

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Porovnání spolupráce všeobecných sester a
sociálních pracovníků v hospici a v domově pro
seniory**

Bc. Lenka Baďurová

Diplomová práce

2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Baďurová**
Osobní číslo: **Z11191**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství**
Název tématu: **Porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek a pracovních hypotéz.
4. Stanovení metodiky výzkumu.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Kritické zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. KUPKA, M. Psychologické aspekty paliativní péče. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 136 s. ISBN 978-80-244-2931-1.
2. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
3. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
5. ONDRUŠOVÁ, J. Stáří a smysl života. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlášení

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 nákladu, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2013

Bc. Lenka Baďurová

Poděkování:

Mé poděkování patří paní PaedDr. Zdence Šándorové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky během naší spolupráce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníkového šetření a za jejich spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za pomoc a velkou podporu během studia.

Anotace

Tématem diplomové práce je „Porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory“. Práci tvoří teoretická a praktická část. Teoretická část diplomové práce se zabývá paliativní a hospicovou péčí, organizační strukturou domova pro seniory, sociálními službami a dále terminologií pojmů stáří a stárnutí. Ve výzkumné části interpretuji výsledky z dotazníkového šetření a statistické vyhodnocení hypotézy.

KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče, hospic, domov pro seniory, sociální služby, sociální pracovník, všeobecná sestra

TITLE

To compare collaboration between general nurses and social workers at a hospice and a home for the elderly

ANNOTATION

The topic of this diploma work is: "To compare collaboration between general nurses and social workers at a hospice and a home for the elderly". The work has two parts – theoretical and practical. The theoretical part of the diploma work deals with palliative and hospice care, organization structure of the home for the elderly, social services, and also terminology related to old age and aging. In the research part I have interpreted the result from my questionnaire research and evaluates test hypothesis.

KEYWORDS

palliative care, hospice, home for the elderly, social services, social worker, general nurse

Obsah:

I.	ÚVOD.....	10
II.	CÍL PRÁCE.....	12
III.	TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1	Paliativní péče.....	13
1.1	Počátky paliativní péče.....	13
1.2	Pojem paliativní péče.....	13
1.3	Principy paliativní péče:.....	13
1.4	Rozdělení paliativní péče.....	14
1.4.1	Možnosti specializované paliativní péče:.....	14
2	Hospic.....	15
2.1	Definice hospice.....	15
2.2	Historie slova „hospic“.....	15
2.3	Hospicové hnutí.....	15
2.4	Vznik a rozvoj hospiců v ČR.....	16
2.5	Pro přijetí do hospice je indikován pacient:.....	17
2.6	Možnosti hospicové péče.....	17
2.6.1	Domácí hospicová péče.....	17
2.6.2	Lůžková hospicová péče.....	18
2.6.3	Stacionární hospicová péče.....	18
2.7	Sociální pracovník v hospici.....	18
2.8	Všeobecná sestra v hospici.....	19
2.9	Organizační struktura hospice.....	19
2.9.1	Správní rada.....	20
2.9.2	Management.....	21
2.9.3	Dozorčí rada.....	21
2.9.4	Řízení hospice.....	21
3	Domov pro seniory.....	23
3.1	Sociální pracovník v domově pro seniory.....	23
3.2	Všeobecná sestra v domově pro seniory.....	24
3.3	Orgány řízení.....	24
3.3.1	Porada vedení.....	24
3.3.2	Porady úseků.....	24
3.3.3	Metodické porady.....	25
3.3.4	Odborné komise.....	25
3.3.5	Ekonom.....	25

3.3.6	Vedoucí úseku.....	25
4	Sociální služby.....	26
4.1	Historický kontext před a po roce 1989.....	26
4.2	Zákon o sociálních službách.....	27
4.2.1	Kategorizace sociálních služeb.....	28
4.2.2	Úhrada nákladů za sociální služby.....	29
4.2.3	Příspěvek na péči.....	30
4.2.4	Registr poskytovatelů sociálních služeb.....	30
4.2.5	Smlouva o poskytování sociálních služeb.....	31
4.2.6	Inspekce kvality sociálních služeb.....	32
4.2.7	Standardy kvality sociálních služeb.....	32
4.2.8	Sociální pracovník.....	34
4.2.9	Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb.....	35
4.2.10	Financování sociálních služeb.....	36
4.2.11	Bílá kniha o sociálních službách.....	37
5	Stáří a stárnutí.....	39
5.1	Pojem stárnutí.....	39
5.2	Pojem stáří.....	39
5.3	Periodizace stáří.....	40
5.4	Klasifikace stáří a stárnutí.....	40
5.5	Demografie stáří.....	40
5.5.1	Projekce populačního vývoje v ČR.....	41
5.5.2	Střední délka života.....	41
5.6	Charakteristické patofyziologické změny ve stáří.....	41
5.6.1	Pohybový systém.....	42
5.6.2	Kardiopulmonální systém.....	42
5.6.3	Trávicí systém.....	42
5.6.4	Pohlavní orgány a vylučovací systém.....	42
5.6.5	Kožní systém.....	43
5.6.6	Nervový systém.....	43
5.7	Gerontologie.....	43
5.7.1	Tradičně se dělí na tři části:.....	43
5.8	Geriatric.....	44
IV.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
6	Výzkum.....	45
6.1	Výzkumné otázky.....	45
7	Metodika výzkumu.....	46

7.1	Použitá metoda výzkumu	46
7.2	Zpracování získaných dat.....	47
7.3	Zkoumaný vzorek.....	47
8	Interpretace výsledků výzkumu.....	48
8.1	Prezentace výsledků – všeobecné sestry	48
8.2	Prezentace výsledků – sociální pracovníci.....	68
9	Statistické zpracování hypotézy.....	88
10	Diskuze	92
10.1	Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 1.....	92
10.2	Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 2	93
10.3	Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 3.....	93
10.4	Výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 4.....	94
10.5	Výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 5.....	94
11	Závěr	95
V.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	97
VI.	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	103
VII.	SEZNAM TABULEK	105
VIII.	SEZNAM ZKRATEK.....	106
IX.	SEZNAM PŘÍLOH.....	107

I. ÚVOD

„Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druhý jej zvedne. Běda samotnému, který upadne; pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl.“

Bible, Kazatel 4: 9, 10

Stárnutí obyvatelstva je dominujícím trendem demografického vývoje České republiky, ale i ostatních vyspělých evropských zemí. Seniorů ve věku 85 a více let by v roce 2050 mělo být okolo 500 000. Vize do budoucna očekává skokový nárůst seniorů ve věku nad 75 let (Vítková, 2013).

Je pravděpodobné, že lidský věk se bude neustále prodlužovat. Podle odhadu zpracovaného Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy se budou muži narození v roce 2050 dožívat 82 let a ženy 86, 7 let (Burcin, Kučera, 2010).

Zřejmé je, že s přibývajícím věkem a počtem seniorů porostou požadavky na sociální služby. V České republice je momentálně 507 domovů pro seniory, v nichž žije okolo 40 000 lidí. Poptávka již v dnešní době značně převyšuje nabídku, odhaduje se, že v aktuálních pořadnících na čekacích listinách je dalších asi 50 000 seniorů (Vítková, 2013).

V roce 2010 zemřelo v naší zemi celkem 106 844 osob. Nejčastější příčinou úmrtí jsou dlouhodobě kardiovaskulární nemoci (ÚZIS ČR, 2011). Zastoupení kardiovaskulárních nemocí přibývá s věkem z celkových 40 % ve věku 65-69 let až na více než 75 % ve věkové kategorii nad 90 let. Mezi nejčastější oběhové nemoci patří ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, ateroskleróza, cévní mozková příhoda a selhání srdce. Velmi častou příčinou úmrtí jsou také nemoci dýchací soustavy, které se vyskytují u populace nad 75 let v 6% zastoupení, a v nejvyšší věkové kategorii dosahují 7 %. Mezi frekventované nemoci dýchacího ústrojí řadíme pneumonie a jiné chronické obstruktivní nemoci plic (Daňková, 2007).

Dalším dominujícím trendem v České republice je nárůst počtu nádorových onemocnění, který se s věkem významně zvyšuje. V Evropě se 60 % novotvarů a 70 % úmrtí na zhoubné nádory vyskytuje ve věkové kategorii nad 65 let. Nejfrekventovanějšími nádory ve věkové kategorii nad 70 let je karcinom plic a karcinom prostaty u mužů, kolorektální karcinom a karcinom prsu u žen. Oproti mladší věkové kategorii jsou nádorová onemocnění diagnostikována u starší věkové kategorie více v pokročilých stádiích. Starší lidé mají

tendenci zastírat skutečné potíže, upozorňující na vážné, ale kurativní onemocnění (Petruželka, 2009). Onkologičtí klienti mohou využít služeb hospicové péče v případě, že mají ukončenou aktivní léčbu a je u nich indikována pouze léčba symptomatická.

Komplexnost péče v hospici i v domově pro seniory momentálně vyžaduje propojenou spolupráci odborného týmu, do něhož patří všeobecná sestra i sociální pracovník. Hranice mezi náplní jednotlivých členů týmu však nejsou vždy vymezené a některé činnosti mohou být prováděny tím nebo oním členem týmu (Vorlíček a kol., 1998).

Téma diplomové práce je: „Porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory“. Spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků byla hodnocena pomocí dotazníků.

Touto prací bych chtěla zjistit efektivitu spolupráce mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky v hospici a v domově pro seniory.

II. CÍL PRÁCE

Teoretická část

Hlavním cílem první části je zpracovat teoretický přehled v oblasti poskytování hospicové a paliativní péče, organizační struktury domova pro seniory, sociálních služeb, terminologie stáří a stárnutí.

Výzkumná část

Cílem výzkumné části je zmapovat a porovnat spolupráci sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory.

Dílčí cíl č. 1:

- Zjistit, zda mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky probíhá vzájemná spolupráce.

Dílčí cíl č. 2:

- Zjistit, jak jsou propracované informační toky mezi zdravotním a sociálním úsekem v daných zařízeních.

Dílčí cíl č. 3:

- Zjistit, zda někdy došlo mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky ke vzájemnému problému.

Dílčí cíl č. 4:

- Zjistit, zda mají zaměstnanci dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví ze strany zaměstnavatele.

Dílčí cíl č. 5:

- Zjistit, zda jsou všeobecné sestry a sociální pracovníci spokojeni se vztahy na pracovišti.

III. TEORETICKÁ ČÁST

1 Paliativní péče

1.1 Počátky paliativní péče

Paliativní péče se řadí mezi nejstarší formy medicíny vůbec. V dřívějších dobách bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavní poslání lékařů a poté ošetřovatelek. Samozřejmostí bylo, že se na paliativní péči vedle zdravotníků, často podíleli příbuzní, přátelé či duchovní.

V devatenáctém století začalo přibývat lidí, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. Tato situace vedla k rozvoji chudobinců, které byly nahrazeny moderními nemocnicemi, ústavy ve dvacátém století, kde byla hlavní prioritou léčba a boj s nemocí (Haškovcová, 2007).

Před obdobím druhé světové války bylo stále zcela běžné starat se o své umírající příbuzné doma za pomoci rodinného lékaře, ošetřovatelky nebo kněze, udělujícího poslední pomazání (Marková, 2010).

1.2 Pojem paliativní péče

Definice WHO: „Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních, duchovních“ (Radbruch, Payne a kol., 2010).

1.3 Principy paliativní péče:

- chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade důraz na kvalitu života,
- dokáže úspěšně zvládat bolest,
- přijímá umírání jako přirozený proces,
- podporuje multidisciplinární spolupráci,
- respektuje individuální přání a potřeby pacientů,
- klade důraz na význam rodiny a nejbližších přátel nemocných,

- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících,
- vychází ze zkušenosti, že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením (Umírání, 2009).

1.4 Rozdělení paliativní péče

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její náplní by mělo být včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života (Marková, 2010).

Specializovaná paliativní péče

Tato forma péče je poskytována nemocným a jejich rodinám týmem speciálně vzdělaných odborníků.

Paliativní péče je interdisciplinární. Hospicový tým vychází z dovedností lidí v různých oborech, kteří spolupracují při plnění jednotlivých potřeb pacientů. Tým paliativní péče tvoří lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci, psychologové, kněží a dobrovolníci (Connor, 2009).

1.4.1 Možnosti specializované paliativní péče:

- domácí či mobilní hospic,
- lůžkové hospice,
- oddělení paliativní péče,
- konziliární tým paliativní péče,
- specializované ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny a tísňové linky, atd.), (Malkovská, 2007).

2 Hospic

Filozofie hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti (Hospice, 2010).

Mnoho hospicových odborníků uvedlo, že když opakovaně vstoupí do budovy hospice, tak vstoupí na mimořádně intimní místo. Je to místo, kde umírá člen rodiny a jeho rodina, přátelé a zdravotníci se stanou součástí souboru neobvykle křehkých vztahů. To je hospic (Martin, 2010).

2.1 Definice hospice

„Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného, na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými“ (Sláma, Špínka, 2004).

2.2 Historie slova „hospic“

V anglickém jazyce slovo hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín hospic byl používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali převážně unavení poutníci směřující do Palestiny. Poutníci si v hospici potřebovali odpočinout, aby mohli pokračovat v dalším náročném cestování. Dřívější hospic poskytoval na základní úrovni vše, co bychom mohli nazvat z hlediska dnešní terminologie bio-psycho-sociálním komfortem. Postupem času tato středověká podoba hospice s úbytkem poutníků a změnou životního stylu zanikla. V 18. století myšlenka hospice opět ožila, když byl v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřen zvláštní typ nemocnice pro umírající. Nemocnice pro umírající byla nazvána hospic (Haškovcová, 2007).

2.3 Hospicové hnutí

Hospicové hnutí se zrodilo ve Velké Británii (Svatošová, 2008). Za jeho protagonistku je považována dr. Cecilly Saundersová, která v Londýně v roce 1967 založila St. Christopher hospic (Kelnarová, 2007). Cecillia Saundersová vykonávala zaměstnání původně jako

zdravotní sestra a sociální pracovnice. Ve třiceti letech vystudovala medicínu (Svatošová, 2008).

