako u denních stacionářů je zajišťována péče o vlastní osobu, zajišťuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pro seniory z Pardubicka je možnost využít Domovu na Dómském pahorku, který zajišťuje zmíněnou službu (ÚZ sociální zabezpečení 2013, s. 113).

2.3.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je poskytována terénně, seniorům žijícím v domácím prostředí. O pečovatelskou službu si může zažádat samotný senior, jeho rodina, lékař ale i sociální pracovník. Následně lékař zhodnotí míru soběstačnosti seniora a na základě toho je služba poskytnuta. Pečovatelská služba je vykonávána prostřednictvím pečovatele, jehož úkolem je pomoci seniorovi s péčí o vlastní osobu ale i o domácnost. Nejznámějším zařízením v Pardubicích je Charitní pečovatelská služba na Pardubicku (Malíková, 2011, s. 45; Jarošová, 2006, s. 49).

2.3.4 Osobní asistence

Tato terénní služba probíhá v přirozeném prostředí seniora a je poskytována bez časového omezení. Poskytuje se seniorům, jejichž stav vyžaduje pomoc s péčí o vlastní osobu, o domácnost a začlenit se do společnosti. Nejznámějšími poskytovateli osobní asistence v Pardubicích je Česká abilympijská asociace, Středisko osobní asistence Pardubice a Charitní služba osobní asistence na Pardubicku (ÚZ sociální zabezpečení 2013, s. 112; Malíková, 2011, s. 45).

2.3.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku. Tato služba je označena jako pobytová a mimo ubytování seniorům dále poskytuje stravu, pomoc s péčí o vlastní osobu a pomoc při hygieně. V rámci péče o osobu se nesmí zapomínat na uplatňování práv, oprávněných zájmů ale také pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Jako náplň dne jsou využívány sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. V Pardubickém kraji je takových zařízení hned několik. Jedním z nich je i Domov pro seniory Dubina Pardubice, ve kterém jsem měla možnost vykonávat odbornou praxi (ÚZ sociální zabezpečení 2013, s. 114).

2.3.6 Odlehčovací (respitní) péče

Odlehčovací pobytové služby jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního omezení. Senior je do této služby přijímán většinou z domácího prostředí, kdy si rodina nebo osoba pečující o seniora potřebuje odpočinout a nabrat energii. Délka pobytu je individuální dle poskytovatele a potřeb rodiny. V rámci exkurze při studiu jsem měla například možnost navštívit Léčebnu dlouhodobě nemocných Rybitví, která mimo jiné zajišťuje odlehčující služby (Kalvach, 2011, s. 216).

2.3.7 Předčitatelská služba

Předčitatelská služba je určena seniorům, jejichž zájmem jsou knihy a z důvodu poruchy zrakového vnímání, již četbu nezvládnou. Pro tyto seniory je tedy možnost objednání osoby, která mu bude předčítat zvolený žánr. V Pardubicích je například tato služba zajišťována TyfloCentrem, což je občansko prospěšné sdružení, jež tuto službu poskytuje všem věkovým kategoriím (Haškovcová, 2010, s. 237–240).

2.4 Zařízení poskytující zdravotní péči seniorům

2.4.1 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě nemocných je zdravotnické zařízení určené pro osoby s chronickým onemocněním vyžadující takovou péči, kterou není možné poskytovat v domácím prostředí. Nejčastěji slouží léčebny dlouhodobě nemocných starým lidem a chronicky nemocným osobám. Jsou zde poskytovány ošetrovatelské služby, jako je hygiena, stravování, ošetřování ran, podávání léků a prevence přidružených onemocnění. Mimo ošetrovatelskou péči je v léčebnách dlouhodobě nemocných také sociální pracovník, jehož úkolem je poskytovat sociální poradenství, případně poskytovat sociální služby. Na základě své praxe v nemocnicích i v zařízení LDN musím říci, že pracují na stejném základě, pouze s tím rozdílem, že ošetřující personál v léčebnách dlouhodobě nemocných má více času na klienta, nežli v nemocnicích. Je to z toho důvodu, že v nemocnicích jsou ve většině případů klienti krátkodobě a sestřím projde rukama mnohem více klientů než v léčebnách dlouhodobě nemocných (Čeledová, 2010, s. 103; Haškovcová, 2010, s. 229).

2.4.2 Domácí péče

Domácí péče nebo také home care agentury poskytují zdravotnickou péči seniorům žijícím v domácím prostředí. Péči poskytují nejen zdravotní sestry, ale podílí se na ní i lékaři. Je poskytována na základě rozhodnutí praktického lékaře a její rozsah závisí na zdravotním stavu seniora. V případě, že je domácí péče naordinována lékařem, je v určitých případech hrazená pojišťovnou ale pouze v rozsahu tří hodin denně. O domácí péči je možné zažádat i bez doporučení lékaře, ale v těchto případech si ji klient hradí plně sám (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 114).

2.4.3 Hospic

Hospic je zdravotnické zařízení, které poskytuje hospicovou péči osobám v terminálním stádiu života. Zdravotnická hospicová péče se od nemocniční liší v tom, že se zde neužívá péče terapeutická, nýbrž paliativní péče. Paliativní péče se zaměřuje na odstranění bolesti, ne na vyléčení nemoci. Hospice se snaží zajistit klidné a důstojné umírání, převážně osobám s onkologickou diagnózou, jejichž léčba již byla ukončena a pacient se nachází v terminálním stádiu. Toto zařízení se snaží poskytnout co nejpřirozenější prostředí. Často bývají stěny vymalovány barevně a není vyloučeno mít u sebe třeba zvíře. Péče je zaměřena nejen na stránku biologickou, ale také psychosociální a duševní. I přes to, že je hospic zdravotnickým zařízením, podílí se na péči o klienta či rodinu i sociální pracovník. V Pardubickém kraji je to např. Hospic Smíření v Chrudimi (O'connor, 2005, s. 15–16; s. 233–234, Vorlíček, 2012, s. 233).

3 Komunikace

Komunikace je označení pro výměnu informací mezi dvěma komunikujícími subjekty. Při této výměně dochází k předávání, získávání a vyměňování informací, citů a pocitů. Komunikace probíhá buď verbálně (slovně) nebo neverbálně (mimoslovně). Komunikace tvoří základ všech lidských vztahů a pomáhá je udržovat, rozvíjet, ale i ničit (Pokorná, 2010, s. 11; Janoušek, 2007, s. 49; Venglářová, 2007, s. 74).

Základem komunikačního procesu je dle Zacharové (2007) 5 složek. Při komunikaci jsou potřeba alespoň dvě osoby, které spolu komunikují. Ty jsou označovány jako komunikátor (mluvčí), což je osoba předávající informaci a komunikant (příjemce), který informaci přijímá. Informace nebo také zpráva sdělovaná při komunikaci, bývá v odborné literatuře označována jako komuniké. Další nezbytnou součástí komunikace je situační kontext, neboť i prostředí má na komunikaci vliv. Může předávání informace nebo sdělení usnadnit, nebo také ztížit. Poslední složkou komunikace je zpětná vazba. Ta je vysílaná komunikantem jako reakce na dané sdělení od komunikátora (Malíková, 2011, s. 223, Plevová 2011, s. 11).

3.1 Komunikace se seniory

Komunikace se seniory musí probíhat vždy individuálně a s jiným přístupem. Je důležité vzít v potaz věk, zdravotní stav a psychickou stránku jedince. Je nutné, aby pracovníci v pomáhající profesi při práci se seniory ovládali základní komunikační dovednosti, předejde se díky tomu komunikačnímu nedorozumění. Nemá-li pracovník komunikující se seniorem dostatek znalostí v oblasti komunikace, dochází tak k nedorozumění, problémům či konfliktům, v důsledku špatné komunikace. To způsobuje nespokojenost obou stran komunikujících. Špatná komunikace vede nejen seniory, ale i sociální pracovníky k nejistotě a nespokojenosti. Výsledkem této situace je vyhýbání se komunikaci. Sdělování tedy mezi dvěma subjekty vážne a přibývají další problémy z dalších nedorozumění (Malíková, 2011, s. 228–229; Pokorná, 2010, s. 49–50).

Základem každé komunikace, nejen komunikace se seniory, je umění naslouchat druhým. Nasloucháním nepřijímáme jen sdělovanou informaci, ale i neverbální projevy klienta při sdělování informace, které nám mohou při dobrém pozorování a naslouchání prozradit emoce, které nedokáže vyslovit. Aktivním nasloucháním je dáván najevo zájem o klienta a jsou vytvářeny vhodné podmínky pro další rozhovor či možnost svěřit se (Malíková, 2011, s. 224; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 102).

3.1.1 Faktory ovlivňující komunikaci se seniory

Při komunikaci je nutné zohlednit několik faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu komunikace. Malíková (2011) uvádí hned několik faktorů. Patří mezi ně aktuální situace a zdravotní stav klienta. Je samozřejmé, že pokud klient prožívá bolest, tak nemá ani chuť komunikovat. Další složkou ovlivňující komunikaci je věk klienta, ale není vždy prvořadý. Je důležité brát v potaz, na kolik let se senior cítí, neboť kalendářní věk nemusí jednoznačně odpovídat involučním změnám v organismu. Neméně důležité je prostředí určené ke komunikaci. Vždy by mělo vyvolávat pocit bezpečí a důvěry. Velmi často tomu napomáhají barevně vymalované stěny, obrázky a vybavení prostoru. Za nejdůležitější faktor považují čas vyhraněný ke komunikaci. Je znatelný rozdíl mezi komunikací, která probíhá při nedostatku času a komunikací prováděnou při volné chvíli bez stresu. Už jen samotný pocit, že má pracovník na klienta čas působí důvěryhodně a je větší šance získat od seniora více informací (Malíková, 2011, s. 229).

Faktory, které nelze ovlivnit, jako jsou smyslové poruchy či snížené kognitivní funkce seniora, lze nahradit jinou formou komunikace a dají se v některých případech obejít. Důležitá je dobrá znalost komunikačních dovedností a možnosti využití komunikačních technik pracovníkem. Mimo již zmíněné faktory také hrají roli terapeutické metody, jež mají pracovníci k dispozici pro lepší vyjádření klienta (malování mandal, aromaterapie, animoterapie, reminiscence a jiné). (Malíková, 2011, s. 229).

3.1.2 Bariéry v komunikaci se seniory

Komunikace není jen o předání a přijetí informace, při komunikaci se mohou objevit různé bariéry znesnadňující přenos, přijetí nebo pochopení sdělované informace. Komunikační bariéry mohou být jak na straně pracovníka, tak na straně seniora. Bariéra ze strany klienta může spočívat ve zhoršeném smyslovém vnímání, a to především zrakovém a sluchovém. Kromě poruch smyslových, může být bariérou závažnost onemocnění seniora. Další bariéru mohou způsobovat změny kognitivních a psychických funkcí, ale také změny v sociální oblasti. Rovněž míra vzdělání a sociální postavení může být bariérou při komunikaci (Pokorná, 2010, s. 22; Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 203).

Ze strany pracovníků mohou komunikační bariéry spočívat podle Bláhy a Staňkové (2004) v nedostatečné péči a pozornosti ke klientovi ale také ve stylu sdělování informace klientovi. Dále může být bariéra způsobena nevhodným upozorňováním pracovníka na klientovu disabilitu. Mimo již zmíněné překážky v komunikaci mohou být bariérou nedostatečné

komunikační znalosti, dovednosti a schopnosti, například rychlé řečové tempo či zmatené a chaotické předávání informací (Malíková, 2011, s. 232).

3.2 Specifické verbální komunikační dovednosti sociálního pracovníka

Specifické komunikační dovednosti slouží k podpoře projevu seniora. Díky těmto dovednostem, mohou pracovníci v pomáhajících profesích získat od seniora potřebné informace, navázat s ním bližší kontakt, motivovat seniora, vzájemně si porozumět a tím předejít konfliktům z nedorozumění (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 102).

Mezi specifické verbální komunikační dovednosti se řadí povzbuzování, přičemž se jedná o aktivní naslouchání klientovi s využitím povzbuzujících vět, které mají seniora motivovat k rozhovoru. Další komunikační dovedností je reflexe nebo také zrcadlení, což znamená umět vyjádřit seniorovi myšlenky a pocity slovy, tedy dát slovní formu pocitům a myšlenkám. Neméně důležitým prvkem dorozumívání je sumarizace, která umožňuje shrnout to nejpodstatnější, z toho co nám senior sdělil. Využívá se u dlouhých příběhů, které seniori vypráví a pomocí sumarizace, lze rekapitulovat důležité informace. Jako další komunikační verbální dovednost je využívána rezonance, což je forma zpětné vazby. Sociální pracovník dává aktivně najevo, že seniorovi naslouchá a to tím, že doslova opakuje klientova slova. Mimo již zmíněné dovednosti existuje ještě podpora projevu, která je určena pro seniory spíše stydlivé a zdrženlivé. Podpořením jejich projevu může sociální pracovník získat více informací o samotném seniorovi (Malíková, 2011, s. 224, Venglářová, Mahrová, 2006, s. 26; Plevová, 2011, s. 51).

3.3 Specifické komunikační dovednosti neverbální sociálního pracovníka

Neverbální komunikace, tedy mimoslovní sdělování, se v kultuře objevila dříve než komunikace verbální. Neverbální komunikace probíhá pomocí signálů těla, je používaná úmyslně i neúmyslně, doplňuje komunikaci verbální, proto by měla neverbální komunikace odpovídat verbálnímu projevu. Dobrý komunikant tedy posluchač by měl rozpoznat, zda je složka verbální a neverbální komunikace v souladu. Neodpovídá-li složka verbální komunikace složce neverbální je evidentní, že seniora něco trápí, nechce se svěřit nebo nesděljuje pravdu (Pokorná, 2010, s. 26–28; Leško, 2008, s. 24).

Mezi neverbální komunikační dovednosti patří vizika, jež spočívá v očním kontaktu. Nejedná se pouze o oční kontakt, při vizice je také důležitá délka kontaktu očí, ale i vzájemné pohledy. Oční kontakt může pracovníkovi v pomáhající profesi říci, zda je senior na komunikaci naladěn

či nikoliv. Oblast obličeje je pro neverbální komunikaci také využita a je označována jako mimika. Jde o celkový výraz tváře, ve kterém může sociální pracovník vyčíst nejen emoce, ale i náladu a bolest seniora (Pokorná, 2010, s. 132).