Postupně se hospice rozrůstaly na mnoha místech Evropy. Poprvé bylo označení „hospice“ s významem „místo, kde je pečováno o umírající“ užito v roce 1842 Jeanne Garnier v Lyonu ve Francii. Nezávisle na ní v roce 1879 sestra Mary Aikenhead založila v Irsku hospic. Sestra Mary přišla s domněnkou, že člověk, který je na konci své cesty, má právo na základní odbornou péči i na vlídné zacházení (Kelnarová, 2007).

Myšlenka hospice vychází z úcty k umírajícímu člověku, kde se především klade důraz na autonomii člověka. Posláním hospice je doprovázet umírajícího a jeho nejbližší. Zdravotnický personál poskytuje léčbu a péči paliativní, symptomatickou, ale hlavně respektuje uspokojení potřeb psychických, fyzických, sociálních a spirituálních. Hospic za žádných okolností neslibuje uzdravení, ale také nebere naději (Kelnarová, 2007).

Existují tři formy hospicové péče. Pro nemocného je nejideálnější domácí forma hospicové péče. Ta z různých důvodů mnohdy není možná nebo dostačující. Řešením je pak lůžková forma hospicové péče. Kompromisem mezi oběma je forma denního stacionáře (Matoušek, 2005).

2.4 Vznik a rozvoj hospiců v ČR

První myšlenky hospicového hnutí u nás se datují od první poloviny devadesátých let 20. století. Občanské sdružení *Ecce homo* (předsedkyně MUDr. Marie Svatošová), propagující hospicovou myšlenku, vzniklo v roce 1993. *Ecce homo* společně s diecézní charitou v Hradci Králové zřídilo první Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen v roce 1995.

V roce 1998 byl otevřen Hospic sv. Lazara v Plzni, který vznikl za pomoci špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského. V červnu téhož roku vznikl i Hospic sv. Alžběty v Brně, který byl zřízen v rámci Masarykova onkologického ústavu, ale v září roku 2001 byla jeho činnost ukončena. V září tohoto roku byl zřízen hospic Štrasburk v Praze, který byl založen pod záštitou Lazaritánů.

V roce 1999 zahájil svou činnost Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě.

V roce 2001 byl otevřen Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, který byl založen občanským Sdružením pro založení a podporu hospice v Litoměřicích.

V roce 2002 vznikl Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce, který vybuřovala Olomoucká arcidiecézní charita.

V roce 2004 byl znovuotevřen nově zrekonstruovaný Hospic sv. Alžběty v Brně pod záštitou občanského sdružení Gabriela a ve stejném roce byl otevřen i Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí, vybudovaný pod záštitou Diakonie.

Roku 2005 vznikl Hospic v Mostě zásluhou obecně prospěšné společnosti „Hospic v Mostě“. V říjnu téhož roku zahájil provoz Hospic svatého Jana Nepomuckého Neumanna v Prachaticích, zřízený stejnojmenným občanským sdružením.

V roce 2007 zahájil provoz Hospic sv. Lukáše v Ostravě, který vznikl za přispění Charity Ostrava.

Roku 2008 byl otevřen Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, který vznikl za pomoci občanského sdružení Tři (Malkovská, 2007).

2.5 Pro přijetí do hospice je indikován pacient:

- který je ohrožen postupující chorobou na životě,
- který potřebuje paliativní léčbu a péči a však není nutná hospitalizace v nemocnici,
- u kterého není realizovatelná nebo nedostačující péče domácí,
- který se dobrovolně pro tuto formu péče rozhodne (Svatošová, 2008).

2.6 Možnosti hospicové péče

2.6.1 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je ideální pro nevléčitelně nemocné, kteří nechtějí být hospitalizováni v nemocnici nebo hospici a projeví přání zůstat doma, přitom se mohou spolehnout na podporu rodiny (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Péče je založena na multidisciplinární spolupráci, jejíž členové – lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci – poskytují všestrannou péči (Marková, 2010).

Jakmile se stav umírajícího zhorší, nebo rodina není schopná nadále zajišťovat potřebnou péči, je dotyčný hospitalizován (Haškovcová, 2007).

2.6.2 Lůžková hospicová péče

Kvalifikovaný personál poskytuje péči umírajícím pacientům a jejich příbuzným, nabízí umírajícím maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu, režim podobný domácímu, provázení těžkým obdobím a další potřebnou péči a podporu (Marková, 2010).

Zařízení tohoto typu se zpravidla skládá z poměrně malé lůžkové části, většinou do 25 až 35 lůžek (Holeksová, 2002). V hospicích jsou pomůcky, které v jiných zdravotnických zařízeních nenajdeme. Nalezneme zde polohovatelná lůžka s nastavitelnou výškou na elektrické ovládání, pojízdnou vanu, mobilní dávkovače léků a většina pomůcek je určena k jednorázovému použití (Haškovcová, 2007).

Do lůžkového hospice jsou přijímáni lidé, u kterých není nutná hospitalizace v nemocnici nebo není možná domácí péče (Svatošová, 2003). Návštěvy jsou v hospicích neomezené, tj. možné nepřetržitě 365 dní v roce, 24 hodin denně. Návštěvy jsou vítané, protože poskytují umírajícímu člověku větší pocit bezpečí a blízkosti. Klient může na žádost hospic kdykoliv opustit za účelem procházky po městě nebo v parku za doprovodu příbuzných nebo dobrovolníka. V prostorách budovy hospice se konají nejrůznější kulturní akce, např. koncerty, výstavy nebo vystoupení dětí, kterých se klienti mohou účastnit, pokud jim to jejich stav dovolí (Svatošová, 1999).

2.6.3 Stacionární hospicová péče

Klient přijede do stacionáře ráno, odpoledne nebo k večeru se vrací domů (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007). Klienti mohou stacionář navštěvovat každý den nebo jednou týdně. Stacionáře nabízejí klientům kreativní způsob života, sociální péči a dále různé aktivity mimo jejich rodinné prostředí. Formální lékařské konzultace nebývají součástí běžné denní péče, ale v některých stacionářích se klientům může dostávat některých typů léčení, např. krevní transfúze nebo chemoterapie (Radbruch, Payne a kol., 2010).

2.7 Sociální pracovník v hospici

Počátky českého hospicového hnutí jsou spojeny se silně motivovanými zdravotníky, kteří vyjadřovali nespokojenost s tehdejší úrovní péče o umírající u nás. I v současné době se můžeme setkat s tím, že práci sociálních pracovníků vykonávají všeobecné sestry. První

důvod je, že zdravotníci chápou sociální pracovníky jako úředníky a druhý důvod tkví v nedostatku financí.

Sociální pracovník se zabývá konkrétní sociální situací konkrétního jedince. Poskytuje praktickou i emoční pomoc, jak klientům, tak i jejich příbuzným. Musí si umět poradit ve složitých situacích, kdy potřeby umírajícího a jeho příbuzných jsou v konfliktu. Musí se umět orientovat v nabídce vhodných služeb pro podporu klientů a jejich blízkých (Matoušek a kol., 2010).

2.8 Všeobecná sestra v hospici

Sestry jsou důležitými osobami, které pečují, podporují klienty a jejich příbuzné. Musí zvládat koordinaci péče, účelně spolupracovat s řadou dalších profesionálů, včetně zaměstnanců hospice, praktických lékařů, poskytovatelů komunitních služeb a v neposlední řadě s příbuznými klientů. Péče o klienty s nevyléčitelným onemocněním a tématické rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační schopnosti (O'Connor, Aranda, 2005).

Hospicové sestry aplikují metodu ošetrovatelského procesu, vedou ošetrovatelskou dokumentaci, umí diagnostikovat fáze umírání podle E. Kübler-Rossové. Sestry po zapracování dokážou doprovázet umírající a jejich blízké fázemi negace, agrese, smlouvání, deprese, rezignace až do fáze smíření. Radost, láska, naděje, smysl pro humor jsou důležitými veličinami pro správné fungování mezilidských vztahů mezi zdravotníky a umírajícími (Kelnarová, 2007).

2.9 Organizační struktura hospice

Zřizovatelem hospice může být církevní právnická osoba, občanské sdružení nebo obecně prospěšná společnost (Malkovská, 2007).

Hospice jsou financovány z více zdrojů. Na financování se podílí zdravotní pojišťovny, příspěvky klienta, dotace MPSV, kraje, obce, dary fyzických osob, nadací a sponzorů.

Hospicové péče se týká zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, dále zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 391/2011 Sb., k provedení zákona o sociálních službách (Asociace hospiců, 2010).

Výzkum jsem realizovala v hospicích, jejichž zřizovateli jsou křesťanské nestátní neziskové organizace. Hospice byly evidovány u Ministerstva kultury jako církevní právnické osoby. Dále byly hospice registrovány odborem zdravotnictví krajského úřadu příslušného kraje jako nestátní zdravotnická zařízení.

Evidovaná právnická osoba podle zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech, může být orgánem církve a náboženské společnosti, řeholní a jiné církevní instituce osob hlásících se k církvi, náboženské společnosti založené za účelem vyznávání náboženské víry, účelové zařízení registrované církve, náboženské společnosti založené církví a náboženskou společností pro poskytování charitativních služeb. Evidovaná právnická osoba vystupuje jako samostatná právnická osoba, ale v rámci církve a náboženské společnosti tvoří její součást a je církvi a náboženské společnosti, která ji založila, podřízená (Zákon č. 3/2002 Sb., § 15).

Vedení hospice je zajišťováno prostřednictvím správní rady, ředitele a dozorčí rady.

2.9.1 Správní rada

Správní rada je statutárním orgánem organizace a její činnost je založená na silné motivaci jejích členů a dobrovolné práci bez nároků na odměnu. Hlavní náplní správní rady je vedení, které spočívá v zabezpečení aktivit organizace, různých akcí, podílení se na rozvoji organizace, posláních, programech.

Správní rada zodpovídá za existenci celého zařízení a snaží se vykazovat dobré výsledky. Efektivita v dosahování výsledků se odvíjí od způsobu řízení, které je přímo úměrné schopnostem managementu a fungování správní rady.

Správní rada má v popisu práce stanovení cílů a poslání organizace, výběr výkonného ředitele, podporovat ředitele a hodnotit jeho výkon, zabezpečit efektivní plánování organizace, zabezpečit potřebné zdroje, zajistit efektivní řízení zdrojů, definovat a zdokonalovat nabízené služby zařízení, zabezpečování právní a etické bezúhonnosti organizace, přijímání a zaškolení nových členů správní rady a hodnocení vlastní činnosti (Malkovská, 2007).

2.9.1.1 Složení správní rady

Správní rada je obvykle složena ze tří až šesti členů. Ideálním řešením je vytvoření výborů zaměřených na jednotlivé oblasti. Rada má moc kolektivní a jednotliví členové nedisponují individuální mocí. Výnosy, které rada provádí, jsou závazné pro management (Malkovská, 2007).

2.9.2 Management

Management je výkonnou složkou neziskové organizace. Důležité pozice, včetně místa výkonného ředitele, jsou obsazovány na základě výběrového řízení, které provádí správní rada (Malkovská, 2007).

2.9.3 Dozorčí rada

Dozorčí rada je kontrolním orgánem organizace (Malkovská, 2007).

2.9.4 Řízení hospice

2.9.4.1 Management

Management hospice zodpovídá za ekonomické hospodaření a rozpočet hospice. Management bývá tvořen ředitelem, vrchní sestrou a vedoucím lékařem (Malkovská, 2007).

2.9.4.2 Technicko-hospodářské oddělení

Úkolem technicko-hospodářského oddělení je zajištění materiálního a technického zabezpečení hospice, administrativních úkonů a analýz potřeb. Pracovní pozice tohoto úseku zastává např. vedoucí provozu, analytik, účetní, sekretářka (Malkovská, 2007).

2.9.4.3 Provozní oddělení

Zdravotní služby zajišťují lékaři, všeobecné sestry, pracovníci přímé obslužné péče.

O duchovní potřeby klientů se starají psychologové či duchovní. Ostatní technické služby jsou zajišťovány recepčními, kuchaři, zaměstnanci starajícími se o praní prádla, úklid, atd. (Malkovská, 2007).

2.9.4.4 Interdisciplinární tým

Interdisciplinární tým je tvořen lékaři, všeobecnými sestrami, pracovníky přímé obslužné péče, duchovním, psychologem, sociálními pracovníky a dalšími profesemi (Malkovská, 2007).

3 Domov pro seniory

V tomto typu zařízení se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytují pobytové sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu přibývajících let, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Komplexně jsou zde poskytovány ubytovací, stravovací, služby sociální péče, zdravotnické služby a další doplňkové služby (Kalvach a kol., 2011).

Zařízení musí být zaevidováno v registru poskytovatelů sociálních služeb, který spadá pod příslušný krajský úřad. Zřizovatelem zařízení může být krajský úřad, obecní úřad, občanské sdružení, nestátní nezisková organizace, církev nebo soukromá firma (MPSV, 2009).

Převládajícím druhem ústavní péče pro seniory v České republice před rokem 1989 byl tzv. domov důchodců, vedle něhož ještě existovaly domovy-penziony pro důchodce a domovy s pečovatelskou službou. Domov důchodců býval veřejností kritizován pro velkou samotu s minimálním soukromím. V některých zařízeních byl ještě mnoho let po politickém převratu problémem opovrhlivý přístup k potřebám klientů, jistá míra nadřazenosti personálu vůči klientům, absence kulturních či aktivizačních programů (Matoušek, 2008).

3.1 Sociální pracovník v domově pro seniory

Sociální pracovník by si měl dokázat vybudovat rovnocenné postavení v týmu, stát si pevně za svým rozhodnutím a uplatňovat pevně sociální hledisko při všech změnách. Rovnost mezi zdravotním a sociálním úsekem péče patří k důležitým pilířům. Klientům zařízení musí být zajištěna kvalitní zdravotní péče jako každému jinému obyvateli této země (Matoušek a kol., 2005).