Při zapojení rukou při komunikaci hovoříme o gestice. Jedná se o pohyby rukou, jež doplňují komunikaci verbální. Někdy mohou gesta zcela nahradit verbální komunikaci. K využití rukou při non-verbální komunikaci, dochází také při haptice. Haptika je neverbální komunikační dovednost spočívající v tělesném kontaktu se seniorem. U tohoto druhu komunikace je využit dotyk jako projev pochopení a podpory. Ne každému seniorovi je tato metoda komunikace příjemná, každý má své hranice, které udávají co je přijatelné a co není (Malíková, 2011, s. 226–227).

K neverbální komunikaci je využíváno celé tělo, proto je při komunikaci nezbytné pozorovat i polohy rukou, nohou i celého těla, které mohou označovat postoj seniora či jeho emotivní naladění. Tato metoda komunikace je označována jako posturologie. Kromě poloh rukou a nohou jsou důležité i celkové pohyby těla. Tato technika neverbální komunikace je označována jako kinetika. Nejedná se pouze o pohyby rukou, ale i nohou a hlavy. Neméně důležitou součástí komunikace je proxemika, při níž jde o vzdálenost mezi komunikujícími. Jde tedy o vzdálenost mezi komunikátorem a komunikantem (Leško, 2008, s. 23; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 226).

II Výzkumná část

Tato bakalářská práce je teoreticko-výzkumnou. Tato část bakalářské práce se zabývá metodikou výzkumu a vyhodnocením získaných dat.

4 Výzkumné otázky

K dotazníkovému šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké způsoby předávání informací využívají sociální pracovníci při práci se seniory?
2. O jakých druh konzultací a druh sociálního poradenství jsou sociální pracovníci žádáni seniory?
3. O které sociální služby projevují při konzultacích se sociálními pracovníky senioři zájem?
4. Jak hodnotíte propojenost sociálních služeb, vzájemnou spolupráci mezi poskytovateli sociálních služeb a dostatečné pokrytí sociálních služeb na území ČR?
5. V čem spatřují sociální pracovníci pozitiva a negativa při výkonu sociální práce/poskytování sociálních služeb cílové skupině senioři?
6. Jaké metody sociální práce a terapeutické metody využívají sociální pracovníci v rámci sociální práce se seniory?

5 Metodika výzkumu

5.1 Výzkumný nástroj

Pro sběr dat byl vytvořen dotazník vlastní tvorby, čítající 19 otázek, přičemž byly použity otázky výběrové (č. 2, 4, 7, 11, 12, 13, 16), polo-uzavřené otázky, kde měli respondenti možnost výběru odpovědi i možnost doplnit vlastní odpověď (č. 3, 5, 17, 19). Dále byly v dotazníku otázky otevřené s možností vyjádřit odpověď vlastními slovy (č. 1, 18), otázky škálové (č. 10, 14, 15) a otázky výčtové (č. 6, 8, 9).

Dotazníky byly rozeslány mezi předem oslovené sociální pracovníky, kteří se věnují cílové skupině senioři. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní. Dotazník je zařazen v této bakalářské práci jako příloha A.

5.2 Analýza dat

Získaná data byla vyhodnocena popisnou statistikou pomocí programu Microsoft Excel 2007. Výsledky jsou zobrazeny v grafech a tabulkách. Pro grafické znázornění byly zvoleny grafy pruhového, sloupcového a výsečového typu. V tabulkách jsou uvedena data jak v absolutní četnosti (v), označující počet respondentů odpovídajících stejně na konkrétní otázku, tak i relativní četnosti (φ) představující výsledky dat v procentech, ale i celková četnost (n) charakterizující celkový počet respondentů. Relativní četnost byla vypočítána dle vzoru:

$$\varphi [\%] = \frac{v}{n} \cdot 100 \text{ (podílem absolutní četnosti a celkové četnosti).}$$

5.3 Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření probíhalo od května roku 2013 a do ledna 2014. Výzkum byl realizován po osobní či telefonické dohodě se sociálními pracovníky vykonávající praxi v zařízeních určených pro seniory po celé České republice. Pro výzkumné šetření byla vybrána pouze ta zařízení, kde se pracuje se seniory a výběr sociálních pracovníků se odvíjel od jejich ochoty podílet se na výzkumném šetření.

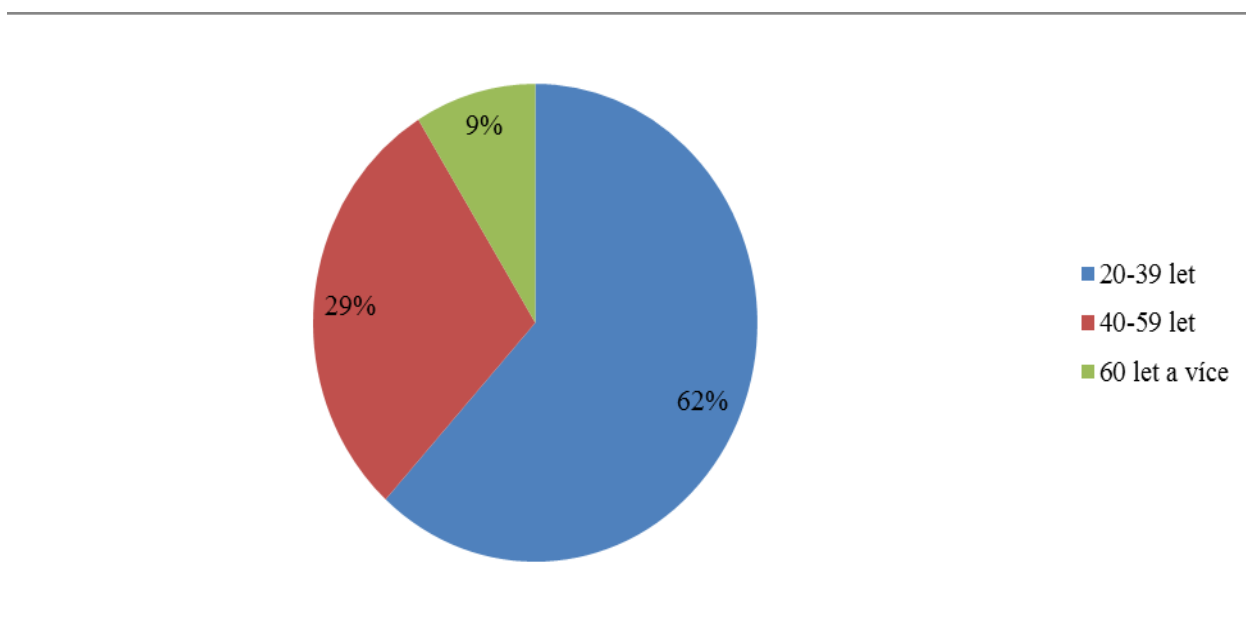
Pro dotazníkové šetření bylo osloveno 19 (100 %) zařízení, přičemž se vrátili dotazníky z celkem 12 (63 %) zařízení. Z těchto 19 zařízení byly osloveny 4 nemocnice, 4 zařízení poskytující terénní služby, 5 léčeben dlouhodobě nemocných a 6 domovů pro seniory. Dotazník byl zaslán 61 (100 %) sociálním pracovníkům a navraceno bylo 56 % dotazníků, což činí 34 vrácených dotazníků. Všechny byly řádně vyplněny, a proto mohly být zařazeny a zpracovány ve výzkumné části.

Výzkumného šetření se účastnilo 34 respondentů, přičemž výzkumný vzorek byl složen pouze z žen, což nebylo záměrem práce. Průměrný věk všech respondentek byl 37 let, přičemž nejmladší respondentce bylo 24 let a nejstarší 66 let. Výzkumný vzorek je složen především z vysokoškolsky vzdělaných respondentů, kterých bylo 44 %. Dále se zúčastnilo 41 % respondentů s vyšším odborným vzděláním a pouze 15 % respondentek se středoškolským vzděláním. Všechny oslovené respondentky pracují se seniory, ovšem praxi delší než 10 let s touto cílovou skupinou má pouze 39 % respondentů.

6 Analýza a prezentace výsledků

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

V první otázce byl zjišťován věk respondentek. Otázka byla otevřená a každá respondentka uvedla svůj věk číselnou hodnotou. Věk je rozdělen do třech hraničních rozmezí. První rozmezí má rozsah 20–39 let, kam spadá 21 (62 %) respondentek. Druhé rozmezí je stanoveno od 40 do 59 let a do tohoto rozmezí patří 10 (29 %) respondentek a posledním rozmezím je 60 let a více, kam náleží 3 (9 %) respondentky. Průměrný věk všech respondentek je 37 let. Data jsou znázorněna na Obr. 1.



Obrázek 1 Věk respondentů

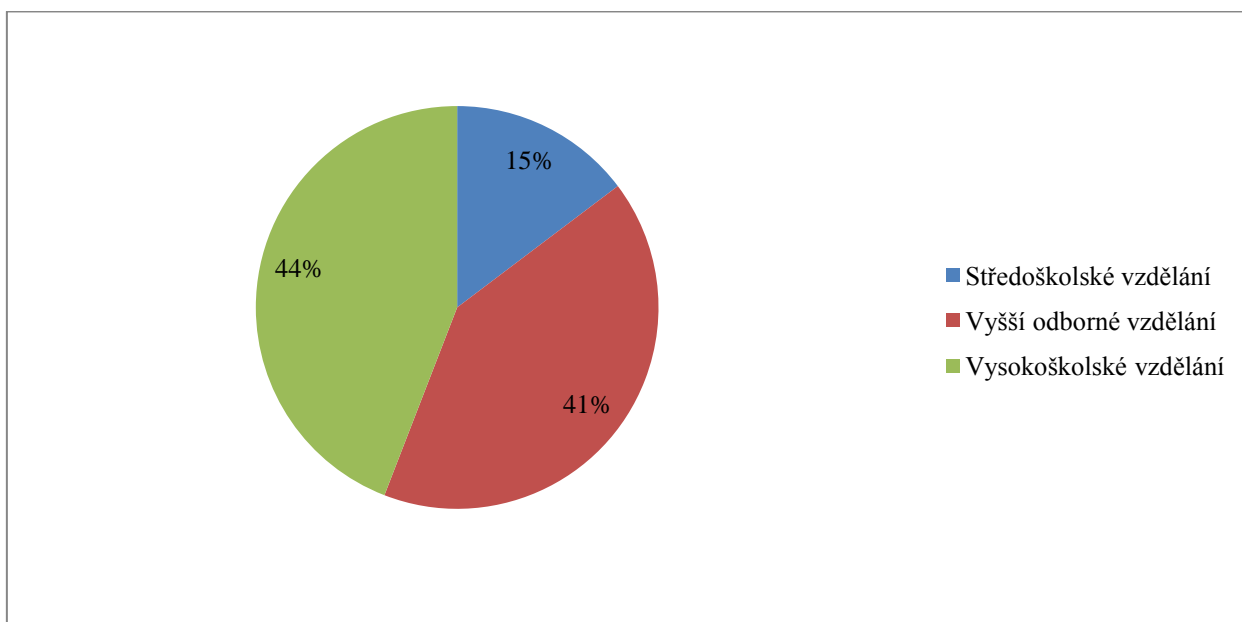
Otázka č. 2: Jaké je vaše pohlaví?

Otázka č. 2 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Všichni respondenti 34 (100 %) účastníci se dotazníkového šetření byli ženy. Záměrem této práce nebylo zvolit pouze ženy.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: (uved'te i zaměření)

V této otázce bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Otázka byla polo-uzavřená, kde měli respondenti na výběr ze čtyř možností odpovědí, přičemž ke zvolenému typu vzdělání respondenti vypisovali zaměření vystudovaného oboru, což je uvedeno v Tab. č. 1 a Tab. č. 2.

Nejčastěji bylo uvedeno jako nejvyšší dosažené vzdělání absolvování vysoké školy, a to 15 (44 %) respondenty. 14 (41 %) respondentů označilo vyšší odborné vzdělání a možnost středoškolského vzdělání byla zvolena pouze 5 (15 %) respondenty. Čtvrtou možnou odpovědí bylo vzdělání specializační, kterou nevyznačil žádný z respondentů. Grafické znázornění otázky je na Obr. 2.



Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 1 rozčlenila vysokoškolsky vzdělané respondenty podle studijního oboru, který uvedli ve své odpovědi. Celkový počet vysokoškolsky vzdělaných respondentů byl 15 (100 %). Z tab. č. 1 plyne, že 9 (60 %) respondentů absolvovalo obor Sociální práce, dále pak 4 (27 %) respondenti obor Pedagogika a Sociální práce a pouze 2 (13 %) obor Sociální práci a Psychoterapii.

Tabulka 1 Obory vysokoškolského vzdělání

Vysokoškolské vzdělání – zaměření:	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Pedagogika – sociální práce	4	27
Sociální práce a psychoterapie	2	13
Sociální práce	9	60
Celkem	15	100

Tab. 2 vyčlenila obory, které uvedli respondenti ke vzdělání absolvovanému na vyšší odborné škole. Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů, jež označili jako své nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu, vystudovalo 10 (71 %) respondentů obor Sociální práce a 4 (29 %) respondenti absolvovali obor Sociálně právní činnost.