Mezi nejčastější aktivity sociálních pracovníků v domovech pro seniory řadíme např. činnosti administrativní, příjem seniora do zařízení, sociální šetření, individuální adaptační plány, plánování kulturních a společenských akcí, sociální služby pro obyvatele, koordinace respitních pobytů, manažerské činnosti, atd. (Matoušek a kol., 2005).

3.2 Všeobecná sestra v domově pro seniory

Sestry poskytují komplexní ošetrovatelskou péči, pracují podle ošetrovatelského plánu, monitorují klienty s jejich bio-psycho-sociálními potřebami, zabývají se sociálně zdravotními problémy klientů. Sestra zodpovídá za celkový chod zdravotnického oddělení v době nepřítomnosti vedoucí sestry. V případě nemoci či čerpání řádné dovolené je jmenovitě pověřena konkrétní všeobecná sestra, která je odpovědná za chod zdravotnického úseku, administrativní činnosti vykazuje ekonom (Domov pro seniory Cheb, 2010).

3.3 Orgány řízení

Organizační struktura domovů pro seniory je podobná ve všech typech zařízení v České republice. Uvedené údaje jsem čerpala z webových stránek domovů pro seniory v Hranicích, Vratislavic nad Nisou, Bechyně a Cheb.

Nejvyšším představitelem v organizaci je ředitel, který domov pro seniory řídí v mezích schváleného ročního rozpočtu. Příkazy svým podřízeným uděluje ústní formou, v komplikovanějších případech písemnou formou Příkazu ředitele. Ředitel je statutárním orgánem, který má právo jmenovat a odvolat své vedoucí zaměstnance. V případě jeho nepřítomnosti jej zastupuje ekonom, který je ředitelem jmenován se souhlasem rady příslušného kraje. Ředitelovým podpisem se schvalují veškeré právní úkony, vnitropodnikové plány, rozpočty, rozbory hospodaření (Domov pro seniory v Hranicích, 2007).

3.3.1 Porada vedení

Porada vedení je hlavním poradním orgánem ředitele, která se koná minimálně jedenkrát měsíčně. Členové porady jsou ekonom, vrchní sestra, sociální pracovník, hospodář. Z každé schůze se provádí zápis, který je následně poskytnut všem členům (Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou, 2011).

3.3.2 Porady úseků

Členové navazují na činnost porady vedení a odpovědní vedoucí delegují úkoly na své řízené úseky (Domov pro seniory v Hranicích, 2007).

3.3.3 Metodické porady

Členové se scházejí podle plánu nebo potřeby vyplývající z činnosti zařízení. Cílem metodické skupiny je vytváření vnitřních pravidel a metodických postupů. Výsledkem jednání je zápis, který obsahuje informace konzultované na poradě, řešení vzniklých problémů, zadání úkolů a kontroly plnění, závěry provedených kontrol (Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou, 2011).

3.3.4 Odborné komise

Náplň odborné komise tkví v řešení různých problémových situací. Komise svolává ředitel, kterému následně vedoucí komise předkládá sepsané závěry z pracovních schůzí. Po ředitelově souhlasu jsou závěry odborné komise závazné pro ostatní zaměstnance (Domov pro seniory v Hranicích, 2007).

3.3.5 Ekonom

Ekonom vykonává funkci statutárního zástupce ředitele, který má v náplni práce činnosti, týkající se personální a mzdové agendy zařízení a překládá veškeré dokumenty z toho plynoucí k podpisu řediteli. Dále vykonává funkci hlavního účetního a stará se o rozpočet organizace (Domov pro seniory v Hranicích, 2007).

3.3.6 Vedoucí úseku

Náplní práce vedoucího je řídit činnost daného úseku s cílem optimalizovat následný rozvoj svěřené činnosti v rámci strategie schválené ředitelem. Konzultuje se svým nadřízeným důležité organizační změny, platové zařazení, pracovní právní a mzdové doklady u podřízených zaměstnanců (Domov pro seniory v Hranicích, 2007).

4 Sociální služby

4.1 Historický kontext před a po roce 1989

Do roku 1989 situace v českých sociálních službách odpovídala skutečnosti centrálně řízeného socialistického státu a zobrazovala mimo jiné stav ochrany lidských práv klientů sociálních služeb v kontextu tvrdě institucionálního modelu poskytování sociálních služeb. V systému byla postrádána odpovědnost, nebyly vymezeny kompetence zřizovatelů sociálních služeb a zaměstnanci neměli adekvátní vzdělání v dané oblasti (Čámský a kol., 2011).

Poskytovatelé služeb zaměřovali svá úsilí na technické, hygienické a personální ukazatele. Tehdejší režim nepodporoval kvalitativní stránku služeb sociálních organizací, nýbrž se zaměřoval na kvantitativní stránku. V té době neexistovala standardizovaná měřítka hodnotící efektivitu a kvalitu poskytovaných služeb, ani sankce při poskytování nekvalitních služeb. Byla upřednostňována finanční a ústavní pomoc před péčí domácí a péčí nestátních subjektů. Středem zájmu byla organizace služeb než individuální rozvoj klientů. Od 70. let 20. století se začal klást důraz na kvalitu péče a služeb, začaly se zavádět do praxe standardy péče (Kuzníková a kol. 2011).

Systém sociálních služeb vytvářel z klientů daných zařízení jakési neurčité skupiny svěřenců, obyvatel či osob, jejichž život je v rozporu se zájmy socialistické reality. Tímto způsobem se ucelovala institucionální povaha. Lidé považovali za zcela normální umístit psychicky či duševně nemocné osoby nejprve do psychiatrické léčebny a poté do ústavu (Čámský a kol., 2011).

Po roce 1989 došlo v České republice k důležitým změnám, a to jak v oblasti politické a ekonomické, tak v oblasti sociální. V oblasti sociálních služeb došlo k prudkému nárůstu počtu nestátních neziskových organizací. Kvůli neúplné právní legislativě byla většina těchto organizací založena jako občanská sdružení (Matoušek, 2001).

Začíná se deinstitucionalizace, jako postupný proces, kdy dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Nový pojem - transformace sociálních služeb - představuje přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu (Čámský a kol., 2011).

Od roku 2000 se začalo pracovat na vzniku standardů kvality sociálních služeb. Transformace služeb byla zaměřena na změnu vyšší ochrany uživatele služeb. V roce 2002 byly vydány Standardy kvality sociálních služeb, ale jednalo se pouze o nezávazný materiál, který sloužil k orientaci poskytovatelům sociálních služeb a závazným se stal až v roce 2007 (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.), (Kuzníková a kol., 2011).

4.2 Zákon o sociálních službách

Dne 14. března byl nový zákon podepsán prezidentem a vstoupil v platnost dne 1. ledna 2007. O tento zákon se usilovalo od počátku 90. let, kdy byl opakovaně navrhován, měněn a opět stahován podle toho, jak se střídaly vlády (LORM, 2006). Sociální služby se až do roku 2006 poskytovaly na základě právní úpravy z roku 1988 (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení). Tento zákon byl upraven a doplněn vyhláškou č. 182/1991 Sb. (Čámský a kol., 2011). Původní legislativa uváděla pouze ústavní a pečovatelskou službu. Jiné služby, jako například respitní péče, osobní asistence, atd. byly provozovány bez legislativního zakotvení. V závěru to vedlo k obtížnému zajištění dostupnosti nových typů služeb všem budoucím uživatelům ve všech krajích. Neziskové organizace byly znevýhodňovány oproti příspěvkovým organizacím v přístupu k veřejným finančním prostředkům (LORM, 2006).

Zákon o sociálních službách vytvořil podmínky pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, individuálním přístupu. Sociální služby jsou poskytovány na smluvním základě, kde účastníci mezi sebou vyjednávají podmínky ohledně poskytování služeb. Smlouva je mezi zájemcem a poskytovatelem uzavírána dobrovolně (Čámský a kol., 2011).

V zákoně byl upraven příspěvek na péči a byla určena nová klasifikace sociálních služeb. Sociální služby jsou děleny na služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytovatelé sociálních služeb se musí registrovat u krajských úřadů, aby mohli zařízení provozovat. Zákon také upravuje podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka (Matoušek a kol., 2007).

Dne 1. 1. 2012 došlo k navrhovaným změnám v sociálním systému. Cílem reformy bylo zefektivnit zajištění adresnosti sociálních dávek, dosažení maximální možné účelnosti dávek, zefektivnění práce orgánů státní správy a snížení administrativní zátěže sociálních služeb. Sociální reforma zahrnuje novely některých zákonů v sociální oblasti. Nosným pilířem

v sociálních službách je zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dále vešla v platnost vyhláška č. 391, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., provádějící některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Sociální poradce, 2012).

4.2.1 Kategorizace sociálních služeb

Sociální služby se podle právní úpravy dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Matoušek a kol., 2007).

4.2.1.1 Služby sociální péče

Sociální služba je definována jako činnost nebo soubor činností, jimiž je zajišťována pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a způsob pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení (MPSV, 2009).

Sociální služby se poskytují jako pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami jsou definovány služby, za kterými lidé docházejí nebo jsou doprovázeni nebo dopravováni do ambulantního zařízení, jehož součástí není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném domácím prostředí (Čevela a kol., 2012).

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a další (MPSV, 2009).

K službám sociální péče řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (Gulová, 2011).

4.2.1.2 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence jsou také zákonem definovány jako služby, jež „*napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53 - § 70).

Mezi služby sociální prevence patří raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace (Gulová, 2008).

4.2.1.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství je zákonem rozděleno na základní a odborné. Základní sociální poradenství nabízí lidem potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je standardní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je realizováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53 - § 70).

4.2.2 Úhrada nákladů za sociální služby

Bez úhrady nákladů se poskytuje sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen.

Další sociální služby se poskytují lidem za částečnou nebo úplnou úhradu nákladů (Zákon č. 108/2006 Sb., § 71 - § 72).

4.2.3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči pomáhá zajišťovat péči v přirozeném prostředí a napomáhá krýt náklady pečujícímu prostředí. Ideálním modelem je sdílení péče mezi rodinou a registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Nárok na příspěvek na péči mají lidé, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, jak v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu, tak i soběstačnosti (Čámský a kol., 2011). Péče o vlastní osobu zahrnuje činnosti týkající se zajištění stravy, osobní hygieny, oblékání nebo pohybu. Soběstačností se vymezují úkony, které umožňují účastnit se sociálního života (Čevela a kol., 2012).

Příspěvek patří osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv pečující osobě. Příspěvek se netýká dítěte mladšího jednoho roku. Nárok na příspěvek je zákonem posuzován pomocí čtyř stupňů závislosti. O příspěvek je možné zažádat na úřadu práce písemně pomocí speciálního formuláře (Čevela a kol., 2012).

Míra nepříznivosti sociální situace se odrazí v zařazení do stupně závislosti. Při mapování sociální situace se bere v úvahu nepříznivý zdravotní stav žadatele. Úřad práce vykonává sociální šetření, kdy sociální pracovník zjišťuje soběstačnost a schopnost samostatného života žadatele. Z výsledného šetření praktického i odborného lékaře, eventuálně funkčního vyšetření, jej vyhodnotí lékař úřadu práce. Stupeň závislosti vychází z úkonů běžného každodenního života, při nichž potřebuje osoba pomoc (Sociální reforma, 2012).

Výše příspěvku se odvíjí od věku žadatele a stupně jeho závislosti:

- **stupeň I** (lehká závislost) do 18 roků = 3 000 Kč / nad 18 roků = 800 Kč
 - **stupeň II** (středně těžká závislost) do 18 roků = 6 000 Kč / nad 18 roků = 4 000 Kč
 - **stupeň III** (těžká závislost) do 18 roků = 9 000 Kč / nad 18 roků = 8 000 Kč
 - **stupeň IV** (úplná závislost) do 18 roků = 12 000 Kč / nad 18 roků = 12 000 Kč
- (Sociální reforma, 2012).

4.2.4 Registr poskytovatelů sociálních služeb

Sociální služby musí být poskytovány pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci, vydaným příslušným krajským

úřadem. Registrace je nutná nejen u fyzických nebo právnických osob, ale i u organizační složky státu nebo územně samosprávného celku (Matoušek, 2007).

Podmínkou k zahájení registrace je podání písemné žádosti o registraci. Poskytovatel musí zajistit optimální hygienické, materiální a technické podmínky v případě poskytování služeb v zařízení. Dále musí poskytovatel doložit vlastnické nebo jiné právo k objektu, kde budou služby poskytovány. Na majetek žadatele nesmí být vyhlášen konkurz (Sokol, Trefilová, 2008).

Poskytovatel musí podávat ucelené informace o druhu, místě, cílech, způsobu poskytování sociálních služeb a to srozumitelným způsobem. Při poskytování sociálních služeb musí být vytvořeny podmínky, kterou jsou v souladu s lidskými a občanskými právy. Průběh poskytování sociálních služeb má být plánován podle osobních cílů, potřeb a schopností uživatelů sociálních služeb. V rámci nabízené péče mají být vedeny písemné individuální záznamy o průběhu poskytovaných sociálních služeb a také má být vypracováno hodnocení průběhu daných služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88).

4.2.5 Smlouva o poskytování sociálních služeb

Osoba, která potřebuje sociální služby, může požádat přímo poskytovatele sociálních služeb nebo obec o zajištění možnosti poskytnutí sociálních služeb. Při poskytnutí sociální služby musí být mezi uživatelem a poskytovatelem uzavřena písemná smlouva (Zákon č. 108/2006 Sb., § 90 - § 91).

Ve smlouvě má být zahrnuto označení smluvních stran, druh sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výše úhrady za sociální službu a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem, výpovědní důvody, výpovědní lhůty a doba platnosti smlouvy (Zákon č. 108/2006 Sb., § 90 - § 91).

Poskytovatel může odmítnout uzavření smlouvy, pokud neposkytuje danou sociální službu, o kterou osoba žádá; nebo kvůli nedostatečné kapacitě; případně pokud je nevyhovující zdravotní stav uživatele k poskytnutí takové sociální služby (Sokol, Trefilová, 2008).