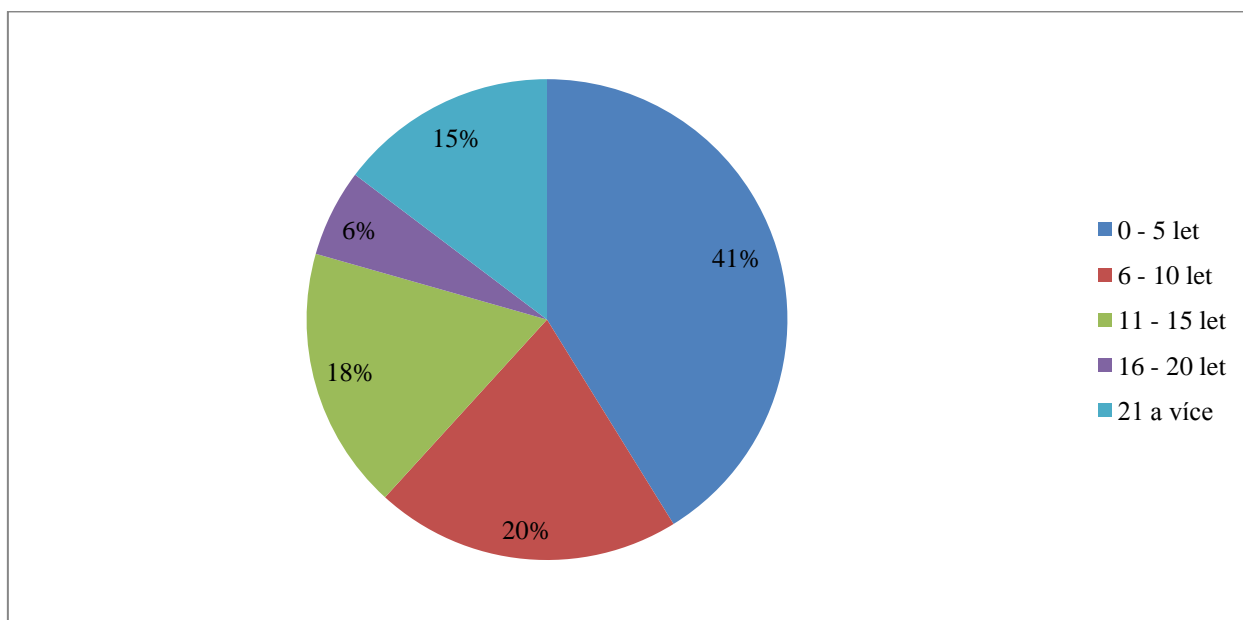
Tabulka 2 Obory vyššího odborného vzdělání

Vyšší odborné vzdělání – zaměření:	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Sociálně právní činnost	4	29
Sociální práce	10	71
Celkem	14	100

Otázka č. 4 : **Jaká je délka vaší odborné praxe se seniory:**

Otázka číslo 4 byla zaměřena na délku odborné praxe respondenta, kterou absolvoval s cílovou skupinou seniory. Otázka byla položena výběrovým typem s 5 možnostmi odpovědí. Respondenti měli na výběr z rozmezí délky praxe 0–5 let, 6–10 let, 11–15 let, 16–20 let a odpovědi 21 a více let.

Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů jich 14 (41 %) uvedlo, že délka jejich praxe se seniory je 0 až 5 let, dále pak 7 (20 %) respondentů zvolilo variantu 6–10 let, 6 (18 %) respondentů označilo svou praxi se seniory 11 až 15 let. Pouze 2 (6 %) respondenti se zařadili do rozmezí 16 až 20 let a praxi delší než 21 let vybralo 5 (15 %) respondentů. Data otázky číslo 4 jsou vyobrazeny na Obr. 3.

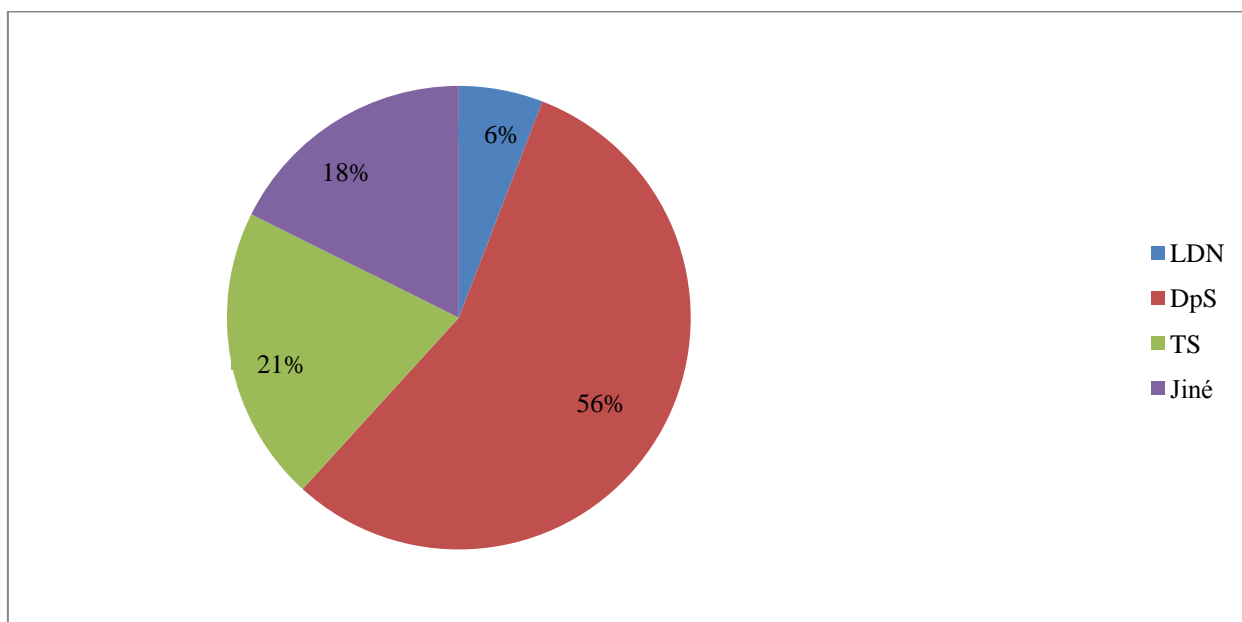


Obrázek 3 Délka odborné praxe se seniory

Otázka č. 5: **Jste zaměstnán/a v:**

V této otázce bylo zjišťováno, kde jsou respondenti zaměstnáni, tedy v jakém zařízení se seniory pracují. Dotazníky byly rozdány do domovů pro seniory, do terénních služeb, léčeben dlouhodobě nemocných, nemocnic a do jednoho charitativního zařízení.

Z celkového počtu respondentek 34 (100 %) jich je 19 (56 %) zaměstnáno v DpS, 7 (21 %) respondentů v TS pro seniory a možnosti jiné vybralo 6 (18 %) respondentek. V odpovědi jiné byl prostor k vypsání zařízení, které nebylo v nabídce odpovědí zmíněné. Do této možnosti vypsali 4 respondenti, že jsou zaměstnáni v nemocnici a 2 respondenti uvedli charitativní zařízení. Nejmenší zastoupení měla skupina respondentů zaměstnaných v LDN pouze 2 (6 %) respondenti. Otázka číslo 5 je graficky znázorněna na Obr. 4.

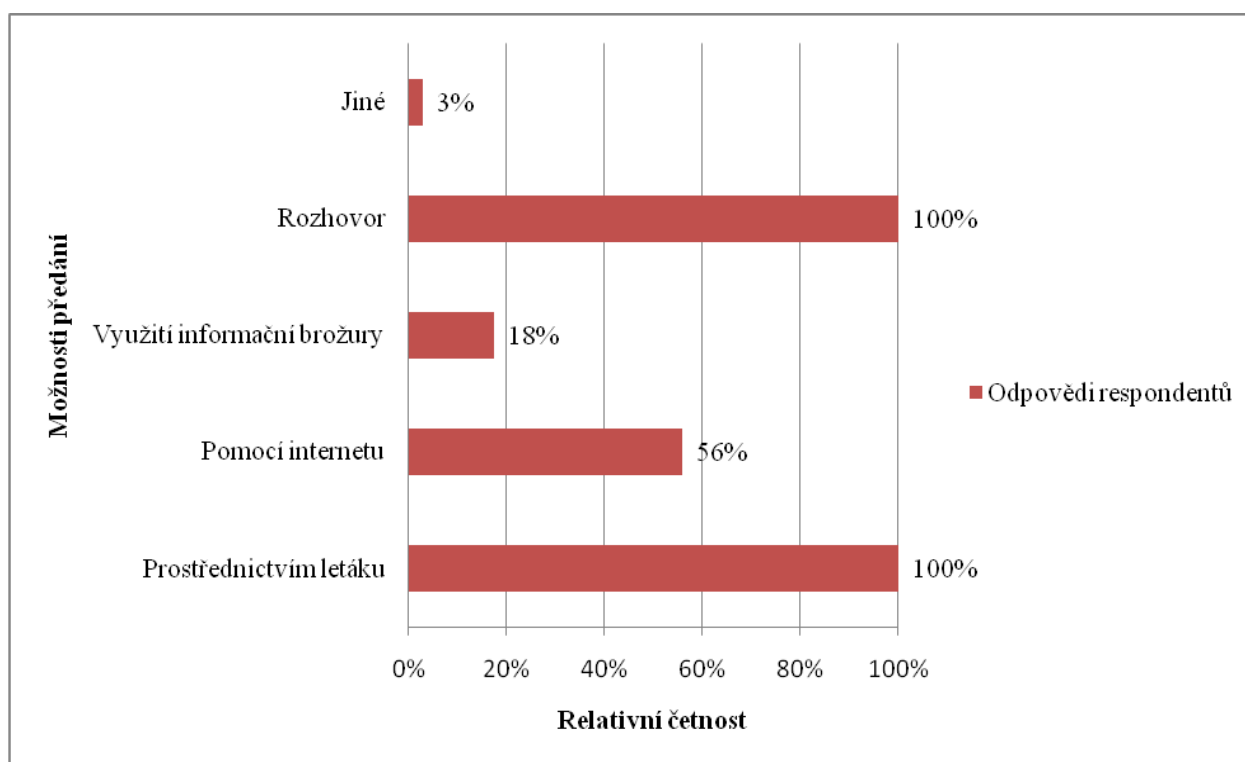


Obrázek 4 Zaměstnání respondentů

Otázka č. 6: Jaké máte možnosti předání informací o sociálních službách seniorům:

V šesté otázce bylo zjišťováno, jaké možnosti mají respondenti pro předávání informací seniorům. U otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Variant odpovědí bylo 5 a to odpověď předání informací rozhovorem, využitím informační brožury, pomocí internetu, prostřednictvím letáku, ale také možnost vypsání jiné formy předání. Odpovědi jsou vztaženy k absolutnímu počtu respondentů.

Možnost letáku a rozhovorem zvolilo všech 34 (100 %) respondentů. Další možnou odpovědí bylo předání informací pomocí internetu, jež vybralo 19 (56 %) respondentů, 6 (18 %) respondentů zvolilo využití informační brožury. Variantu jiné zvolil pouze 1 (3 %) respondent, podle něhož mohou posloužit příbuzní jako metoda předání informací. Otázka číslo 6 je graficky zaznamenána na Obr. 5.



Obrázek 5 Možnosti předání informací

Obr. 6 jsou rozděleny odpovědi otázky číslo 6 (možnosti předání informací) podle jednotlivých typů zařízení, ve kterých respondenti se seniory pracují. Otázka byla výčtová a obr. č. 6 znázorňuje relativní četnost odpovědí respondentů dle jednotlivých zařízení.

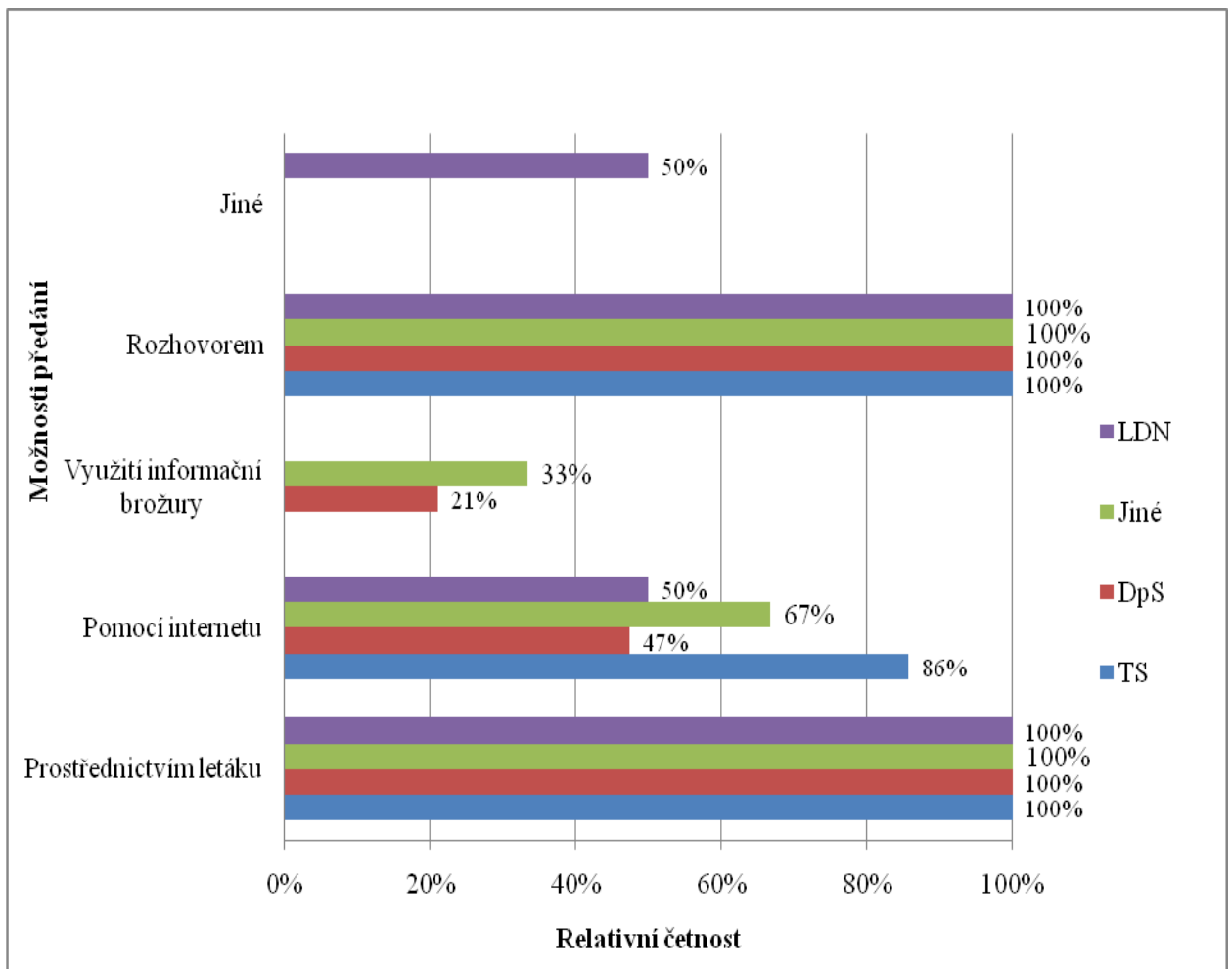
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů účastnících se dotazníkového šetření, jich je 7 (21 %) zaměstnáno v terénních službách, 19 (56 %) respondentů v domovech pro seniory, dále pak 6 (18 %) respondentů v zařízeních pod označením jiné a pouze 2 (6 %) respondenti v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Všech 7 (100 %) respondentů pracujících v TS má možnost předávat informace pomocí letáků i rozhovorem. Dále 6 (86 %) respondentů předává informace pomocí internetu a informační brožury nevyužívá žádný z respondentů TS.

Ze všech 19 (100 %) respondentů pracujících v DpS jich 19 (100 %) předává informace jak pohovorem, tak prostřednictvím letáku. Dále pak má 9 (47 %) respondentů k dispozici možnost předání informací pomocí internetu a 4 (21 %) mají možnost využít informační brožury.

Všech 6 (100%) respondentů, jež se zařadily do zaměstnání v možnosti odpovědi jiné (nemocnice, charitativní zařízení) předávají informace rozhovorem a prostřednictvím letáku. Internet mohou pro tyto účely použít 4 (67 %) respondenti a pouze 2 (33 %) respondenti využívají informační brožury pro předávání informací.

Data získaná od respondentů z LDN ukázaly možnost předávat informace prostřednictvím rozhovoru i letáků, což označili 2 (100 %) respondenti. Variantu odpovědi předávat informace pomocí internetu zvolil 1 (50 %) respondent a 1 (50 %) respondent vybral odpověď jiná možnost předání informací a doplnil vlastní odpověď. Jeho možnosti pro předání informací jsou rozšířeny o předávání informací prostřednictvím příbuzných. Získaná data této otázky jsou na Obr. 6.



Obrázek 6 Předávání informací dle typu zařízení

Otázka č. 7: Při předávání informací klientům seniorům využíváte spíše komunikaci:

- a) Ústní
- b) Písemnou
- c) Písemnou a ústní

Otázka č. 7 byla věnována druhu komunikace využívané sociálním pracovníkem při předávání informací klientům. Tato výběrová otázka měla tři varianty odpovědí. První možnost odpovědi nabízela ústní komunikaci pro předávání informací, druhá varianta písemnou komunikaci a jako poslední možnost byla odpověď využití ústní i písemné komunikace. Možnost odpovědi písemného předání informací neoznačil ani jeden z respondentů.

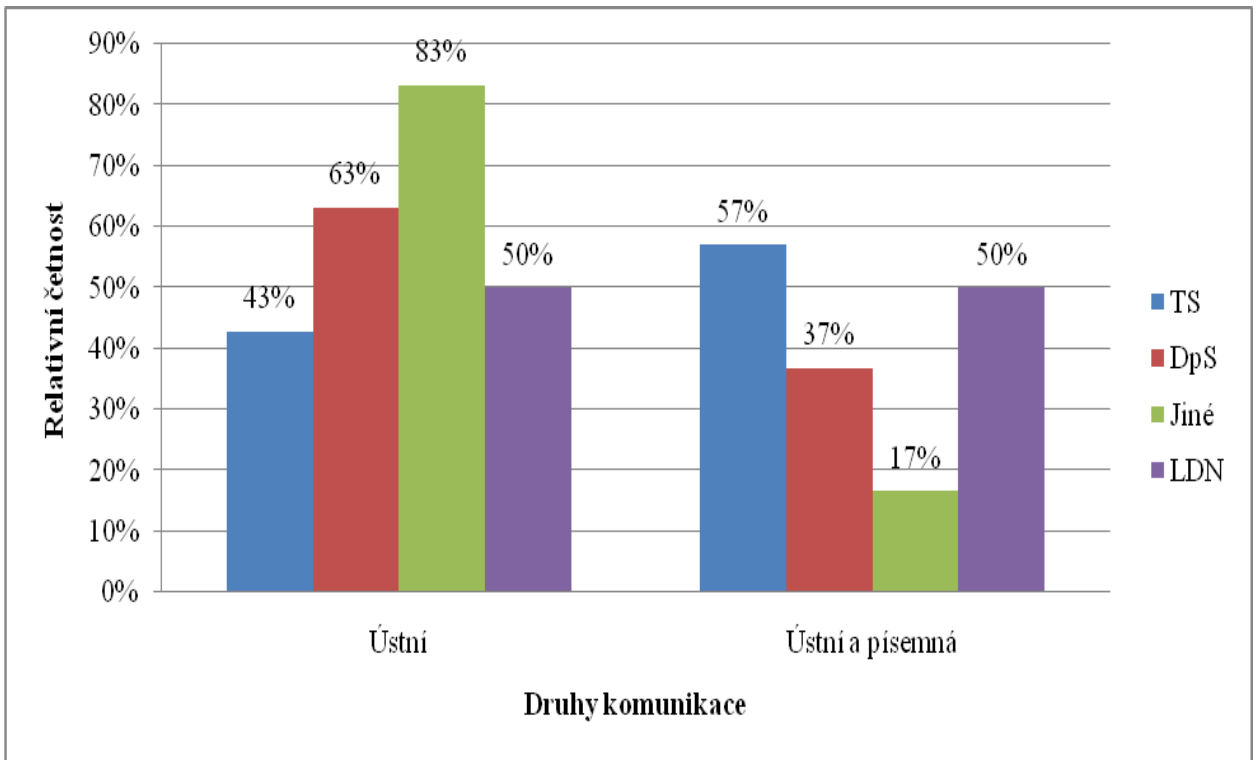
Z celkového počtu 7 (100 %) respondentů zaměstnaných v TS zvolili 3 (43 %) respondenti ústní komunikaci, jako využívanou komunikaci při předávání informací seniorům a 4 (57 %) respondenti uvedli komunikaci ústní současně s písemnou pro předávání informací klientům.

V DpS je zaměstnáno 19 (100 %) respondentů tohoto dotazníkového šetření. Z tohoto počtu označilo 12 (63 %) respondentů využití komunikace ústní pro předání informací klientům – seniorům a 7 (37 %) respondentů volí při předávání informací komunikaci ústní společně s písemnou.

V LDN pracují 2 (100 %) respondenti, přičemž 1 (50 %) respondent označil jako možnost předání informací pouze ústní formou a 1 (50 %) respondent využívá obě možnosti předání, tedy ústní i písemnou formou.

Z 6 (100 %) respondentů, kteří označili jako své zaměstnání nemocnici či charitu, byla od 5 (83 %) respondentů získána odpověď využívání komunikace ústní při předávání informací klientům. Pouze 1 (17 %) respondent z této skupiny vyznačil odpověď využití komunikace ústní a zároveň i písemné.

Data získaná v otázce č. 7 jsou graficky zpracována na Obr. 7.



Obrázek 7 Formy komunikace při předávání informací

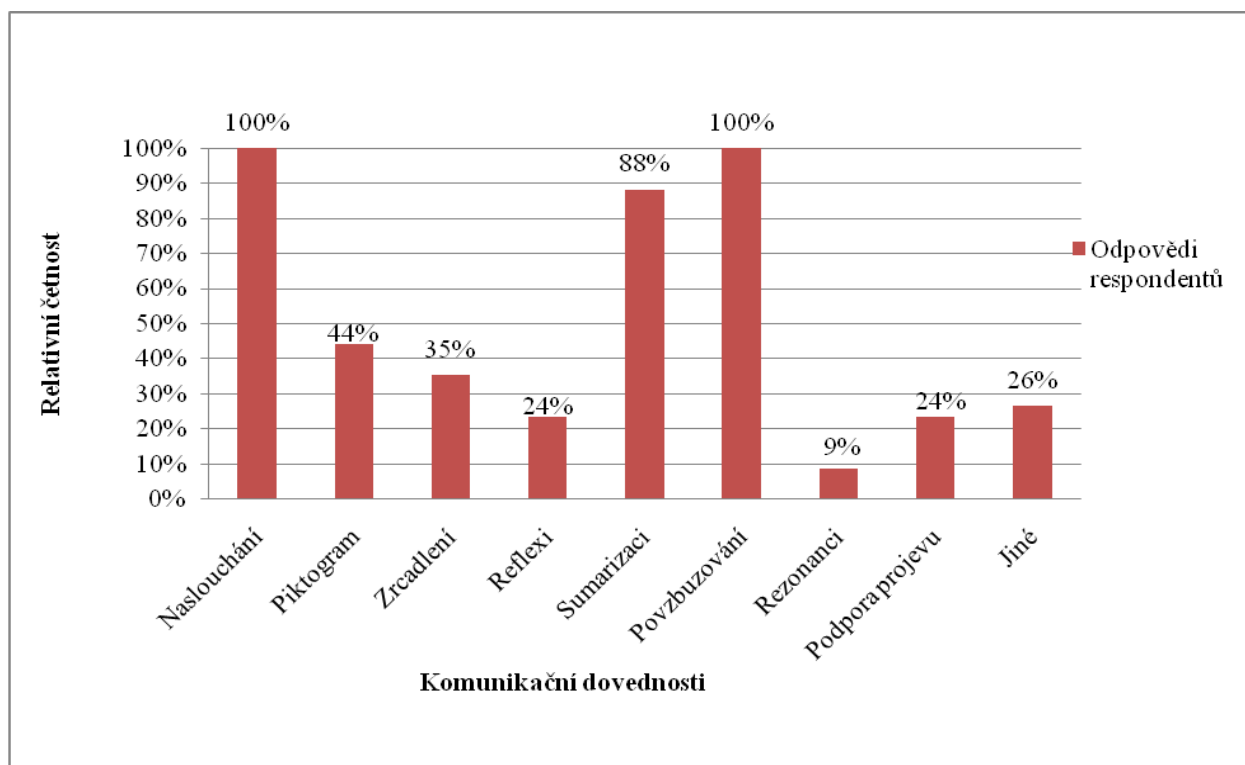
Otázka č. 8: Používáte při sociální práci se seniory oproti jiným cílovým skupinám některé níže uvedené specifické komunikační dovednosti:

Otázka č. 8 je věnována komunikačním specifickým dovednostem. U této otázky byla možnost více odpovědí, je tedy výčtová. Respondenti měli na výběr z 9 druhů odpovědí.

Všech 34 (100 %) respondentů používá při komunikaci se seniory jak naslouchání, tak i povzbuzování. Odpověď, že je jako specifická komunikační dovednost využívána sumarizace uvedlo 30 (88 %) respondentů. Další možnou odpovědí bylo používání piktogramů při komunikaci, kterou zvolilo 15 (44 %) respondentů.

Nižší četnost měla odpověď s variantou zrcadlení, kterou zvolilo 12 (35 %) respondentů. Reflexi jako specifickou komunikační dovednost používá 8 (24 %) respondentů a podporu projevu 8 (24 %) respondentů. Pouze 3 (9 %) dotazovaní užívají při sociální práci rezonanci, jako komunikační dovednost.

Variantu odpovědi jiné zvolilo 9 (26 %) respondentů, přičemž jako jinou specifickou komunikační dovednost, kterou používají při práci se seniory, uvedli neverbální komunikaci, parafrázování, haptiku, paraverbální komunikaci – tón hlasu. Grafické znázornění otázky č. 8 je na Obr. 8.



Obrázek 8 Specifické komunikační dovednosti

Otázka č. 9: **Z jakého nejčastějšího důvodu vaši pomoc klienti – senioři vyhledávají:**

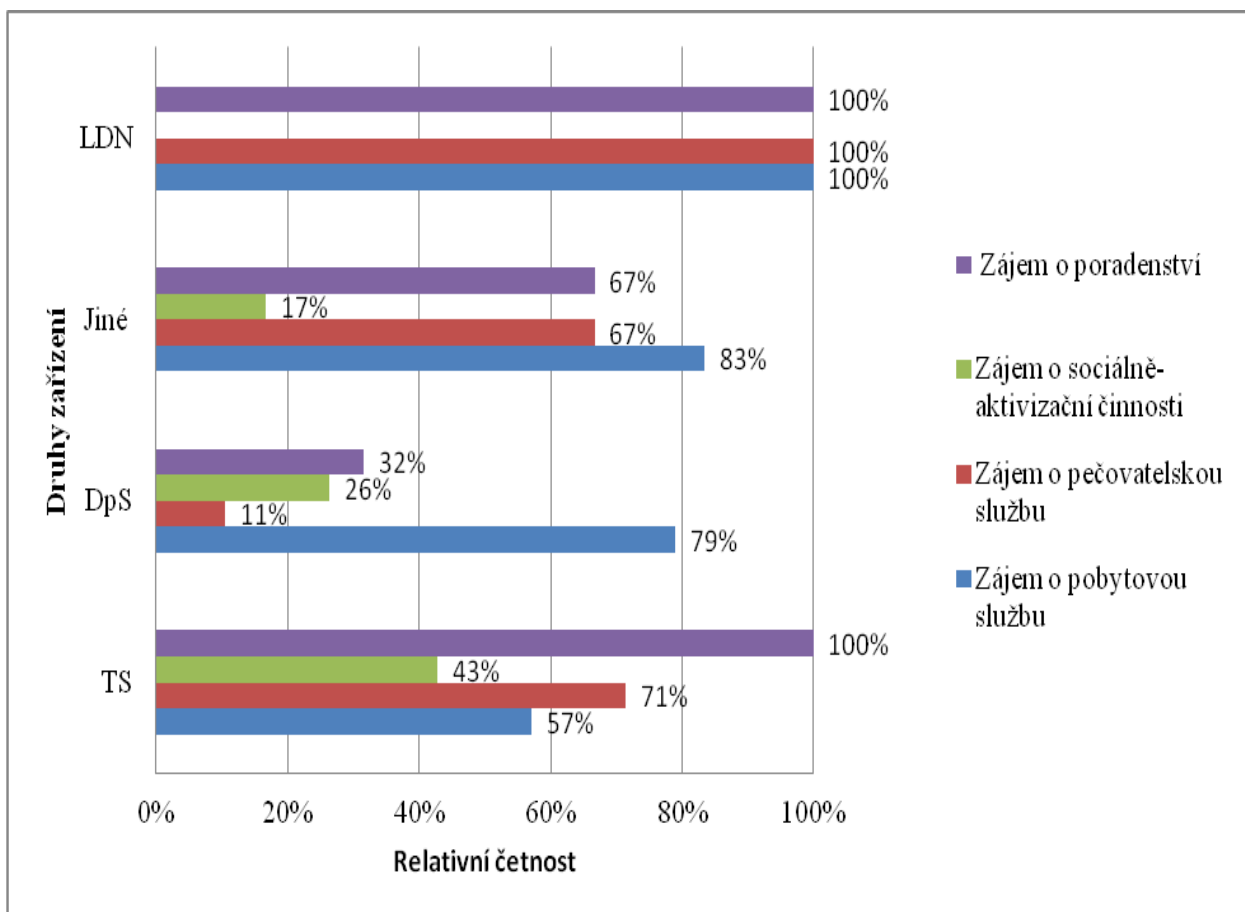
V této otázce jsme se zabývali důvody vedoucí seniora k vyhledání sociálního pracovníka. U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Jedná se tedy o otázku výčtovou. Na Obr. 9 jsou graficky znázorněna získaná data od respondentů, zaznamenaná podle jednotlivých druhů zařízení, v nichž respondenti se seniory pracují.