4.2.6 Inspekce kvality sociálních služeb

Prostřednictvím inspekce kvality se zjišťuje, zda je služba poskytována v odpovídající kvalitě, a zda nejsou porušována práva uživatelů. Inspekce kvality je návodem k dobré praxi a zároveň nabízí poskytovateli doporučení a návody, jak postupovat při eliminaci chyb, zjištěných inspekcí (Čámský a kol., 2011).

Při provádění inspekce jsou měřítkem hodnocení standardy kvality sociálních služeb. Pomocí standardů je vymezena úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Plnění standardů kvality je hodnoceno bodovým systémem (Zákon č. 108/2006 Sb., § 99).

Inspekci kvality sociálních služeb provádějí krajské úřady nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí (Sokol, Trefilová, 2008).

4.2.7 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb byly připraveny jako metodický materiál Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2002. Jednalo se o jeden z výstupů tehdy probíhajícího tzv. česko-britského projektu. Záměrem tudíž bylo přinést do probíhající diskuze o budoucí struktuře sociálních služeb u nás zkušenost a příklad britského modelu poskytování služeb. Ten ovšem v určité fázi svého rozvoje vyžaduje standardizaci, neboli vytvoření základních parametrů služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou zakotveny ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. (Valenta a kol., 2012).

Standardy kvality sociálních služeb jsou určeny k tomu, aby zajišťovaly kvalitu poskytovaných sociálních služeb klientů a chránily jejich zájmy a práva související s poskytováním sociálních služeb. Ve standardech jsou určena pravidla ještě před okamžikem navázání prvního kontaktu mezi zájemcem a poskytovatelem tím, že stanovují povinnost poskytovateli prezentovat více možnostmi a v dostatečném rozsahu veřejné informace o nabízených službách. Sociální standardy zahrnují rozsah, postup a náplň jednotlivých činností, jednání a edukace, platby za poskytované služby, postup při podání stížností a řešení havarijních situací, organizační a personální zajištění. Podporují aktivní zapojení klientů, kterým je zajištěno jejich právo na svobodu názoru (Malíková, 2011).

4.2.7.1 Standardy se dělí na tři skupiny:

- **Procedurální standardy** popisují, jak má poskytování služby vypadat. Standardy upozorňují na co si dát pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám klienta.
- **Personální standardy** se zaměřují na personální zajištění služeb.
- **Provozní standardy** uvádějí podmínky pro poskytování sociálních služeb (Johnová, 2002).

Celkem bylo vypracováno patnáct procedurálních standardů, z nichž každý standard obsahuje několik kritérií, tj. de facto závazných postupů poskytovatele služby v dané oblasti jím poskytované služby. Při nesplnění některého ze zásadních kritérií může dojít k odebrání registrace k poskytování dané služby.

4.2.7.2 Byly vytvořeny tyto standardy:

Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard č. 2: Ochrana práv osob

Standard č. 3: Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard č. 4: Smlouva o poskytování sociální služby

Standard č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard č. 6: Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č. 7: Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard č. 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Standard č. 9: Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců

Standard č. 11: Místní a časová dostupnost poskytované služby

Standard č. 12: Informovanost o poskytované sociální službě

Standard č. 13: Prostředí a podmínky

Standard č. 14: Nouzové a havarijní situace

Standard č. 15: Zvyšování kvality sociální služby (Valenta a kol., 2012).

4.2.8 Sociální pracovník

Sociální pracovník je velmi důležitým činitelem samotné sociální práce, protože je to právě on, který určuje vazby mezi ním a klientem, a je hlavním prostředníkem, od kterého je závislá úspěšnost intervenčního působení ve vztahu ke klientovi. Dále je sociální pracovník odborník, který se zabývá sociální pomocí jednotlivce, skupiny nebo komunity, kteří se dočasně, anebo trvale nacházejí v problémové situaci vyžadující společenskou sociální intervenci (Ondrušová a kol., 2009).

Sociální pracovník musí splňovat kvalifikační požadavky podle § 110 a 111 sociálního zákona. Mezi kvalifikační požadavky patří úspěšné absolvování vyššího odborného vzdělání, vysokoškolského vzdělání (Bc., Mgr.) nebo absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů (Zákon č. 108/2006 Sb., § 110 - § 111).

4.2.8.1 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka

Způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost podle sociálního zákona (Sokol, Trefilová, 2008).

4.2.8.2 Charakteristika a struktura činnosti sociálního pracovníka

V rámci pracovního vztahu je sociální pracovník podřízen vedoucímu zařízení a vedoucímu sociálnímu pracovníkovi. Podílí se na spolupráci s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizační sestrou, popřípadě s dalšími osobami (Malíková, 2011).

Sociální pracovník provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízení poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (Zákon č. 108/2006 Sb., § 109).

4.2.8.3 Činnosti sociálního pracovníka při přijetí nového klienta do zařízení

Sociální pracovník by se měl osobně účastnit přijetí nového klienta do zařízení. Podílí se s klientem na náležitostech týkajících se přijímacích procedur. Informuje nově příchozího

klienta o provozu a chodu zařízení. Seznamuje klienta se spolubydlícími, pokud nebude klient ubytován na jednolůžkovém pokoji. Přidělí klientovi klíčového pracovníka a představí mu ho. Vede osobní spis klienta a založí do něj smlouvu, žádost o přijetí a ostatní formuláře podepsané klientem (Malíková, 2011).

4.2.8.4 Činnosti sociálního pracovníka během pobytu klienta v zařízení

Sociální pracovník sleduje průběh adaptačního období u nového klienta. Zaznamenává kontakty s klientem a intervence. Sleduje práci klíčového pracovníka, kontroluje dokumentaci individuálního plánu a při vzniklých problémech pomáhá klíčovému pracovníkovi. Komunikuje s klienty i jejich blízkými a nabízí jim sociální poradenství. Společně s aktivizační sestrou nebo s pracovníkem pro volnočasové aktivity se podílí na vypracování programů volnočasových aktivit. Podle potřeby provádí u klientů metody socioterapie a psychoterapie. Zjišťuje potřeby a přání klientů a snaží se je zrealizovat, pokud je to v rámci možnosti zařízení. Spolupracuje s vrchní sestrou a ostatními pracovníky při řešení aktuálních problémů. Provádí nákupy osobních potřeb pro klienty a dále zajišťuje přebírání a odesílání pošty klientům (Malíková, 2011).

4.2.8.5 Činnosti sociálního pracovníka při a po ukončení pobytu klienta v zařízení

Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství, psychickou podporu pozůstalým a v případě potřeby zprostředkuje pomoc duchovního nebo psychologa. Předkládá podklady pokladnímu za účelem finančního vyrovnání úhrad za poskytované sociální služby. Předává protokolárně proti podpisu pozůstalým cennosti klienta na základě předloženého dokladu klienta o dědickém řízení, které je opravňuje k převzetí. Při překladu klienta do jiného zařízení vypracovává překladovou zprávu. Kompletuje osobní spis klienta a připravuje k archivaci (Malíková, 2011).

4.2.9 Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb

Poskytovatelem sociálních služeb mohou být subjekty zřizované obcí nebo krajem, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby nabízející široké spektrum služeb, Ministerstvo práce a sociálních věcí (Matoušek a kol., 2007).

Obce i kraje mohou být zřizovateli sociálních služeb v rámci své samostatné působnosti, buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace se samostatnou právní subjektivitou. Po roce 2002 kraje začaly zřizovat většinu zařízení sociální péče, které do té doby zřizovaly okresy (Tomeš, 2005).

4.2.9.1 Neziskové organizace

Horecký (2008) prezentuje k popisu neziskových organizací definici zakotvenou v zákoně č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu, podle níž jde „o organizace charakteru právnické osoby, která nebyla zřízená nebo založena za účelem podnikání“.

Zákon č. 586/1992 Sb. uvádí v §18 typy organizací, kam se řadí obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, státem uznávané církve a náboženské společnosti, nadace a nadační fondy, zájmová sdružení právnických osob, politické strany a hnutí, příspěvkové organizace, státní fondy a další organizace.

Neziskové organizace můžeme rozlišovat podle zakladatele, charakteru poslání, organizační stránky, způsobu financování (Horecký, 2008).

Poskytovatelé sociálních služeb jsou u nás obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, nadace a církve. Sociální služby v pobytovém zařízení poskytují převážně církve, občanská sdružení a obecně prospěšné společnosti (Malíková, 2011).

4.2.10 Financování sociálních služeb

Současný systém financování sociálních služeb je charakterizován jako systém s prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení. Sociální služby jsou financovány z více zdrojů. Financování jednotlivých druhů poskytovaných sociálních služeb je rozdílné v závislosti na druhu poskytovaných služeb a na zřizovateli. Mezi zdroje příjmů můžeme zařadit státní dotace a granty, dotace ze strukturálních fondů, příspěvky zřizovatelů, příjmy od uživatelů, příspěvky na péči, příjmy z veřejného zdravotního pojištění, příspěvky samosprávných celků, dary, vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti (Herman, 2008).

4.2.10.1 Financování sociálních služeb ze státního rozpočtu formou dotací tvoří:

- *Dotace ze státního rozpočtu na podporu poskytování služeb sociální péče a služeb sociální prevence na území kraje prostřednictvím rozpočtu kraje* – O dotaci může požádat každý registrovaný poskytovatel sociálních služeb, ale dotace jsou tzv. nenárokové. Při posuzování žádosti je hodnocena potřeba daného druhu služby, druh činnosti a kapacita služeb.
- *Dotace ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb* – Registrovaným poskytovatelům či územním samosprávným celkům s celostátním nebo neregionálním působením poskytuje MPSV účelově určené dotace ze svého rozpočtu.
- *Výdaje krajských či obecních rozpočtů na zajištění provozu sociálních služeb z vlastních zdrojů.*
- *Úhrady uživatelů sociálních služeb – mimo příspěvků na péči* (Malíková, 2011).

4.2.10.2 Financování pobytových sociálních služeb

Financování pobytových sociálních služeb je převážně složeno z plateb uživatelů sociálních služeb, příspěvků na péči podle § 11, zákona č. 108/2006 Sb., státních dotací a z příjmů veřejného zdravotního pojištění (Herman, 2008).

4.2.10.3 Financování terénních a ambulantních sociálních služeb

Zdrojem financování mohou být platby uživatelů sociálních služeb, příspěvky na péči podle § 11, zákona č. 108/2006 Sb. a státní dotace (Herman, 2008).

4.2.11 Bílá kniha o sociálních službách

Bílá kniha byla zveřejněna Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2003. Kniha obsahuje základní principy poskytování sociálních služeb, které jsou zakotveny v právním řádu.

V Bílé knize bylo stanoveno několik cílů, kterých by mělo být postupně dosaženo pomocí zavedeného zákona o sociálních službách.

4.2.11.1 Bílá kniha uvádí sedm důležitých principů:

- **Nezávislost a autonomie.** Lidé mají odpovědnost za svůj vlastní život. Měli by mít vlastní preference, jak jim mohou sociální služby pomoci zpět k nezávislosti.
- **Začlenění a integrace.** Sociální služby se snaží lidem pomáhat, aby žili běžným způsobem života v rámci svého přirozeného prostředí.
- **Respektování potřeb.** Nabízené služby vycházejí z potřeb jednotlivců, nikoli z potřeb systému.
- **Partnerství.** Správně fungující sociální služby existují pouze na základě efektivní spolupráce mezi všemi sektory společnosti.
- **Kvalita.** Poskytované sociální služby musí být v souladu s přijatými standardy a uživatelé musí mít důvěru k poskytovaným službám.
- **Rovnost.** Ke všem lidem by se mělo přistupovat stejně na základě jejich potřeb bez ohledu na způsob života, postižení, původ, víru, věk, pohlaví nebo sexuální orientaci.
- **Národní standardy.** Způsob poskytování služeb vyplývá z potřeb jednotlivců a komunity, musí být rozhodnutí o tom, co je poskytováno, komu a jakým způsobem učiněno na úrovni jednotlivce a komunity (Sokol, Trefilová, 2008).

5 Stáří a stárnutí

„Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Kdo nezemře mlád, ten mu neujde. A měl by proto na ně být připraven.“

O stáří se v poslední době mnoho mluví a píše. Ale na něco jako bychom přitom zapomněli. Mezi těmi dobře míněnými radami chybí jedna: jak stáří unést. Jak brát stáří jinak, než jako „soubor obtíží“. Jak mu dát smysl, pozitivní charakter“ (Haškovcová, 1990).

5.1 Pojem stárnutí

Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, úbytek schopnosti a výkonnosti člověka, jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti (Krejčířová, Langmeier, 2006).

Weber a kol. (2000) hodnotí stárnutí jako proces, kdy dochází v jednotlivých orgánech na všech úrovních ke specificky degenerativním, morfologickým a funkčním změnám. K těmto změnám dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento průběh hodnotí jako disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Rychlost stárnutí je u každého jedince geneticky zakódována a jedná se o multifaktoriální typ dědičnosti.

5.2 Pojem stáří

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“. Ta se s přibývajícimi léty postupně snižuje, a stárnoucí člověk si tak nemůže své základní potřeby plně zajišťovat sám, což směřuje k narůstající závislosti na jiných lidech a v mnoha případech k nucené životní změně (Mühlpachr, 2004).

Délka života je tak dlouhá, aby umožnila jedincům dovršit jejich vývoj a docílit zkušeností důležitých k přežití v daném prostředí, a samozřejmě dopřála jim čas zplodit a vychovat dostatek potomstva. Po splnění těchto úkolů je pro druh starý jedinec přítěží a je eliminován procesem stárnutí. Pokud by ke stárnutí a stáří nedocházelo, směřovalo by to k pomalejšímu obměňování generací, k celkovému snížení adaptačních schopností druhu a poté ke snížení mezidruhové konkurenční schopnosti (Navrátil a kol. 2008).

5.3 Periodizace stáří

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala v šedesátých letech minulého století patnáctiletou periodizaci lidského života a dále klasifikuje vyšší věk na:

- *60-74 let*: rané stáří (počínající stáří)
- *75-84 let*: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)
- *90 let a více*: období dlouhověkosti (Ondrušová, 2011).