Z celkového počtu 7 (100 %) respondentů zaměstnaných v terénních službách označilo všech 7 (100 %) dotazovaných, že nejčastějším důvodem, proč jsou respondenti seniory vyhledáváni, je zájem o poradenství. Druhým nejčastějším důvodem vyhledávání pomoci u terénních sociálních služeb byl označen zájem o pečovatelskou službu a to 5 (71 %) respondenty. Nižší četnost měla varianta odpovědi, že důvodem vyhledávání terénních služeb je zájem o pobytovou službu, kterou zvolili 4 (57 %) respondenti. A pouze 3 (43 %) respondenti uvedli, že nejčastějším důvodem, pro který jsou vyhledáváni, je zájem o sociálně-aktivizační činnost.

Respondentů, již jsou zaměstnání v domovech pro seniory, bylo celkem 19 (100 %). Z tohoto počtu uvedlo 15 (79 %) respondentů, že nejčastějším důvodem proč jsou vyhledávány jejich služby, je zájem o pobytovou službu. Z celkového počtu označilo 6 (32 %) respondentů za nejčastější důvod vyhledávání pomoci zájem o poradenství. 5 (26 %) respondentů zvolilo za nejčastější důvod vyhledání pomoci zájem klienta o sociálně aktivizační činnosti a pouze 2 (11 %) respondenti vybrali i možnost odpovědi, že důvodem seniora vyhledat pomoc je zájem o pečovatelskou službu.

Respondenti, kteří jako své zaměstnání označili odpověď jiné – nemocnice, charita odpovídali v otázce číslo 12 následovně. Z celkového počtu 6 (100 %) respondentů, uvedlo 5 (83 %) dotazovaných za největší důvod vyhledání pomoci od respondenta zájem o pobytovou službu. Další možností odpovědi, proč senioři vyhledávají sociálního pracovníka, byl zájem o sociální poradenství, označeno 4 (67 %) respondenty, stejně tak 4 (67 %) dotazovaní vybrali jako nejčastější důvod zájem o pečovatelskou službu. Jen 1 (17 %) respondent z této skupiny zvolil odpověď zájem o sociálně aktivizační činnosti.

Všichni respondenti z léčeben dlouhodobě nemocných se shodli, že je klienti vyhledávají z důvodu zájmu o pobytovou službu, pečovatelskou službu i o poradenství. Takto odpověděli 2 (100 %) respondenti. Grafické znázornění otázky č. 9 viz Obr. 9.



Obrázek 9 Důvody pro vyhledání sociální pomoci

Otázka č. 10: Jak často používáte se seniory terapeutické metody:

Otázka č. 10 zjišťuje, jak častou jsou využívány u seniorů terapeutické metody. Respondenti měli u vybraných terapeutických metod vyznačit četnost používání dané metody u klientů – seniorů. Otázka byla položena záměrně škálového typu, kde respondenti vybírali z možností 1–5. Kdy číslo 1 představovalo používání dané metody denně, číslo 2 alespoň 1× týdně, číslo 3 maximálně 1× měsíčně, číslo 4 maximálně 1× ročně a číslo 5 znamenalo, že metodu nevyužívají nikdy.

Tabulka 3 Využití terapeutických metod

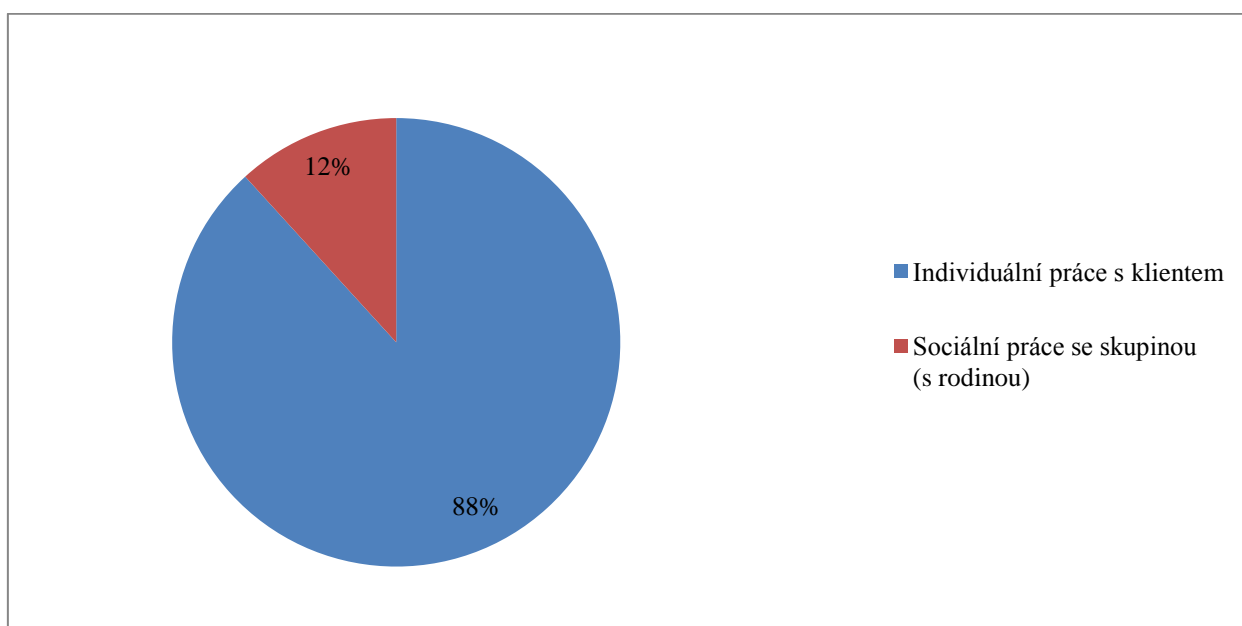
	denně		1 x týdně		1 x měsíčně		1 x ročně		Nikdy	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
ergoterapie	14	41%	7	21%	8	24%	3	9%	2	6%
arteterapie	5	15%	7	21%	12	35%	5	15%	5	15%
muzikoterapie	9	26%	10	29%	7	21%	6	18%	2	6%
dramaterapie	0	0%	0	0%	3	9%	7	21%	24	71%
tanečně- -pohybová terapie	7	21%	9	26%	10	29%	2	6%	6	18%
animoterapie	3	9%	6	18%	4	12%	14	41%	7	21%
hipoterapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	34	100%
validace	7	21%	6	18%	8	24%	9	26%	4	12%
preterapie	8	24%	10	29%	14	41%	1	3%	1	3%
psychoterapie	10	29%	8	24%	14	41%	2	6%	0	0%
logoterapie	6	18%	8	24%	12	35%	3	9%	5	15%
biblioterapie	12	35%	13	38%	8	24%	1	3%	0	0%
reminescence	13	38%	10	29%	6	18%	5	15%	0	0%

Otázka č. 11: Kterou metodu v sociální práci využíváte nejvíce při práci s klienty – seniory:

V otázce č. 11 byla zjišťována metoda sociální práce se seniory využívaná respondenty. Tato otázka byla položena jako výběrová se 4 možnostmi odpovědí a to:

- a) Individuální práce s klientem**
- b) Sociální práce se skupinou (s rodinou)**
- c) Sociální práce se skupinou (vytvořená skupina lidí se stejným problémem)**
- d) Sociální práce s komunitou seniorů**

Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů jich 30 (88 %) uvedlo, že s klientem využívá individuální práci, dále pak 4 (12 %) respondenti označili jako nejvíce využívanou metodu sociální práce se seniory sociální práci se skupinou (rodinou). Žádný z respondentů nezvolil odpověď sociální práce se skupinou (vytvořenou lidmi se stejným problémem) ani sociální práci s komunitou seniorů jako nejvyužívanější metodu sociální práce se seniory. Otázka č. 11 je znázorněna na Obr. 10.



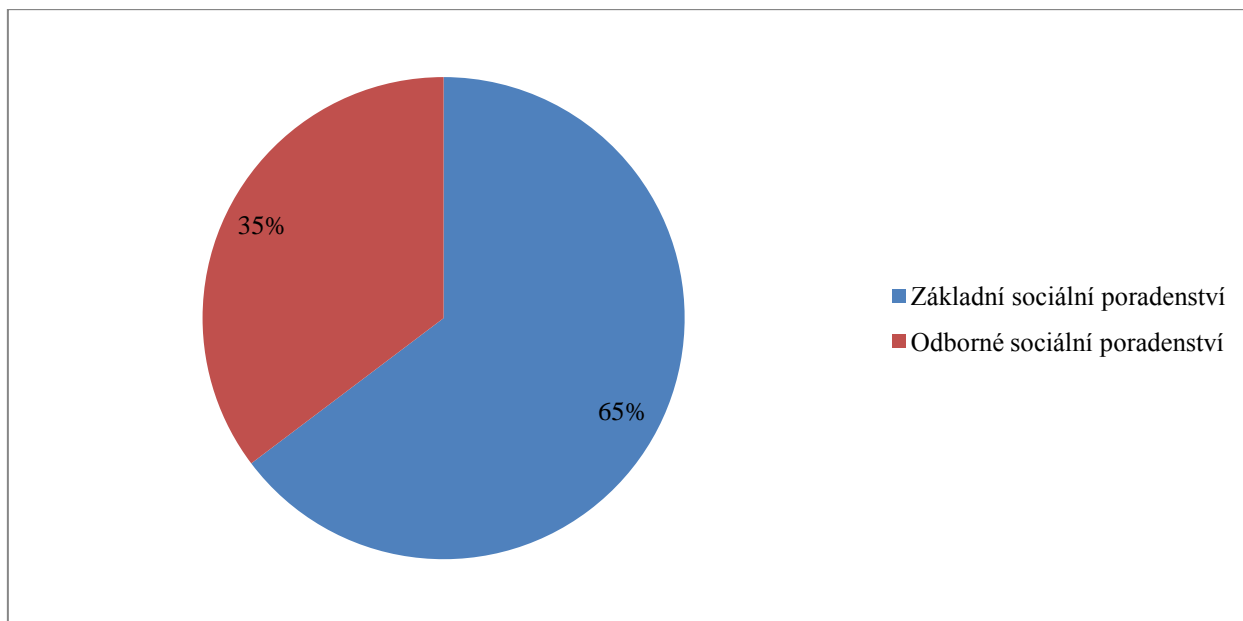
Obrázek 10 Metody v sociální práci se seniory

Otázka č. 12: O jaký druh konzultace projevují klienti – senioři:

Otázka č. 12 zjišťovala, o jaký druh konzultace projevují klienti – senioři největší zájem. Tato otázka byla položena výběrovým typem odpovědi a 34 (100 %) respondentů, tedy všichni dotazovaní, zvolili odpověď konzultace pomocí osobního rozhovoru. Zbylé možnosti, telefonická konzultace nebo e-mailová korespondence, nebyly označeny ani jedním respondentem.

Otázka č. 13: O který druh sociálního poradenství projevují klienti – senioři větší zájem při konzultacích:

Úkolem otázky č. 13 bylo zjistit, zda je větší zájem o sociální poradenství odborné či sociální poradenství základní. Z Obr. 11, kde graficky zpracována tato otázka, plyne, že při konzultacích se sociálním pracovníkem projevují senioři větší zájem o základní sociální poradenství. To potvrdilo 22 (65 %) respondentů a naopak u 12 (35 %) respondentů se projevil zájem spíše o odborné sociální poradenství

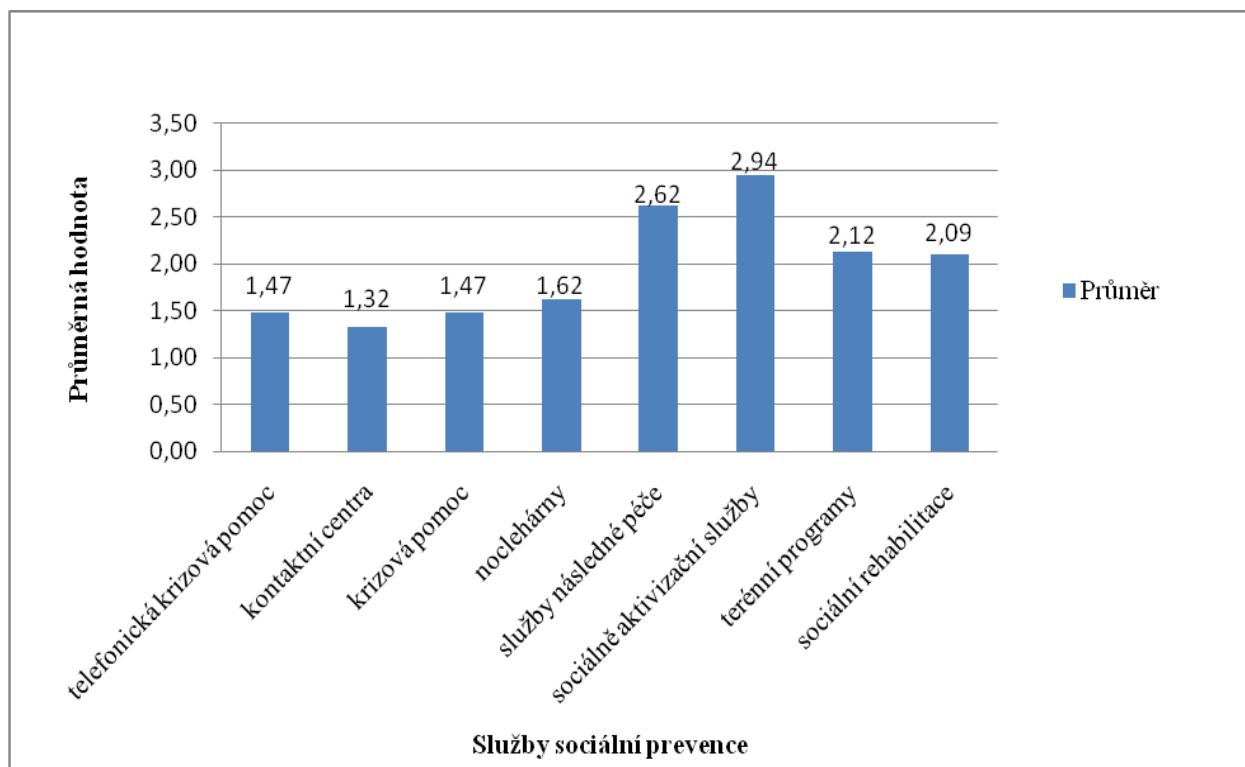


Obrázek 11 Druhy sociálního poradenství

Otázka č. 14: O kterou službu sociální prevence se klienti senioři nejvíce zajímají:

Tato otázka byla věnována zájmu seniorů o služby sociální prevence. Otázka č. 14 byla položena pomocí škálového typu otázky, kde měli respondenti na škále 1–5 označit, jak velký je zájem o danou službu. Hodnoty na škále měli význam 1 – žádný zájem, 2 – minimální zájem, 3 – přiměřený zájem, 4 – velký zájem, 5 – největší zájem.

Z posbíraných informací byly vyhodnoceny sociálně aktivizační služby (2,9) jako služba sociální prevence, o kterou je největší zájem ze strany seniorů. Dále je dle výsledků vysoký zájem o služby následné péče (2,62), terénní programy (2,12) a sociální rehabilitace (2,09). Nejmenších hodnot dosahovaly noclehárny (1,62), krizová pomoc (1,47), telefonická krizová pomoc (1,47) a nejnižší hodnoty dosáhly kontaktní centra (1,32). Výsledky jsou uvedeny na Obr. 12.

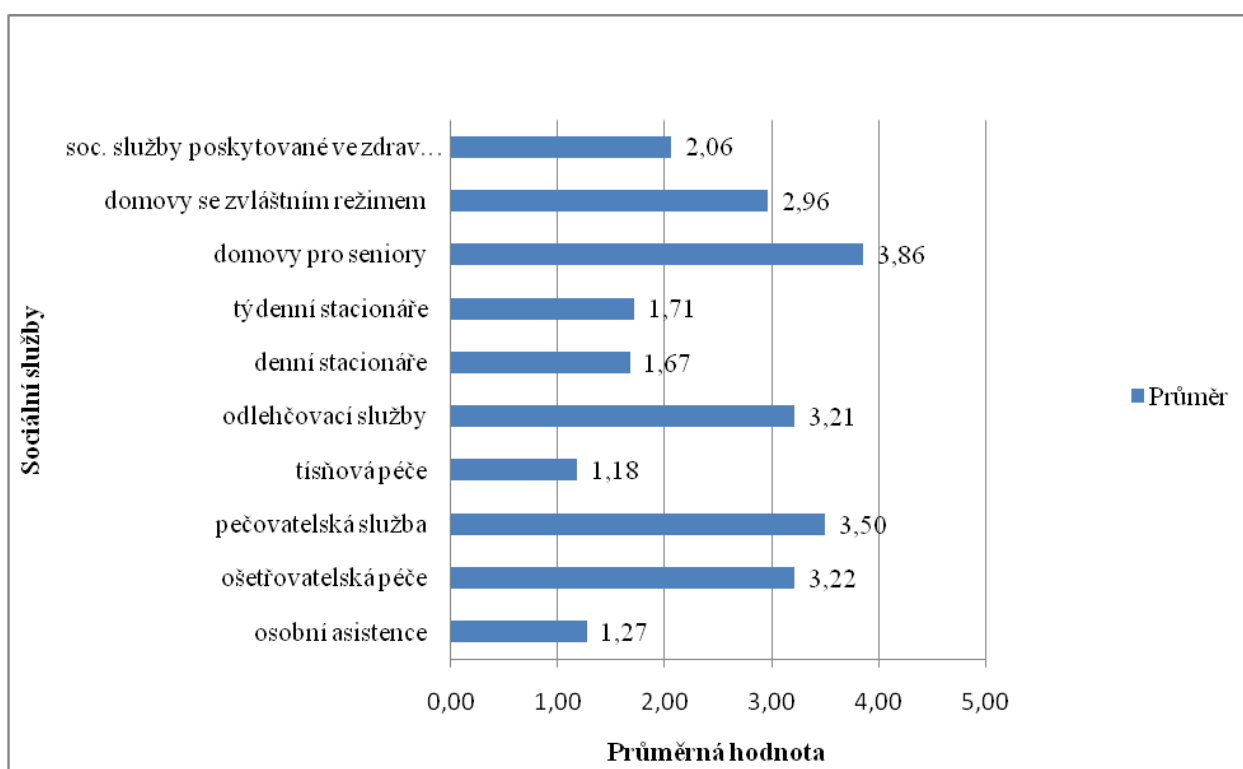


Obrázek 12 Služby sociální prevence

Otázka č. 15: O kterou službu sociální péče mají klienti senioři největší zájem:

Otázka č. 15 byla zaměřena na služby sociální péče, o něž se senioři zajímají. Respondenti měli v této škálové otázce označit míru zájmu uvedených služeb sociální péče, které jsou určeny pro seniory. Jednotlivé nabízené odpovědi mohli být respondenty označeny na škále hodnotou 1–5, přičemž číselné hodnoty znamenali 1 – žádný zájem, 2 – minimální zájem, 3 – přiměřený zájem, 4 – velký zájem, 5 – největší zájem.

Na základě vyhodnocení dat této otázky, zaznamenané na Obr. 13, bylo zjištěno, že největší zájem seniorů je o domovy pro seniory (3,86), pečovatelskou službu (3,50), ošetřovatelskou péči (3,22) a odlehčovací služby (3,21). O něco menší je zájem o domovy se zvláštním režimem (2,96) a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (2,06). Jako nejmenší zájem seniorů o služby sociální péče byly vyhodnoceny týdenní stacionáře (1,71), denní stacionáře (1,67), osobní asistence (1,27) a s nejnižší hodnotou zájmu tísňová péče (1,18).



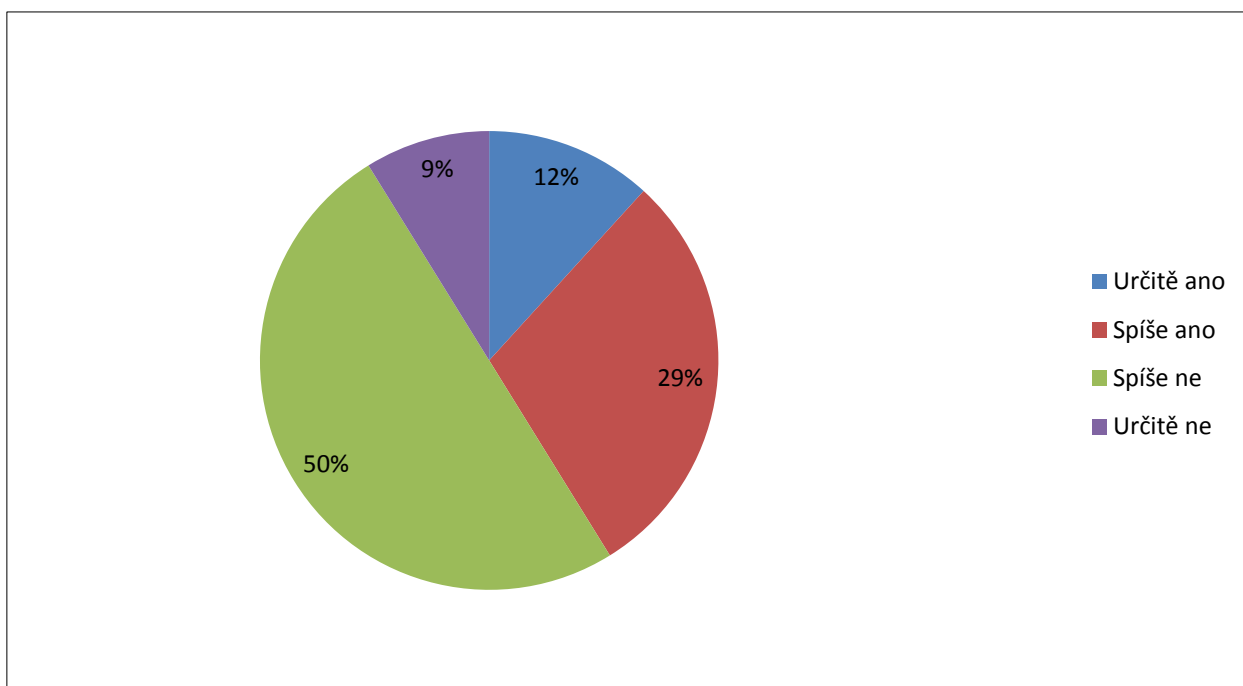
Obrázek 13 Služby sociální péče

Otázka č. 16: Myslíte si, že jsou sociální služby pro seniory dostatečně propojeny a poskytovatelé sociálních služeb mezi sebou vzájemně spolupracují:

V otázce č. 16 byl zjišťován pohled respondentů na propojenost sociálních služeb pro seniory. Pro tento účel byl zvolen typ výběrové otázky se čtyřmi možnostmi odpovědí. A to:

- a) Určitě ano**
- b) Spíše ano**
- c) Spíše ne**
- d) Určitě ne**

Ze všech 34 (100 %) respondentů se jich 17 (50 %) domnívá, že sociální služby pro seniory spíše nejsou dostatečně vzájemně propojeny a vzájemně spíše nespolečně spolupracují, vyznačili tedy odpověď „spíše ne“. Opačný názor mělo 10 (29 %) respondentů, ti se domnívají, že sociální služby pro seniory spíše spolupracují a jsou dostatečně propojeny, proto zvolili variantu „spíše ano“. Možnost odpovědi „určitě ano“ označili 4 (12 %) respondenti, z jejich volby tedy plyne, že jsou sociální služby pro seniory určitě dostatečně propojeny a určitě vzájemně spolupracují. V dotazníku byla od 3 (9 %) respondentů zaznamenána odpověď „určitě ne“. Lze tedy říci, že tito respondenti si myslí, že sociální služby pro seniory určitě nejsou dostatečně propojena a určitě dostatečně nespolečně spolupracují. Otázka č. 16 je vyhodnocena na Obr. 14.



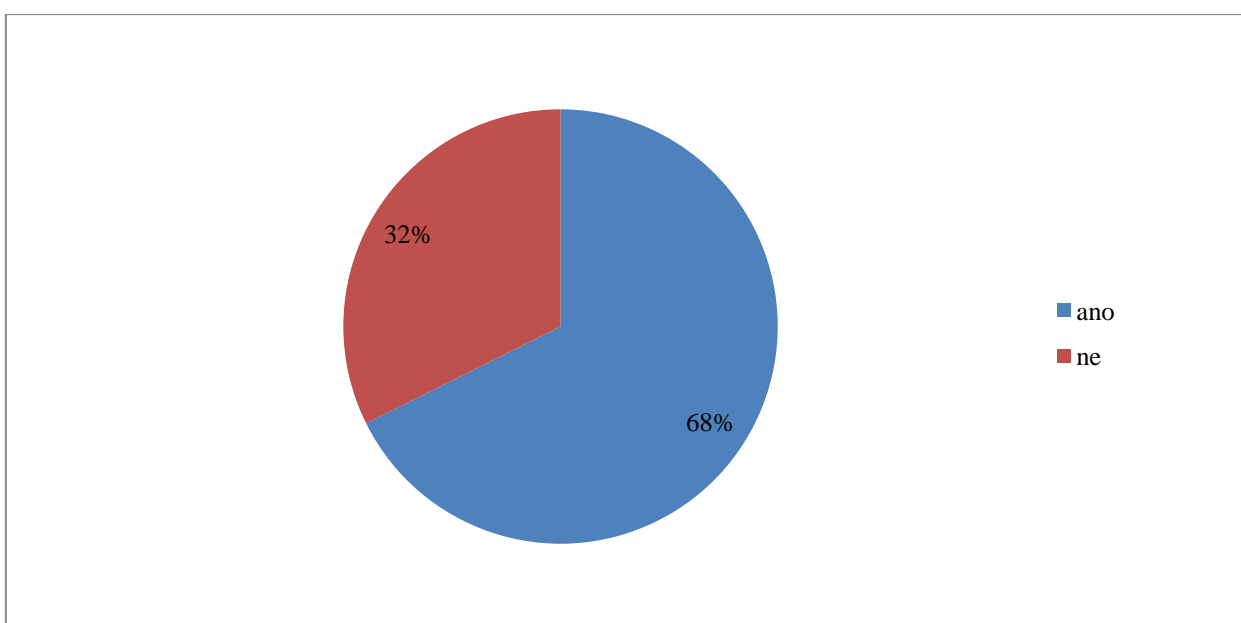
Obrázek 14 Propojení sociálních služeb

Otázka č. 17: **Domníváte se, že je v ČR dostatečné pokrytí sociální služeb:**

a) **Ano**

b) **Ne**

Pokrytí sociálních služeb v České republice je dle vyhodnocených údajů z dotazníkového šetření od 34 (100 %) respondentů dostatečné. Variantu s odpovědí „ano“ tedy označilo 23 (68 %) respondentů. Zbylých 11 (32 %) respondentů zvolil v této otázce odpověď „ne“. Z jejich odpovědí tedy vyplývá, že pokrytí České republiky sociálními službami pro seniory není dostatečné. Pokud respondent vybral odpověď ne, tak nás zajímalo, kterých služeb je podle něj potřeba více, což je zaznamenáno v Tab. 3. Otázka č. 17 je znázorněna na Obr. 15.