Malíková (2011) popisuje členění stáří podle Muhlpackra (2004), které je v současné době velmi rozšířené a užívané:

- *65-74 let*: mladí senioři
- *75-84 let*: staří senioři
- *85 a více let*: velmi staří senioři

5.4 Klasifikace stáří a stárnutí

Za důležitý ukazatel toho, jak je kdo starý, je považován **kalendářní věk**, který je ačkoliv jednoznačně vymežitelný, ale nenaznačuje nic o involučních změnách, pracovních schopnostech či změnách sociálních rolí v životě jedince (Ondrušová, 2011).

Biologický věk vypovídá o celkovém organismu. Biologické stáří je zdánlivé označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů). Řada změn sledovaných u starého jedince může být zapříčiněna spíše chorobami, než stárnutím samotným. Prokazatelná je skutečnost, že jedinci stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (Kalvach, 1997).

Věk sociální je charakterizován rolí, kterou člověk zastává ve společnosti. Za start sociálního stáří je většinou považován vznik nároku na starobní důchod. V soudobé společnosti dochází k významnému posunu sociální periodizace (Kalvach, 2004).

5.5 Demografie stáří

Demografie je popisována jako věda, která studuje složení a pohyb lidských populací. Složení obyvatelstva je výsledkem dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek. Mezi základní pojmy v demografii patří porodnost, úmrtnost, střední délka života,

průměrný věk ve vztahu k různým proměnným, věková struktura obyvatelstva a jeho migrace (Ondrušová, 2011).

Přibývání stárnoucí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, a to směřuje k problému jednadvacátého století na celém světě. Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, díky kterému se postupně mění věkové rozložení obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti nebo šedesáti pěti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let (Jarošová, 2006).

5.5.1 Projekce populačního vývoje v ČR

Projekce demografického vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem uvedla, že by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3 %, to jsou asi tři miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6 % obyvatel České republiky. Největší nárůst seniorů se očekává v kategorii dlouhověkých. Demografické prognózy vytvořené pro naši republiku poukazují, že v roce 2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Pro srovnání – v roce 2007 žilo u nás v tomto věkovém rozmezí 124 937 osob (Malíková, 2011).

5.5.2 Střední délka života

Střední délka života je popisována jako veličina, která podává informace o tom, kolika roků se s vysokou pravděpodobností dožije právě narozené zdravé dítě (Malíková, 2011).

Podle Českého statistického úřadu z roku 2011 je střední délka života žen 80,6 roku a mužů 74,4 roku (Ondrušová, 2011).

5.6 Charakteristické patofyziologické změny ve stáří

Biologické stárnutí zahrnuje změny organismu, probíhající na fyziologické úrovni. Změny se projevují na tělesné tkáni, orgánech, ale u každého člověka probíhají individuálně, jsou podmíněny genetickými dispozicemi a stylem života. Dochází ke zpomalení a oslabení všech funkcí organismu a také k poklesu biologických adaptačních mechanismů (Dlabalová, Klevetová, 2008). Obecným rysem stárnutí je atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (Kalvach, 2004).

5.6.1 Pohybový systém

Typickým rysem je úbytek svalové hmoty a snížení kostní denzity, což se projevuje osteoporózou. Díky tomu se kosti snadno lámou, ochranná funkce svalového aparátu je menší a častěji dochází ke zlomeninám (Holmerová a kol., 2003). Tělesná výška se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají. Páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí, to je následkem atrofie meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů (Dlabalová, Klevetová, 2008). Rovněž častá jsou onemocnění revmatického charakteru. Pohyb je důležitou podmínkou soběstačnosti starého člověka a také přispívá k prevenci mnoha onemocnění (Navrátil, 2008).

5.6.2 Kardiopulmonální systém

Funkce plic se snižuje a klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, a to se projevuje sníženým průtokem krve ostatními důležitými orgány. Stěny cév jsou méně pružné a tenčí, dochází ke kornatění cév. Starší generace velmi často trpí pružníkovou hypertenzí, která je charakterizována vyšším systolickým tlakem. Levá srdeční komora má menší výkonnost a dochází k levostrannému srdečnímu selhání při větší zátěži (Dlabalová, Klevetová, 2008).

5.6.3 Trávicí systém

U gastrointestinálního traktu dochází k involučním změnám, které vedou k poklesu produkce šťáv, změnám motility a resorpčních schopností. Lidé si často stěžují na poruchy polykání, které nemusí mít souvislost se zažívacím ústrojím. Mezi frekventovaná onemocnění patří hiátová hernie, peptický vřed nebo nádor (Navrátil, 2008). Staří lidé jsou ohroženi podvýživou, a to z příčin sociálních nebo v důsledku změněného zdravotního stavu (Holmerová a kol., 2003).

5.6.4 Pohlavní orgány a vylučovací systém

Dochází k poklesu pohlavní činnosti, u mužů se snižuje potence, u žen nastává menopauza (Dlabalová, Klevetová, 2008).

Pokles funkcí ledvin je důsledkem sníženého prokrvení ledvin, snížené glomerulární filtrace i tubulárních funkcí. Ve stáří nejčastěji dominují infekce močových cest, selhání ledvin a karcinom prostaty u mužů (Navrátil, 2008). Klesá pružnost uretry a v močovém měchýři vlivem nižší kapacity stoupá postmikční reziduum a také klesá síla svalových

svěračů kolem uretry. Močová inkontinence se týká 15-30 % osob (Dlabalová, Klevetová, 2008).

5.6.5 Kožní systém

Kůže je méně pružná a tenčí. Na obličeji se tvoří vrásky, vlasy šedivější a řídnou. Kožní turgor je snížený. Objevuje se zvýšená pigmentace, ale v některých případech pigmentace úplně chybí (Dlabalová, Klevetová, 2008).

5.6.6 Nervový systém

Začínají se projevovat senzorické poruchy (problémy se zrakem, sluchem a chutí), narušena bývá také propriocepce. Tato omezení se lidé snaží kompenzovat pomůckami (např. brýle, berle, atd.). Dochází k involuci centrálního nervového systému, který se může projevovat, tzv. benigní stařeckou zapomnětlivostí. Mnoho lidí, kteří jsou osamělí, trpí depresemi, které vedou často k sebevraždě (Holmerová a kol., 2003).

5.7 Gerontologie

„Gerontologie je interdisciplinární věda, která zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku starých lidí a života ve stáří“ (Ondrušová, 2011).

5.7.1 Tradičně se dělí na tři části:

- **Gerontologii teoretickou** - zkoumá procesy stárnutí, formuluje hypotézy a teorie stárnutí a vytváří teoretické základy pro péči o seniory.
- **Gerontologii klinickou (geriatrii)** - zabývá se zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého jedince, zaměřuje se na studium, prevenci, diagnostiku a léčbu chorob ve stáří a jejich zvláštnosti (Ondrušová, 2011).
- **Gerontologii sociální** – studuje oblast sociálních dopadů stárnutí a stáří člověka. Studuje sociální a společenské vlivy, jež ovlivňují proces stárnutí. Také zjišťuje a třídí sociální potřeby stárnoucí a staré populace. Sociální gerontologie se dále zaměřuje na prevenci, tvorbu programů zdravého stárnutí a udržování praktické soběstačnosti (Haškovcová, 2006).

5.8 Geriatrie

Geriatric je samostatný klinický medicínský obor, vyznačující se interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří (Weber, 2000).

IV. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkum

Praktická část popisuje jednotlivé fáze výzkumu, jejíž součástí jsou výzkumné otázky, stanovená hypotéza, metodika výzkumu, interpretace výsledků výzkumu, diskuze a závěr.

6.1 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 1

- 1.) Jak hodnotí všeobecné sestry a sociální pracovníci vzájemnou schopnost pracovat v interdisciplinárním týmu?
- 2.) Je efektivnější spolupráce při přípravě a realizaci aktivizačních programů mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky v hospici nebo v domově pro seniory?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 2

- 1.) Jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku?
- 2.) Jaký nejčastější informační tok využívají všeobecné sestry a sociální pracovníci při vzájemné komunikaci?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 3

- 1.) Zda všeobecné sestry a sociální pracovníci zažili nějakou negativní zkušenost při vzájemné komunikaci a spolupráci?
- 2.) Která z profesí vykazuje vyšší míru spokojenosti při řešení společných problémů – všeobecné sestry či sociální pracovníci?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 4

- 1.) Poskytuje efektivnější péči v oblasti duševního zdraví svým zaměstnancům zaměstnavatel v hospici nebo v domově pro seniory?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 5

- 1.) Je větší spokojenost se vztahy na pracovišti v hospici nebo v domově pro seniory?

7 Metodika výzkumu

Ve své diplomové práci jsem použila metodu kvantitativního výzkumu, tj. metodu dotazníkového šetření.

Kvantitativní výzkum statisticky popisuje typ závislosti mezi proměnnými, měří intenzitu této závislosti, apod. (Juszczyk, 2003). Cílem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné numerické hodnoty (Kozel, 2006). Ve výzkumu jsou používány metody dotazování, které lze realizovat formou osobních rozhovorů, anketárním šetřením, telefonickým dotazováním nebo dotazováním přes internet (Machková, 2006).

Dotazník představuje standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Důležité je, aby na začátku dotazníku bylo stručné vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je anonymní. Zda-li dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Technika dotazníku je charakteristická nepřítomností výzkumníka při vyplňování dotazníku, určitá znalost šetřeného prostředí (Kutnohorská, 2009).

7.1 Použitá metoda výzkumu

Výzkum byl zaměřen na zmapování spolupráce a vztahů všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory. Zda typ zařízení ovlivňuje úroveň spolupráce mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky. Za účelem získání potřebných informací jsem vytvořila nestandardizovaný dotazník. Dotazníky jsou celkem dva, z nichž jeden je určen všeobecným sestrám a druhý sociálním pracovníkům. V úvodu dotazníku jsem respondenty oslovila, představila jsem se, uvedla jsem cíl dotazníkového šetření. Dále následovala prosba o jeho vyplnění s tím, že je dotazník zcela anonymní a uvedené údaje budou použity pouze pro mou diplomovou práci. Na závěr jsem respondentům poděkovala za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníků. Každý dotazník byl složen z 21 položek, které byly uzavřené nebo polouzavřené. Dotazníky obsahovaly otázky týkající se základních údajů o respondentech, zjištění spolupráce, komunikace, negativních zkušeností a také spokojenosti se vztahy na pracovišti. Dotazníkové šetření probíhalo v pěti hospicích a v pěti domovech pro seniory. Hospice byly nestátní zdravotnická zařízení a domovy pro seniory příspěvkové organizace. Dotazníky určené respondentům v hospicích byly rozesílány poštou, jelikož se zařízení nacházela v pěti krajích České republiky. Dotazníky, směřované

respondentům do domovů pro seniory, nacházející se v blízkosti bydliště, jsem roznesla na oddělení osobně a následně sesbírala. Dotazníky byly respondenty vyplňovány anonymně v rámci subjektivního hodnocení. Průzkum probíhal od 12. 11. 2012 – 25. 1. 2013.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků všeobecným sestrám, z nichž se vrátilo 104 vyplněných dotazníků. Kvůli nesprávnému vyplnění byly 4 dotazníky vyřazeny. Ke zpracování dat bylo použito 100 dotazníků od všeobecných sester, a to 50 dotazníků od hospicových sester a 50 dotazníků od sester z domovů pro seniory. Dále jsem rozdala dotazníky sociálním pracovníkům. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků, z nichž se vrátilo 21 dotazníků. Kvůli nesprávnému vyplnění byl 1 dotazník vyřazen. K analýze dat bylo použito 20 dotazníků, z toho 10 dotazníků od sociálních pracovníků z hospiců a 10 dotazníků od sociálních pracovníků z domovů pro seniory.

7.2 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovávala pomocí programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Pro statistické hodnocení testované hypotézy jsem zvolila test dobré shody chí kvadrát.

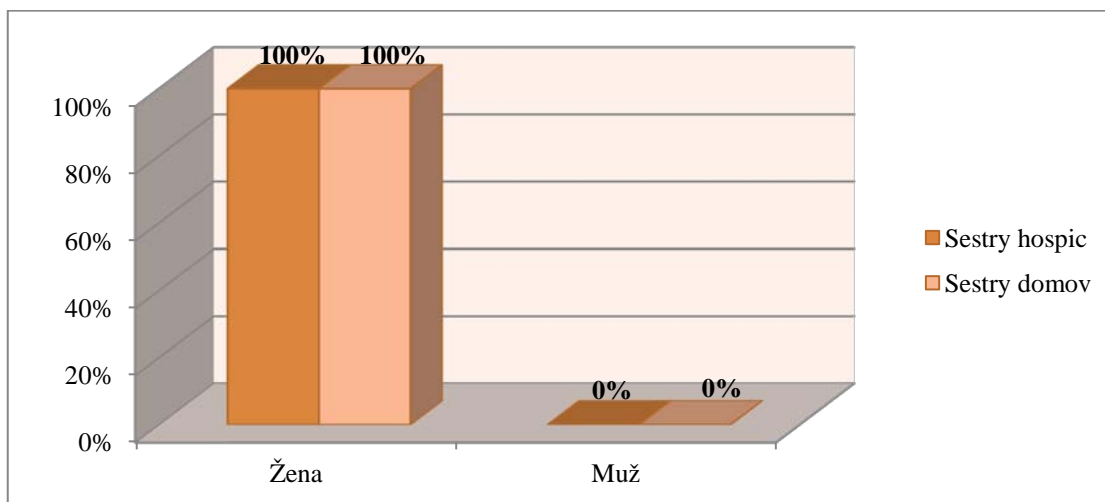
7.3 Zkoumaný vzorek

Zkoumaný vzorek tvoří 50 všeobecných sester, 10 sociální pracovníků z hospiců a 50 všeobecných sester, 10 sociálních pracovníků z domovů pro seniory.