Obrázek 15 Pokrytí sociálních služeb

V Tab. 4 jsou rozepsány služby potřebné pro dostatečné pokrytí České republiky sociálními službami pro seniory. Tato otázka byla otevřená a zaměřená pouze na respondenty, kteří se v otázce č. 20 uvedli, že pokrytí sociálních služeb pro seniory není dostatečné, tzn. 11 (32 %) respondentů z celkového počtu 34 (100 %). V této otázce bylo zaznamenáno 8 druhů služeb nejen sociálních, neboť respondenti uvedli i jiné formy pomoci seniorům.

V 7 (64 %) dotaznících z 11 (100%) bylo uvedeno, že je potřeba více domovů se zvláštním režimem. 3 (27 %) respondenti uvedli potřebu více možností pomoci seniorům bez přístřeší. Jeden (9 %) respondent se domnívá, že by mělo dojít k rozšíření služeb pro seniory závislé

na alkoholu. Podle 3 (27 %) respondentů by bylo potřeba více pobytových služeb pro osoby, jež nedosahují na starobní důchod a podle 10 (91 %) respondentů více domovů pro seniory. Další službou, které by mělo být v České republice více podle 6 (55 %) respondentů je domácí zdravotní péče. Ve třech (27 %) dotaznících bylo uvedeno, že by bylo potřeba více možností osobní asistence v domácím prostředí. Mimo již zmíněné služby napsalo 7 (64 %) respondentů služby pro neslyšící a hluchoslepé. Dále byla za nedostatečnou službu vypsána odlehčovací služba a to 1 (9 %) respondentem, stejně tak služba následné péče rovněž 1 (9 %) respondentem. Údaje doplňující otázku č. 17 – vypsání služeb, kterých je podle respondentů potřeba více, jsou uvedeny v Tab. 4. Relativní četnost je vázána k počtu odpovídajících respondentů.

Tabulka 4 Potřebné sociální služby pro ČR

Kterých služeb pro seniory je podle Vás potřeba více?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Domovů se zvláštním režimem	7	64
Více možností pomoci seniorům bez přístřeší	3	27
Rozšíření služeb pro seniory závislé na alkoholu	1	9
Pobytové služby pro osoby, jež nedosahují na starobní důchod	3	27
Domovů pro seniory	10	91
Domácí zdravotní péče	6	55
Osobní asistence v domácím prostředí	3	27
Služby pro neslyšící a hluchoslepé	7	64
Odlehčovací služby	1	9
Služby následné péče	1	9

Otázka č. 18: Co hodnotíte jako pozitivní při sociální práci se seniory:

V otázce č. 18 byla vyhodnocována pozitiva přinášející sociální práce s cílovou skupinou senioři. Otázka byla zvolena formou otevřené odpovědi a nebránilo tedy nic tomu, aby respondenti mohli napsat jedno nebo i více pozitiv při sociální práci se seniory. Dohromady bylo zaznamenáno 39 odpovědí od 34 (100 %) respondentů. Odpovědi jsou rozděleny do 9 okruhů, které jsme stanovili na základě odpovědí respondentů.

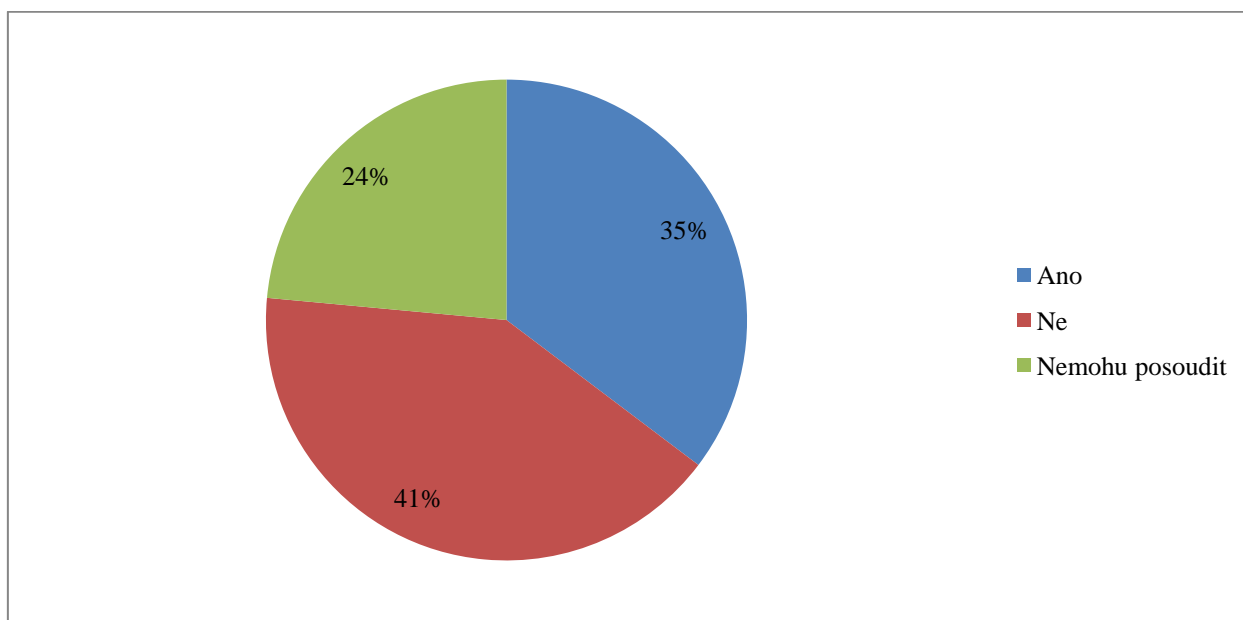
Nejčtenější odpovědí otázky co je pozitivní na práci se seniory, byla odpověď seniorovi životní zkušenosti, která byla vyznačena 11 (28 %) respondenty. Pro 8 (21 %) respondentů je při sociální práci se seniory jako pozitivní hodnocena vděčnost seniorů za čas, který s nimi stráví. Dále jsme od 6 (15 %) respondentů získali odpověď, že je pozitivní při jejich práci osobní kontakt s klientem a 4 (10 %) respondenti jako klad považují individuální přístup. 5 (13 %) respondentů napsalo, že při zmíněné práci je kladem uvědomění si hodnoty starých lidí. U 2 (5 %) respondentů je jako pozitivum sociální práce se seniory považována okamžitá zpětná vazba. Pouze 1 (3 %) respondent uvedl za pozitivum práce se seniory pomoc lidem, rovněž 1 (3 %) respondent za pozitivum své práce se seniory považuje uspokojení potřeb svých klientů a jejich úspěšné zařazení do vhodného zařízení. Mimo již zmíněné odpovědi byla 1 (3 %) respondentem vypsána odpověď, že jako pozitivní hodnotí možnost integrovat seniory mezi jejich vrstevníky. Otázka č. 18 je zpracována v Tab. 5. Relativní četnosti jsou vázány k počtu odpovědí, nikoliv k počtu respondentů.

Tabulka 5 Klady sociální práce se seniory

Pozitiva sociální práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Okamžitá zpětná vazba	2	5
Osobní kontakt s uživateli služby	6	15
Seniorovi životní zkušenosti	11	28
Individuální přístup	4	10
Možnost integrovat seniory mezi jeho vrstevníky	1	3
Uvědomování si hodnoty starých lidí	5	13
Vděčnost za čas, který seniorům věnují pracovníci	8	21
Pomoc lidem	1	3
Uspokojení potřeb seniorů a úspěšné zařazení do vhodného zařízení	1	3
Celkový počet odpovědí	39	100

Otázka č. 19: Vidíte nějaké obtíže při práci se seniory oproti jiné cílové skupině:

V poslední otázce výzkumného šetření bylo snahou zmapovat, jaké obtíže vidí respondenti při práci se seniory. Pro tyto účely byla zvolena otázka polo-uzavřená, abychom zjistili i konkrétní obtíže. Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů jich 8 (24 %) uvedlo, že nemohou na tuto otázku odpovědět, protože nikdy nepracovali s jinou cílovou skupinou, tudíž by jejich odpověď byla pouze domněnkou nikoliv hodnotnou odpovědí. 14 (41 %) respondentů nevidí při práci se seniory žádné obtíže oproti jiným cílovým skupinám a 12 (35 %) respondentů zvolilo možnost odpovědi ano, tedy že při práci se seniory vidí obtíže oproti jiným cílovým skupinám. Tyto obtíže jsou rozepsány a vyznačeny v Tab. 4. Otázka č. 19 je graficky znázorněna na Obr. 16.



Obrázek 16 Obtíže při sociální práci se seniory

V Tab. 6 jsou vypsány jednotlivé obtíže, které uvedli respondenti v otázce č. 19. Na otázku, jaké potíže vidí při práci se seniory, odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 19 vyznačili odpověď „ano“, tedy 12 (35 %) respondentů z celkového počtu 34 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 12 (100 %) respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, uvedli 4 (27 %) respondenti, že obtíže vidí ve snížené možnosti aktivizace klienta, kvůli nevyhovujícímu zdravotnímu stavu. Od 4 (27 %) respondentů byla vypsána odpověď, že obtíže při práci jsou zapříčiněny zhoršenou komunikací s klienty – seniory, vlivem poškození zraku nebo sluchu a stejně tak ve 3 (20 %) případech bylo uvedeno, že jsou obtíže způsobeny vyšší zapomnětlivostí klienta – seniora. Ve 2 dotaznících (13 %) byla jako obtíž uvedena odpověď, že se seniorům hůře nabízí jiný názor, než je jejich vlastní, 1 (7 %) byla uvedena odpověď, že nelze očekávat stejné pokroky jako u dětí a 1 (7 %) bylo napsáno, že se u seniorů, vyskytuje častěji pesimismus, než u jiných cílových skupin.

Relativní četnosti nejsou vázány k počtu odpovědí, ale k počtu odpovídajících respondentů.

Tabulka 6 Obtíže při práci se seniory

Obtíže při práci se seniory:	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zhoršená komunikace vlivem poškození zraku nebo sluchu	4	27
Snížená možnost aktivizace, kvůli zdravotnímu stavu	4	27
Nelze očekávat stejné pokroky jako u dětí	1	7
Vyšší zapomnětlivost	3	20
Častější pesimismus	1	7
Hůře se jim nabízí jiný názor, než je jejich vlastní	2	13

7 Diskuze

Tato kapitola patří diskuzi nad výzkumnými otázkami, které jsou uvedeny na začátku výzkumné části této bakalářské práce, přesněji v kapitole 5. Vzhledem k tomu, že výzkumné otázky jsou vyhodnocené na základě 34 vyplněných dotazníků, nemohou být usuzovány závěry pro celou společnost, ale pouze závěr určený tomuto výzkumnému vzorku.

Výzkumná otázka č. 1 – Jaké způsoby předávání informací využívají sociální pracovníci při práci se seniory?

Odpověď na první výzkumnou otázku byla získána z dotazníkového šetření pomocí otázky č. 5, 6, 7, 8. Z výsledných dat je zřejmé, že letáky a rozhovor využívají všichni respondenti účastníci se toho výzkumu.

Vzhledem k tomu, že respondenti, účastníci se dotazníkového šetření jsou zaměstnaní v DpS, LDN, v nemocnicích apod. je jimi logicky upřednostněna forma ústní komunikace. Pracovníci jsou v osobním kontaktu s klienty, proto jsou schopni operativně reagovat na jejich dotazy a potřeby. Ústní komunikace a osobní kontakt je vhodnější také z důvodu vypořádání neverbálních projevů seniora, které mohou prozradit jeho další problémy. Respondent může osobním kontaktem navázat méně formální vztah s klientem a získat si jeho důvěru.

Naopak respondenti pracující se seniory v terénních službách využívají více kombinaci ústní a písemné formy, neboť nemají tolik prostoru poznat klienta. Zde právě mohou uplatnit letáky, které mají k dispozici.

Všichni respondenti užívají základní komunikační dovednosti formou naslouchání a povzbuzování, aby došlo k lepší komunikaci mezi nimi a klientem. Problematikou komunikace se zabývá i Pokorná (2010), podle níž je možné vypořádat problém, nedostatek či nespokojenost při komunikaci. Nesouhlasí-li verbální projev s neverbálním, je důležité, aby s ním sociální pracovník správně naložil a využil ve svůj prospěch, ale i získal potřebné informace o klientovi. (Pokorná, 2010, s. 27)

Odpovědí na výzkumnou otázku č. 1 tedy je, že všichni respondenti zaměstnaní využívají pro předání informací ústní komunikaci, přičemž rozhovor doplňují letáky, aby bylo informace kompletní.

Výzkumná otázka č. 2 – O jakých druh konzultací a druh sociálního poradenství jsou sociální pracovníci žádáni seniory?

Tato výzkumná otázka byla vyhodnocena pomocí dotazníkového šetření otázkou č. 12 a č. 13, zabývající se druhem konzultací.

U této otázky se všichni respondenti shodli, že senioři upřednostňují osobní rozhovor při konzultaci. Při konzultaci projevují zájem více o základní sociální poradenství, než o odborné sociální poradenství, jak uvedlo 65 % respondentů.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že senioři nejvíce stojí o osobní jednání, což potvrzuje i výzkum Bezděkové (2011), kdy by 84,16 % jejich respondentů dalo přednost „kontaktní tváři v tvář“ (Bezděková, 2011, s. 65).

Výzkumná otázka č. 3 – O které sociální služby projevují při konzultacích se sociálními pracovníky senioři zájem?

Výzkumná otázka č. 3 byla vyhodnocena dle otázek č. 14 a č. 15, zjišťující zájem seniorů o služby sociální prevence a sociální péče.

Dle získaných výsledků lze konstatovat, že zájem seniorů o služby sociální prevence je nejvíce směřován na sociálně aktivizační služby a to výsledkem 2,9 (průměr, dle vyhodnocení získaných dat), ale také o služby následné péče s průměrnou hodnotou zájmu 2,62. Naopak zájem o služby sociální péče projevují senioři více, především je to zájem o domovy pro seniory 3,86, pečovatelskou službu 3,50, ošetřovatelskou péči 3,22 a odlehčovací služby 3,21.