8 Interpretace výsledků výzkumu

8.1 Prezentace výsledků – všeobecné sestry

Otázka č. 1: Pohlaví

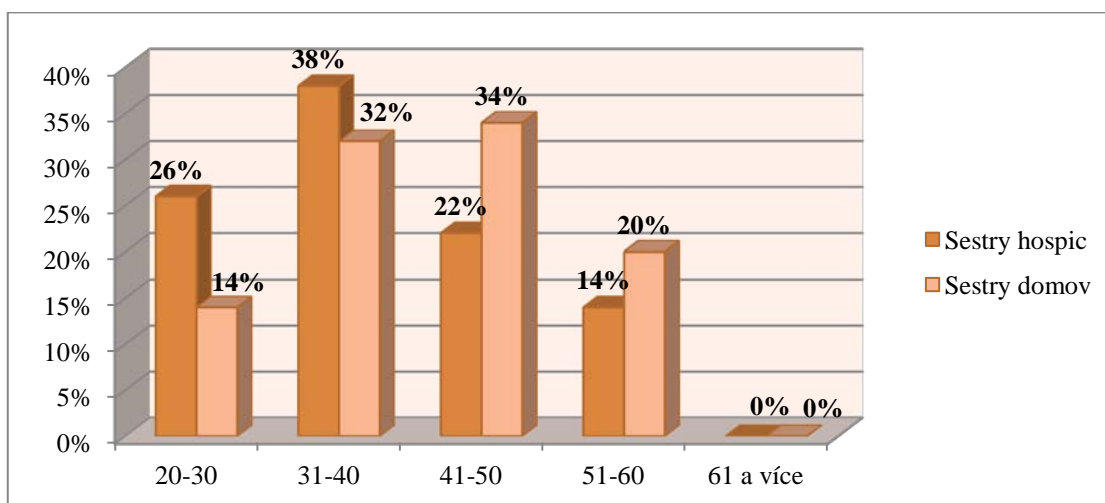


Obr. č. 1: Pohlaví všeobecných sester

Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 100 všeobecných sester, a to 50 hospicových sester a 50 sester z domovů pro seniory. **Obě skupiny respondentů tvořilo 100% zastoupení ženského pohlaví.**

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?



Obr. č. 2: Věkové kategorie respondentů

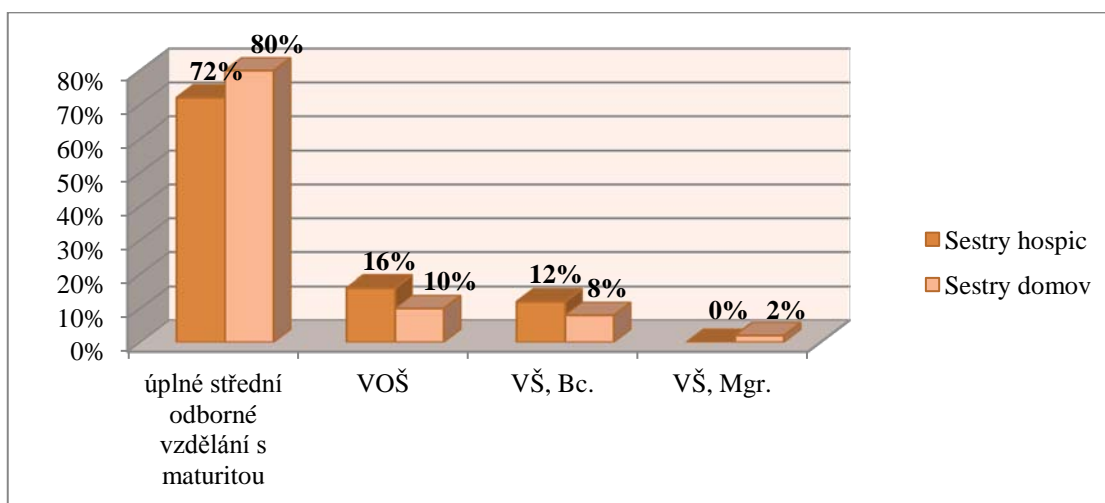
Komentář:

Věková kategorie respondentů se pohybuje od 20 – 60 let. Pro lepší přehlednost jsem rozdělila věkové kategorie do pěti skupin. Kategorie od 20 – 30 let byla zastoupena 13 respondenty (26 %) ze skupiny hospicových sester a 7 respondenty (14 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Nejpočetnější věková kategorie od 31 – 40 let byla nejvíce zastoupena 19 respondenty (38 %) ze skupiny hospicových sester a 16 respondenty (32 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Druhou nejpočetnější věkovou kategorií od 41 – 50 let tvořilo 17 respondentů (34 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 11 respondentů (22 %) ze skupiny hospicových sester.

Věkovou kategorií od 51 – 60 let tvořilo pouze 10 respondentů (20 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 7 respondentů (14 %) ze skupiny hospicových sester. Poslední věková kategorie nad 61 let měla nulové zastoupení (0 %) v obou skupinách respondentů.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



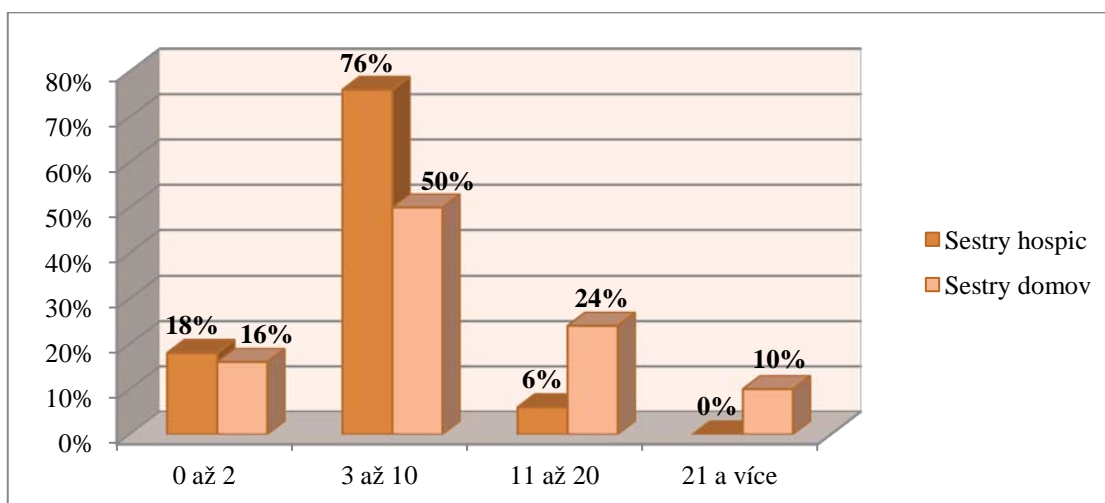
Obr. č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Komentář:

Vzdělání je rozděleno do čtyř kategorií. **Nejpočetnější zastoupenou kategorií bylo úplné střední odborné vzdělání s maturitou, kterou tvořilo 40 respondentů (80 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 36 respondentů (72 %) z řad hospicových sester. Druhou nejpočetnější kategorií bylo vyšší odborné vzdělání, které bylo zastoupeno 8 respondenty (16 %) ze skupiny hospicových sester a 5 respondenty (10 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.**

Vysokoškolské bakalářské vzdělání odpovědělo nejvíce 6 respondentů (12 %) ze skupiny hospicových sester a 4 respondenti (8 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Nejméně zastoupenou kategorií vysokoškolské magisterské vzdělání tvořil pouze 1 respondent (2 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete v daném zařízení?



Obr. č. 4: Délka praxe v daném zařízení

Komentář:

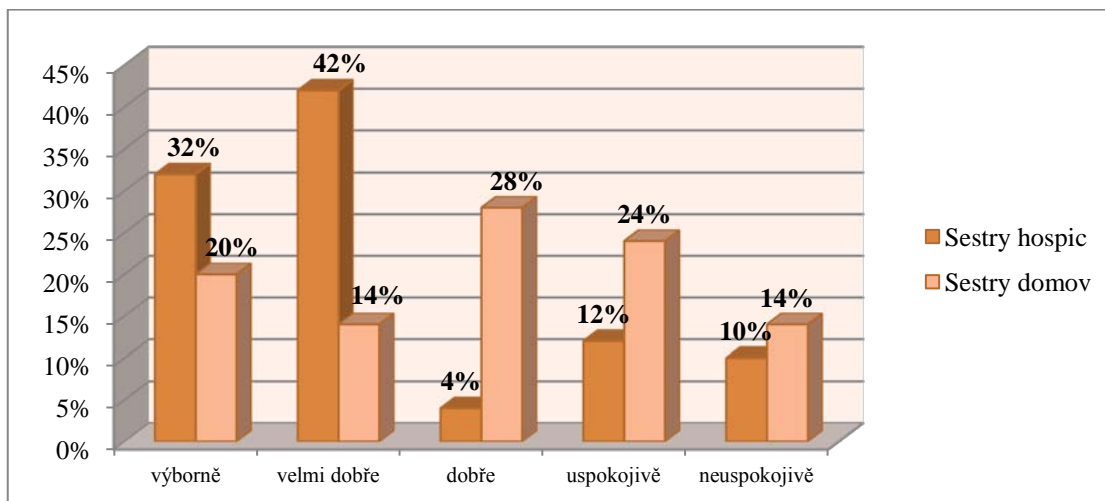
Délka praxe v daném zařízení byla rozdělena do 4 kategorií. První kategorii od 0 – 2 let nejvíce zvolilo 9 respondentů (18 %) ze skupiny hospicových sester a 8 respondentů (16 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Nejpočetnější kategorii od 3 – 10 let označilo 38 respondentů (76 %) ze skupiny hospicových sester a 25 respondentů (50 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Kategorie od 11 – 20 let byla nejčastěji zastoupena 12 respondenty (24 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 3 respondenty (6 %) ze skupiny hospicových sester. Kategorii od 21 let a více zvolilo pouze 5 respondentů (10 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Vzhledem k tomu, že hospice začaly postupně vznikat cca před 15 lety a méně, je z grafu patrné, největší počet hospicových sester označil časové rozmezí od 0 – 10 let.

Otázka č. 5: Jak hodnotíte schopnost sociálních pracovníků pracovat v interdisciplinárním týmu?



Obr. č. 5: Hodnocení schopnosti sociálních pracovníků

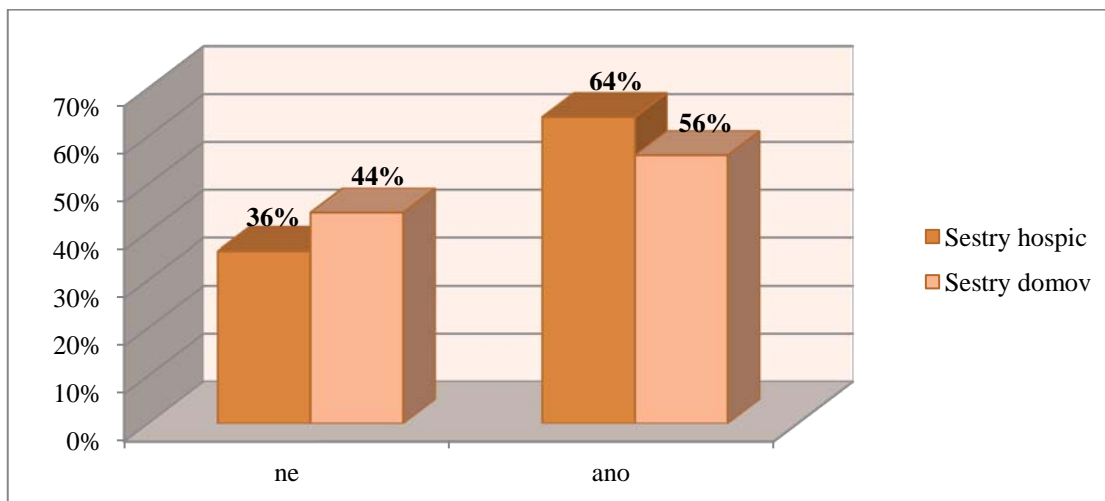
Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak všeobecné sestry hodnotí schopnost sociálních pracovníků pracovat v interdisciplinárním týmu. **Z grafu můžeme pozorovat, že hospicové sestry lépe hodnotí spolupráci se sociálními pracovníky, než sestry z domovů.**

Nejčastěji zastoupenou odpovědí ve skupině hospicových sester byla kategorie **velmi dobře**, kterou označilo celkem 21 respondentů (42 %) a poté kategorie **výborně** byla zvolena 16 respondenty (32 %). Kategorii **uspokojivě** si vybralo 6 respondentů (12 %) a kategorii **neuspokojivě** 5 respondentů (10 %). Nejméně označenou odpovědí byla kategorie **dobře**, kterou volili pouze 2 respondenti (4 %).

Sestry z domovů zvolily nejčastěji kategorii dobře, která byla zastoupena 14 respondenty (28 %). Na druhém místě se umístila kategorie uspokojivě se 12 respondenty (24 %). Kategorii **výborně** si vybralo 10 respondentů (20 %). Odpovědi **velmi dobře** (14 %) a **neuspokojivě** (14 %) byly označeny stejným počtem respondentů.

Otázka č. 6: Podílíte se společně se sociálními pracovníky na přípravě a realizaci péče, služeb, podpory či aktivizačních programů pro klienty?



Obr. č. 6: Spolupráce se sociálními pracovníky

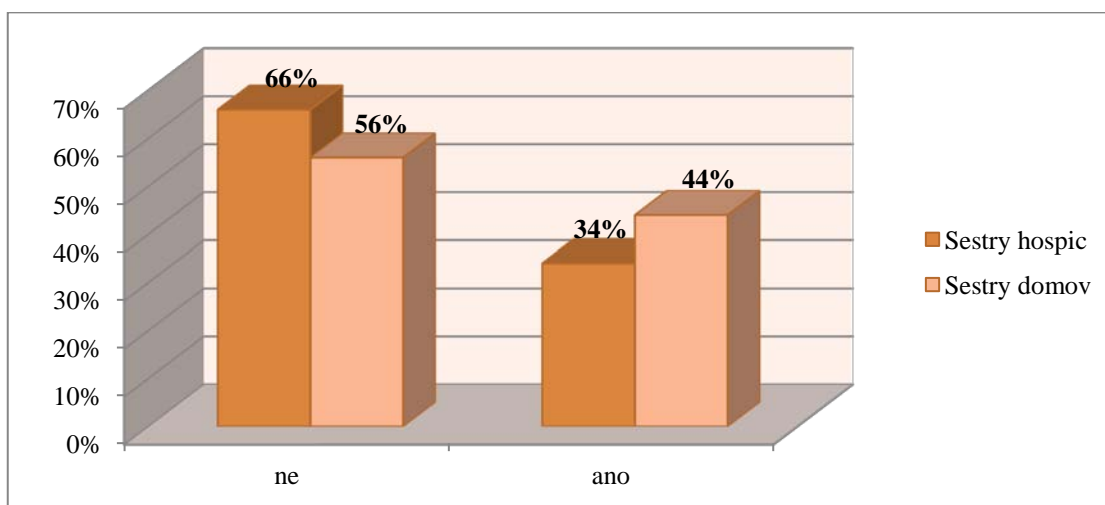
Komentář:

Tato otázka se zabývá skutečností, zda se sociální pracovníci se sestrami podílí na vzájemné spolupráci. **Nejčastější odpověď jako ne uvedlo 22 respondentů (44 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory** a 18 respondentů (36 %) ze skupiny hospicových sester.

Celkem 32 respondentů (64 %) ze skupiny hospicových sester odpovědělo, že se podílí na vzájemné spolupráci se sociálními pracovníky. *Sestry v hospicích uvedly, že se sociálními pracovníky se podílí nejčastěji na těchto činnostech: komunikace a spolupráce s rodinou, setkání pozůstalých, příjem, překlad a propuštění, sociální šetření, přenos informací a požadavků mezi pacienty a sociální pracovníky, ergoterapie, muzikoterapie, kreativní tvoření, aktivizace, spolupráce během bohoslužeb, vyjíždky do zahrady, individuální plánování.*

Za skupinu sester z domovů pro seniory označilo 28 respondentů (56 %), že dochází ke vzájemné spolupráci se sociálními pracovníky během směny. *Sestry z domovů pro seniory také uvedly činnosti, při nichž spolupracují se sociálními pracovníky: příjem klienta, úřední záležitosti klienta, volnočasové, kulturní a sportovní aktivity, rukodělné práce, muzikoterapie, výlety, aktivizace, individuální plánování, schůzky ošetřovatelského týmu.*

Otázka č. 7: Nalézáte překážky při spolupráci se sociálními pracovníky?



Obr. č. 7: Výskyt překážek při spolupráci se sociálními pracovníky

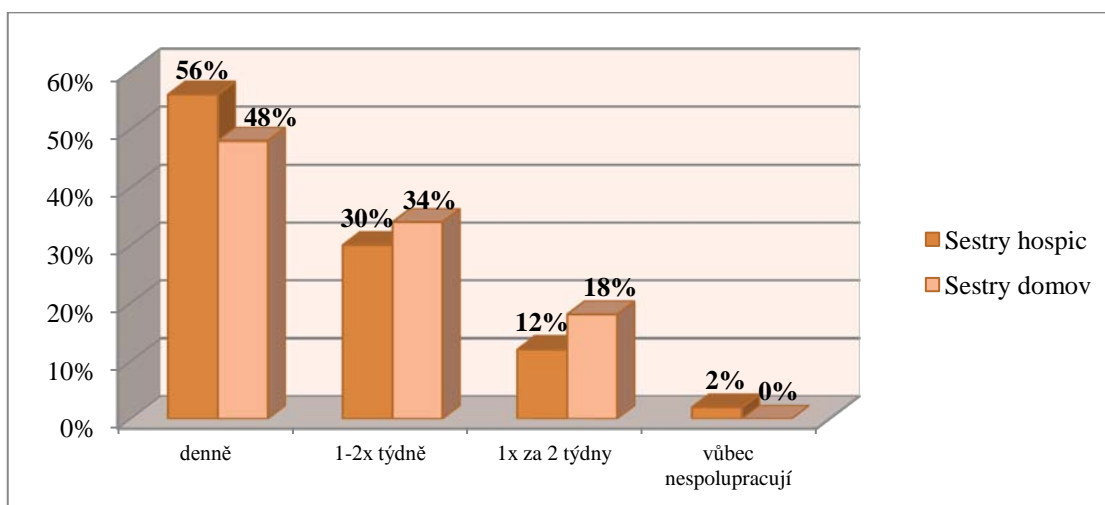
Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry nalézají nějaké překážky během spolupráce se sociálními pracovníky. Celkem 33 respondentů (66 %) ze skupiny hospicových sester a 28 respondentů (56 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory nenalézají překážky při spolupráci se sociálními pracovníky.

Nejčastější výskyt překážek při spolupráci uvedlo 22 respondentů (44 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Sestry uvádějí nejčastější potíže při spolupráci se sociálními pracovníky, které tkví v nedostatku času, špatné organizaci práce, komunikačních bariérách, rozdílných názorech na aktivizaci, nespolupráci a chladném přístupu k lidem.

Také 17 respondentů (34 %) ze skupiny hospicových sester odpovědělo, že nacházejí překážky při spolupráci. Mezi časté problémy při spolupráci sestry uvedly: nesamostatnost, špatná komunikace, nepochopení náplně všeobecné sestry - „holky pro všechno“, rozdílné názory, neochota, neznalost a nepochopení obslužné péče a zdravotních úkonů.

Otázka č. 8: Jak často spolupracujete se sociálními pracovníky?



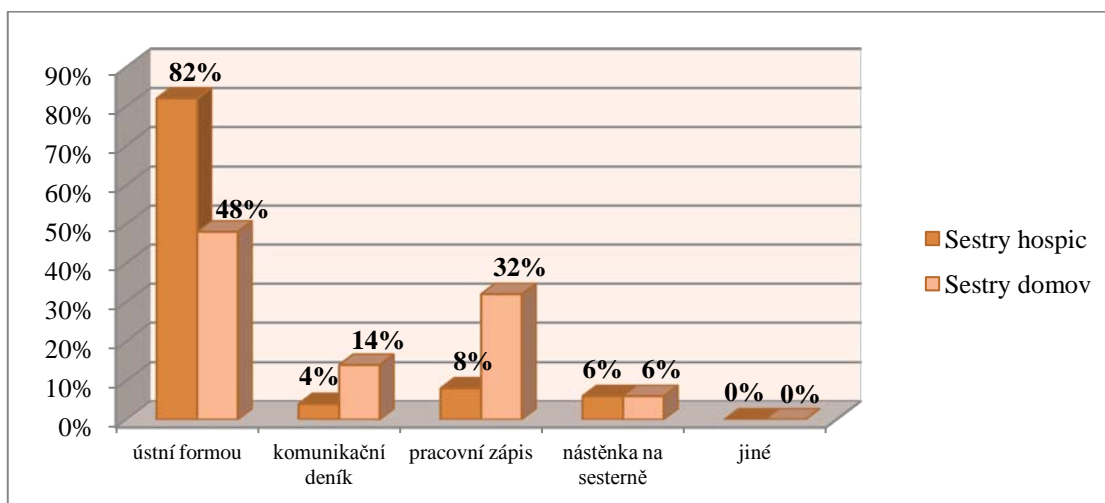
Obr. č. 8: Frekvence spolupráce se sociálními pracovníky

Komentář:

Smyslem této otázky bylo zjistit, jak často sestry spolupracují se sociálními pracovníky. První příčku obsadila kategorie denně, kterou určilo 28 respondentů (56 %) ze skupiny hospicových sester a také 24 respondentů (48 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Druhé místo v pořadí obsadila kategorie 1 – 2x týdně, kterou zvolilo 17 respondentů (34 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 15 respondentů (30 %) ze skupiny hospicových sester.

Kategorii 1x za 2 týdny nejvíce označilo 9 respondentů (18 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 6 respondentů (12 %) ze skupiny hospicových sester. Poslední kategorii vůbec nespolupracují, zvolil pouze 1 respondent (2 %) ze skupiny hospicových sester.

Otázka č. 9: Jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku?



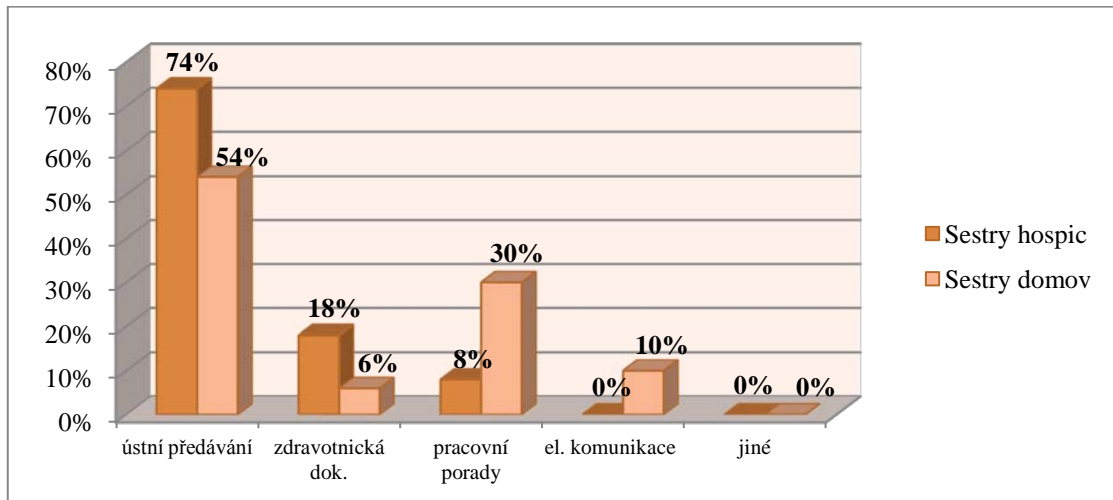
Obr. č. 9: Nejčastější způsob přenosu informací

Komentář:

Tato otázka měla za úkol zjistit, jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku. **Viditelně první místo obsadila kategorie ústní forma, kterou zvolilo celkem 41 respondentů (82 %) ze skupiny hospicových sester a 24 respondentů (48 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla kategorie pracovní zápis, kterou označilo 16 respondentů (32 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 4 respondenti (8 %) ze skupiny hospicových sester.**

Kategorii komunikační deník určilo celkem 7 respondentů (14 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 2 respondenti (4 %) ze skupiny hospicových sester. Kategorii nástěnku na sesterně zvolil stejný počet respondentů, a to 3 respondenti (6 %) ze skupiny hospicových sester a 3 respondenti (6 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Kategorii jiné si nevybral ani jeden respondent (0 %).

Otázka č. 10: Jaký je nejméně častý způsob informačních toků mezi zdravotním a sociálním úsekem?



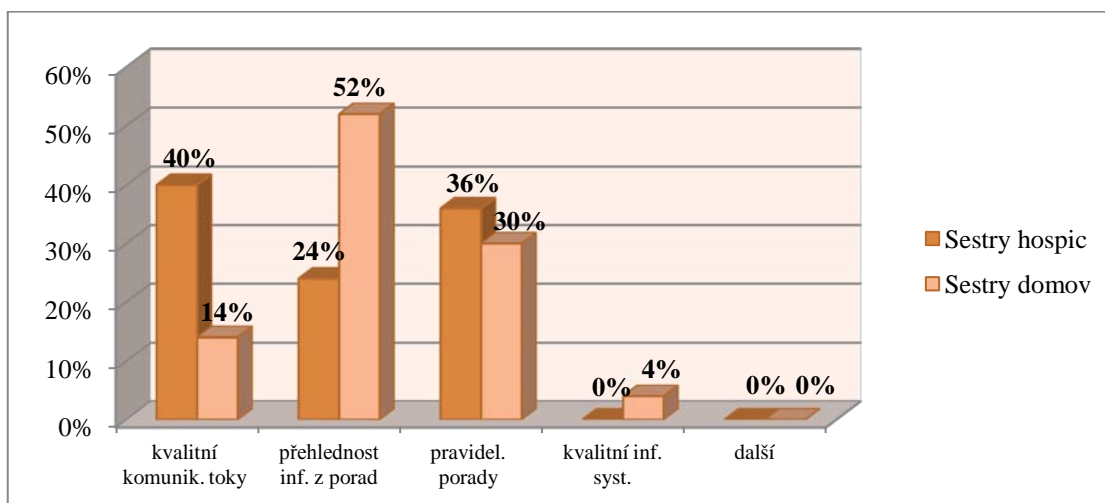
Obr. č. 10: Nejméně častý způsob informačních toků

Komentář:

Otázka zjišťovala, jaký je nejméně častý způsob informačních toků mezi zdravotním a sociálním úsekem. **Nejméně časté zastoupení měla odpověď ústní předávání, kterou si vybralo 37 respondentů (74 %) ze skupiny hospicových sester a 27 respondentů (54 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Následně nejvíce byla volena odpověď pracovní porady, a to 15 respondenty (30 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 4 respondenty (8 %) ze skupiny hospicových sester.**

Odpověď zdravotnickou dokumentací označilo 9 respondentů (18 %) ze skupiny hospicových sester a 3 respondenti (6 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Odpověď elektronická komunikace byla určena pouze 5 respondenty (10 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Odpověď jiné nebyla zvolena žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 11: Co napomáhá vzájemné komunikaci mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky?