Výsledkem výzkumné otázky je, že senioři při konzultacích nejvíce projevují zájem o sociálně aktivizační služby a domovy pro seniory.

Díky získaným datům jsme zjistili, že zájem o sociální služby je průměrný, což může být způsobeno velikostí výzkumného vzorku. Neboť Kuchařová (2003) ve své publikaci „Život ve stáří“ uvádí, že senioři dávají přednost sociálním službám (rezidenčním zařízením), před péčí rodiny. V jejím výzkumu 67 % respondentů starších 60 let by dalo přednost rezidenčnímu zařízení před bydlením doma s pomocí pečovatelské služby. Z tohoto důvodu jsme očekávaly, že senioři projevují větší zájem o sociální služby, nežli vyšlo z výzkumného šetření (Kuchařová, 2003, s. 58).

Výzkumná otázka č. 4 – Jak hodnotíte propojenost sociálních služeb, vzájemnou spolupráci mezi poskytovateli sociálních služeb a dostatečné pokrytí sociálních služeb na území ČR?

Čtvrtá výzkumná otázka byla zodpovězena dotazníkovou otázkou č. 16 zaměřenou na problematiku propojenosti a spolupráce poskytovatelů sociálních služeb a otázkou č. 17 dotazující se na pokrytí ČR sociálními službami.

Z výsledných dat bylo zjištěno, že respondenti jsou spokojeni s pokrytím ČR sociálními službami, jak odpovědělo 68 % respondentů. Naopak 32 % respondentů, jež nejsou spokojeni s pokrytím, uvedli větší potřebu domovů pro seniory. Na rozdíl od pokrytí uvedlo 50 % dotazovaných nespokojenost s propojením sociálních služeb, přičemž se domnívají, že jednotlivé sociální služby vzájemně spíše nespolupracují. Dalších 9 % respondentů jsou toho názoru, že určitě nespolupracují. Tento výsledek potvrzuje i Průša (2010), v jehož výzkumu uvedlo 39 % respondentů (poskytovatelů sociálních služeb), že na služby dalších poskytovatelů nenavazují (Průša, 2010, s. 88).

Z výsledků tedy vyplývá, že respondenti nejsou spokojeni s propojeností a spoluprací mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb. Naopak pokrytí ČR sociálními službami hodnotí dostatečně.

Výzkumná otázka č. 5 – V čem spatřují sociální pracovníci pozitiva a negativa při výkonu sociální práce/poskytování sociálních služeb cílové skupině seniory?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku byla získána z vyhodnocených dat dotazníkového šetření z otázek č. 18 a č. 19, které zjišťovali pozitiva a negativa při sociální práci se seniory.

Ze získaných dat vyplývá, že pracovníci vidí pozitiva sociální práce především v osobním kontaktu se seniorem, projevenou vděčností za čas, který respondenti strávili se seniorem a jako pozitivní přijímají i jeho životní zkušenosti.

Naopak negativa při sociální práci se seniory oproti jiným cílovým skupinám vidí 35 % respondentů a to především v oblasti komunikace, kvůli zhoršení smyslových orgánů, ale i zhoršené možnosti aktivizovat seniora z důvodu špatného zdravotního stavu.

Výzkumná otázka č. 6 – Jaké metody sociální práce a terapeutické metody využívají sociální pracovníci v rámci sociální práce se seniory?

Výzkumná otázka č. 6 byla zodpovězena dotazníkovými otázkami č. 10 a č. 11, týkající se metod sociální práce a terapeutických metod využívaných soc. pracovníky v rámci sociální práce se seniory.

Ze získaných dat vyplynula individuální práce se seniorem za nejvyužívanější metodu sociální práce, jak napsalo 88 % respondentů. Předpokládaly jsme, že respondenti budou převážně pracovat se skupinou, ať už v rodinném kruhu, nebo s osobami se stejnými problémy. Takto ale pracuje pouze 12 % respondentů. Je možné, že tyto výsledky jsou ovlivněny působením rodiny na seniory. Pečující rodina musí podle Pacovského (1990) „chtít, umět a moci“, což může ovlivnit práci soc. pracovníka a výběr metody sociální práce.

Při sociální práci se seniorem využívá 41 % respondentů ergoterapii, 38 % dotazovaných reminiscenci a 35 % biblioterapii každý den.

Odpovědí na výzkumnou otázku č. 6 je, že sociální pracovníci využívají při sociální práci individuální práci s klientem-seniorem, přičemž u toho využívají i terapeutické metody. Nejvíce ergoterapii, reminiscenci a biblioterapii

Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika sociální práce se seniory. Teoretická část je zaměřena na stáří, komunikaci ve stáří ale také na sociální práci. Výzkumná část byla věnována formám komunikace a nabízeným sociálním službám. Pro vyplnění dotazníku byli osloveni sociální pracovníci z domovů pro seniory, z nemocnic, terénních sociálních služeb pro seniory a léčeben dlouhodobě nemocných. Výzkumný vzorek se tedy skládá ze sociálních pracovníků těchto zařízení. Dotazník byl zaslán 58 sociálním pracovníkům a zpět se vrátilo 34 zcela vyplněných dotazníků, které tvoří výzkumný vzorek.

Stárnutí naší populace je čím dál více aktuálním problémem, kterému by se mělo věnovat více pozornosti. Mělo by dojít k vytvoření široké sítě sociálních služeb, vzájemně spolupracujících případně navazujících, pro všechny seniory, ať už chtějí využívat jakékoli sociální služby nebo jen využívat terapeutické metody, které jim přinášejí potěšení nebo radost.

Na základě teoretických a praktických poznatků získaných z této bakalářské práce navrhuji tato doporučení pro praktické využití. Prvním doporučením pro praxi by bylo uspořádat semináře pro sociální pracovníky na téma propojení a návaznost sociálních služeb, jež by vedla k lepší spolupráci mezi zařízeními a zároveň umožnila seniorům využít dostupné služby rychleji. Toto doporučení vyplynulo z výzkumné otázky č. 2.

Druhé doporučení pro praxi je získáno z výzkumné otázky č. 1, ze které vyplynulo, že terénní pracovníci využívají internet pro předávání informací o sociálních službách. Z tohoto důvodu navrhuji vytvoření stručného a srozumitelného letáku, s kontakty a přehlednými informacemi pro seniory mající zájem o sociální poradenství či služby. Leták by mohl distribuován prostřednictvím obvodních lékařů, kteří přicházejí do styku se seniory nejčastěji.

Použitá literatura:

1. BEDĚKOVÁ, Dagmar. *Poradenství jako forma pomoci*. Zlín, 2011. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
5. FEIL, Naomi. *Validation in Anwendung und Beispielen: der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. 5., aktualisierte Aufl. München [u.a.]: Reinhardt, 2007. ISBN 34-970-1914-3.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
8. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 258 s. ISBN 978-802-4736-79
9. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-807-3675-813.
10. JANOŮŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940
11. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.
12. JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1991, 182 s. Učební texty (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-701-3109-8.
13. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
14. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
15. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

16. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 187 s. ISBN 978-802-4738-758.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
18. KUCHAROVÁ, Věra. *Život ve starší: Zpráva o výsledcích empirického šetření*. 2003.
19. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
20. LEŠKO, Ladislav. *Náhled do sociální komunikace*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2008, 99 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-466-2.
21. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
22. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
23. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-807-3673-314.
24. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
25. MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2013-06-25]. Dostupné z: www.mpsv.cz
27. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
28. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
29. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
30. NAVRÁTIL, Pavel. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum pro rodinu, 2000. 67 s.
31. NOVOTNÁ, Věra a Věra SCHIMMERLINGOVÁ. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992, 128 s. ISBN 80-706-6483-5.
32. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

33. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
34. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
35. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ;. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
36. PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Břejlová. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-717-8949-6.
37. PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010, 244, 7 s. ISBN 978-807-4160-486.
38. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
39. *Sociální zabezpečení.: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost jednotlivých orgánů : podle stavu k ..* Ostrava: Sagit, 1993?-, sv. ÚZ.
40. STRAKOVÁ, Martina a Kristýna ČERMÁKOVÁ. *Standards kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele*. [online]. 2008 [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-807-2627-110.
42. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
43. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705
44. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
45. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. EDIS, ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, sv. 2. ISBN 978-802-1046-276.

46. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
47. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník.....	I
---------------------------	---

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Králíková a jsem studentkou Univerzity Pardubice, studuji obor Zdravotně-sociální pracovník. Tento dotazník je součástí bakalářské práce s názvem „Specifika sociální péče u seniorů“. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky výzkumu budou použity a zveřejněny pouze v bakalářské práci. U otázek s výběrem odpovědí, Vámi zvolenou variantu zakroužkujte. U otázek číslo 7., 12., 11. je možno více odpovědí. A u otevřených otázek odpovzte prosím 2 – 3 větami maximálně.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

- 1. Kolik je Vám let?**
- 2. Pohlaví:**
 - a) žena
 - b) muž
- 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (uved'te i zaměření)**
 - a) Středoškolské.....
 - b) Vyšší odborné.....
 - c) Vysokoškolské.....
 - d) Specializační
- 4. Jaká je délka Vaší odborné praxe se seniory:**
 - a) 0 – 5 let
 - b) 6 – 10 let
 - c) 11 – 15 let
 - d) 16 – 20 let
 - e) 21 let a více
- 5. Jste zaměstnán/a v:**
 - a) Léčebně dlouhodobě nemocných
 - b) Domově pro seniory
 - c) Terénních službách
 - d) Jiné
- 6. Jaké máte možnosti předání informací o sociálních službách seniorům:**
(můžete zvolit více odpovědí)
 - a) Prostřednictvím letáku
 - b) Pomocí internetu
 - c) Využití informační brožury
 - d) Rozhovorem
 - e) Jiné.....
- 7. Při předávání informací klientům seniorům využíváte spíše komunikaci:**
 - a) Ústní
 - b) Písemnou
 - c) Písemnou a ústní

8. Používáte při sociální práci se seniory oproti jiným cílovým skupinám některé níže uvedené specifické komunikační dovednosti:

(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Naslouchání
- b) Piktogramy
- c) Zrcadlení
- d) Reflexi
- e) Sumarizaci
- f) Povzbuzování
- g) Rezonanci
- h) Podpora projevu
- i) Jiné

9. Z jakého nejčastějšího důvodu vaši pomoc klienti – senioři vyhledávají:
(možno více odpovědí)

- a) Zájem o pobytovou službu
- b) Zájem o pečovatelskou službu
- c) Zájem o sociálně-aktivizační činnosti
- d) Zájem o poradenství

10. Jak často používáte se seniory terapeutické metody: (u jednotlivých terapií vyznačte 1 – denně, 2 – alespoň 1 x týdně, 3 – maximálně 1 x měsíčně, 4 – maximálně 1x ročně, 5 – nikdy)

a) Ergoterapie	1	2	3	4	5
b) Arteterapie	1	2	3	4	5
c) Muzikoterapie	1	2	3	4	5
d) Dramaterapie	1	2	3	4	5
e) Tanečně – pohybová terapie	1	2	3	4	5
f) Animoterapie	1	2	3	4	5
g) Hipoterapie	1	2	3	4	5
h) Validace	1	2	3	4	5
i) Preterapie	1	2	3	4	5
j) Psychoterapie	1	2	3	4	5
k) Logoterapie	1	2	3	4	5
l) Biblioterapie	1	2	3	4	5
m) Reminiscence	1	2	3	4	5

11. Kterou metodu v sociální práci využíváte nejvíce při práci s klienty – seniory:

- e) Individuální práce s klientem
- f) Sociální práce se skupinou (s rodinou)
- g) Sociální práce se skupinou (vytvořená skupina lidí se stejným problémem)
- h) Sociální práce s komunitou seniorů

12. O jaký druh konzultace projevují klienti – senioři:

- a) Osobní rozhovor
- b) Telefonická konzultace
- c) E-mailová korespondence

13. O který druh sociálního poradenství projevují klienti – senioři větší zájem při konzultacích:

- a) Základní sociální poradenství
- b) Odborné sociální poradenství

14. O kterou službu sociální prevence se klienti senioři nejvíce zajímají: (1 – žádný zájem, 2 – minimální zájem, 3 – přiměřený zájem, 4 – velký zájem, 5 – největší zájem)

- | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| a) Telefonická krizová pomoc | | | | | | | | | |
| b) Kontaktní centra | | | | | | | | | |
| c) Krizová pomoc | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| d) Noclehárny | | | | | | | | | |
| e) Služby následné péče | | | | | | | | | |
| f) Sociálně aktivizační služby pro seniory | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| g) Terénní programy | | | | | | | | | |
| h) Sociální rehabilitace | | | | | | | | | |

15. O kterou službu sociální péče mají klienti senioři největší zájem: (1 – žádný zájem, 2 – minimální zájem, 3 – přiměřený zájem, 4 – velký zájem, 5 – největší zájem)

- | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a) Osobní asistence | | | | | | | | | |
| b) Ošetrovatelská péče | | | | | | | | | |
| c) Pečovatelská služba | | | | | | | | | |
| d) Tísňová péče | | | | | | | | | |
| e) Odlehčovací služby | | | | | | | | | |
| f) Denní stacionáře | | | | | | | | | |
| g) Týdenní stacionáře | | | | | | | | | |
| h) Domovy pro seniory | | | | | | | | | |
| i) Domovy se zvláštním režimem | | | | | | | | | |
| j) Soc. služby poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče | | | | | | | | | |

16. Myslíte si, že jsou sociální služby pro seniory dostatečně propojeny a poskytovatelé sociálních služeb mezi sebou vzájemně spolupracují:

- e) Určitě ano
- f) Spíše ano
- g) Spíše ne
- h) Určitě ne

17. Domníváte se, že je v ČR dostatečné pokrytí sociální služeb:

- a) Ano
- b) Ne

Pokud NE, kterých služeb by podle Vás byla potřeba více: (vypište)

.....

18. Co hodnotíte jako pozitivní při sociální práci se seniory: (vypište)

.....

19. Vidíte nějaké obtíže při práci se seniory oproti jiné cílové skupině:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemohu posoudit, nikdy jsem nepracoval/a s jinou cílovou skupinou

Pokud ANO, tak v čem tyto obtíže vidíte: (vypište)

.....