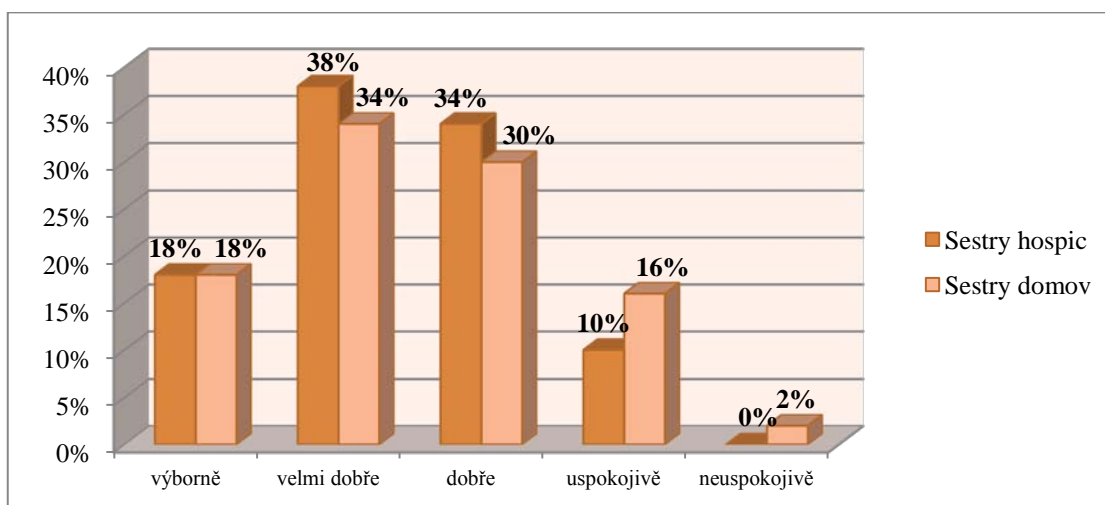
Obr. č. 11: Způsoby pomoci při vzájemné komunikace

Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaký způsob napomáhá vzájemné komunikaci mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky. **Nejpočetnější odpovědí byla kategorie přehlednost informací z porad, která byla označena 26 respondenty (52 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory a 12 respondenty (24 %) ze skupiny hospicových sester. Kategorie kvalitně propracované komunikační toky byla nejčastěji zvolena 20 respondenty (40 %) ze skupiny hospicových sester a 7 respondenty (14 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.**

Kategorie pravidelné porady sociální pracovníků a všeobecných sester byla nejvíce zastoupena u 18 respondentů (36 %) ze skupiny hospicových sester a 15 respondenty (30 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Nejméně určenou odpovědí byla kategorie kvalitně propracovaný informační systém, a to pouze 2 respondenty (4 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Žádný respondent (0 %) neoznačil kategorii další.

Otázka č. 12: Jak hodnotíte vzájemnou komunikaci se sociálními pracovníky?



Obr. č. 12: Hodnocení sester vzájemné komunikace se sociálními pracovníky

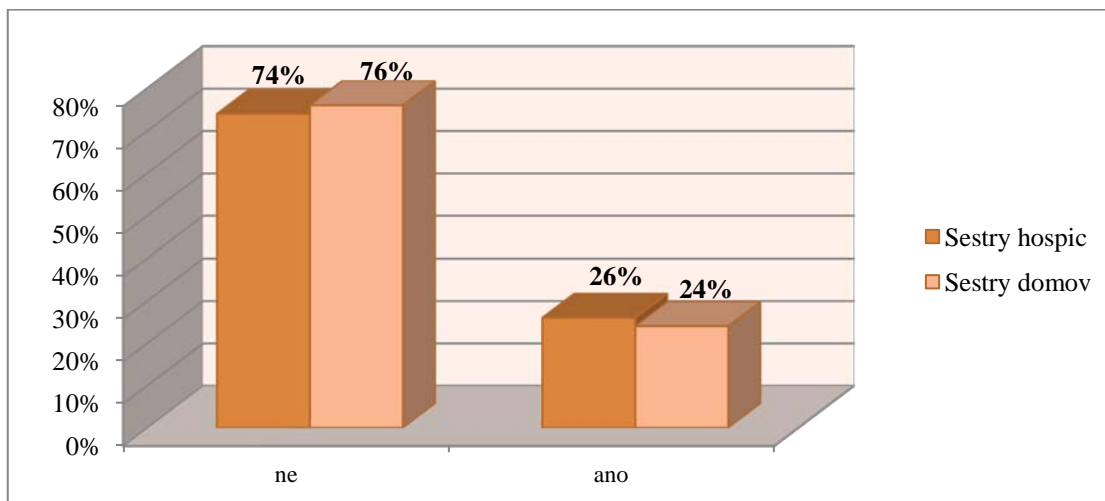
Komentář:

Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak sestry hodnotí vzájemnou komunikaci se sociálními pracovníky.

Nejfrekventovaněji volenou variantou byla kategorie velmi dobře, kterou určilo 19 respondentů (38 %) ze skupiny hospicových sester a 17 respondentů (34 %) ze skupiny druhé. Další nejčastěji zastoupenou odpovědí byla kategorie dobře, která byla vybrána 17 respondenty (34 %) ze skupiny hospicových sester a 15 respondenty (30 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory.

Varianta výborně byla zastoupená stejným počtem respondentů v obou skupinách, a to 9 respondenty (18 %) ze skupiny hospicových sester a 9 respondenty (18 %) ze skupiny sester z domovů pro seniory. Na předposledním místě se umístila kategorie uspokojivě, kterou označilo 8 respondentů (16 %) ze skupiny sester z domovů a 5 respondentů (10 %) ze skupiny hospicových sester. Odpověď neuspokojivě byla zvolena pouze jedním respondentem (2 %) ze skupiny sester z domovů.

Otázka č. 13: Zažil(a) jste negativní zkušenost nebo konflikt při spolupráci se sociálními pracovníky během Vaší praxe?



Obr. č. 13: Negativní zkušenost nebo konflikt během praxe

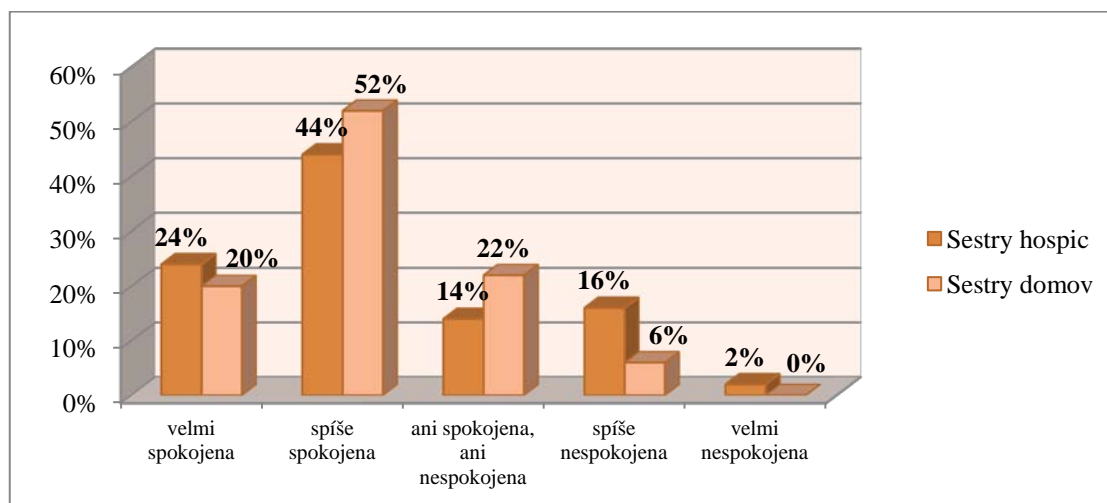
Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry zažily nějakou negativní zkušenost během spolupráce se sociálními pracovníky. **Nejvíce označovanou odpovědí byla varianta ne, která měla zastoupení u 38 respondentů (76 %) ze skupiny sester z domovů a 37 respondentů (74 %) ze skupiny hospicových sester.**

Varianta ano byla zvolena 13 respondenty (26 %) ze skupiny hospicových sester. *Některé sestry uvedly příklady negativních zkušeností se sociálními pracovníky: sociální pracovník předával zdravotní stav klienta rodinám, finance od klientů má na starost sociální pracovník a pokladní, ale nechává to na ošetrovatelském personálu, klient chtěl jinou postel, bylo mu vyhověno za cenu stěhování dalších dvou klientů v terminálním stavu, nejasné kompetence, chybné informace.*

Celkem 12 respondentů (24 %) ze skupiny sester z domovů vybralo variantu ano. *Sestry uvedly pár příkladů negativních zážitků se sociálními pracovníky: neznalost a nepochopení obslužné péče a zdravotních úkonů, u mladších ročníků neochota, vzpurnost, překračování kompetencí sociálního pracovníka, nepamatují si a neudrží informace poskytované sestrou, neschopnost udržet pracovní informace déle než jednu směnu.*

Otázka č. 14: Jak jste spokojen(a) se schopností řešit společné problémy se sociálními pracovníky?



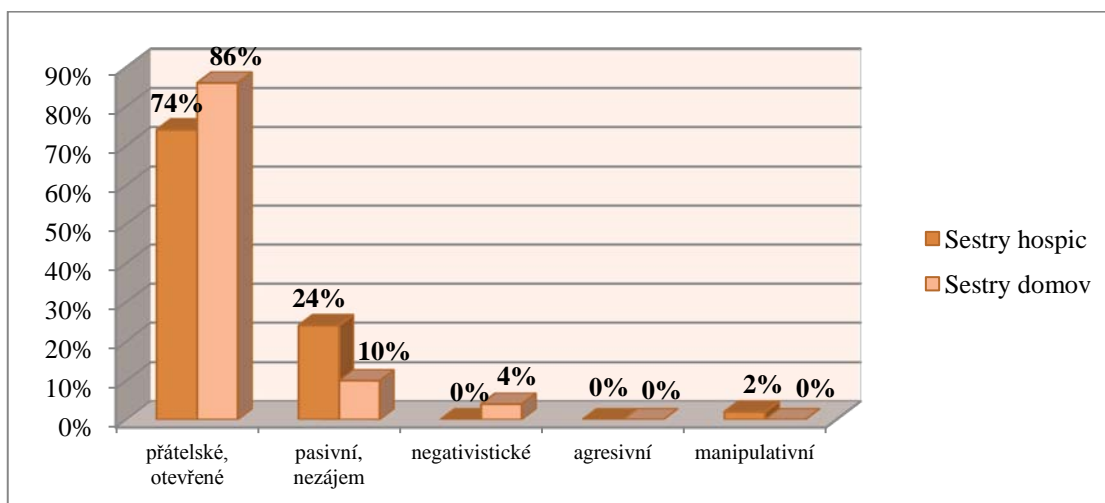
Obr. č. 14: Spokojenost s řešením problémů se sociálními pracovníky

Komentář:

Tato otázka se zabývá tím, jak jsou sestry spokojené se schopností řešit vzájemné potíže se sociálními pracovníky. **Nejčastěji byla zastoupena kategorie spíše spokojena, která byla zvolena 26 respondenty (52 %) ze skupiny sester z domovů a 22 respondenty (44 %) ze skupiny hospicových sester. Druhou nejvíce volenou odpovědí byla kategorie velmi spokojena, kterou určilo celkem 12 respondentů (24 %) ze skupiny hospicových sester a 10 respondentů (20 %) ze skupiny sester z domovů.**

V pořadí třetí označovanou odpovědí se umístila kategorie ani spokojena, ani nespokojena, kterou si vybralo 11 respondentů (22 %) ze skupiny sester z domovů a 7 respondentů (14 %) ze skupiny druhé. Možnost spíše nespokojena byla označena 8 respondenty (16 %) ze skupiny hospicových sester a 3 respondenty (6 %) ze skupiny sester z domovů. Kategorie velmi nespokojena byla zvolena pouze jedním respondentem (2 %) ze skupiny hospicových sester.

Otázka č. 15: Jak byste charakterizoval(a) chování sociálních pracovníků na Vašem oddělení?



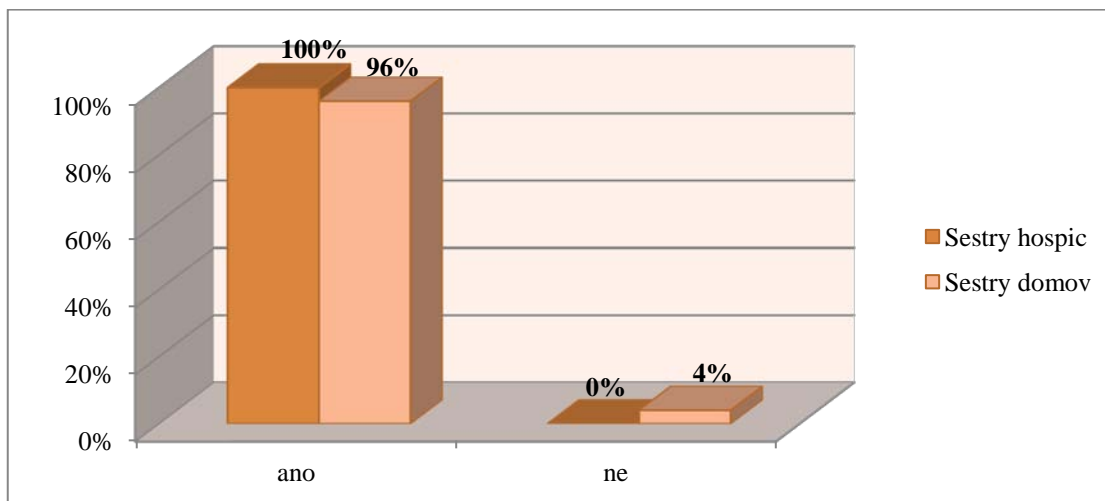
Obr. č. 15: Charakteristika chování sociálních pracovníků

Komentář:

Úkolem této otázky bylo zjistit, jak sestry charakterizují chování sociálních pracovníků. **Suverénně nejčastější zastoupení měla varianta přátelské, otevřené chování, která byla zvolena 43 respondenty (86 %) ze skupiny sester z domova a 37 respondenty (74 %) ze skupiny druhé.**

Poté byla nejvíce označovanou odpovědí varianta pasivní, nezájem, kterou si vybralo 12 respondentů (24 %) ze skupiny hospicových sester a 5 respondentů (10 %) ze skupiny sester z domovů. Kategorie negativistické chování byla uvedena pouze 2 respondenty (4 %) ze skupiny sester z domovů a kategorii manipulativní chování označil jen 1 respondent (2 %) ze skupiny hospicových sester. Žádný respondent (0 %) nezvolil položku agresivní chování.

Otázka č. 16: Znají a dodržují podle Vás sociální pracovníci Etický kodex sociálních pracovníků?



Obr. č. 16: Dodržování etického kodexu sociálních pracovníků

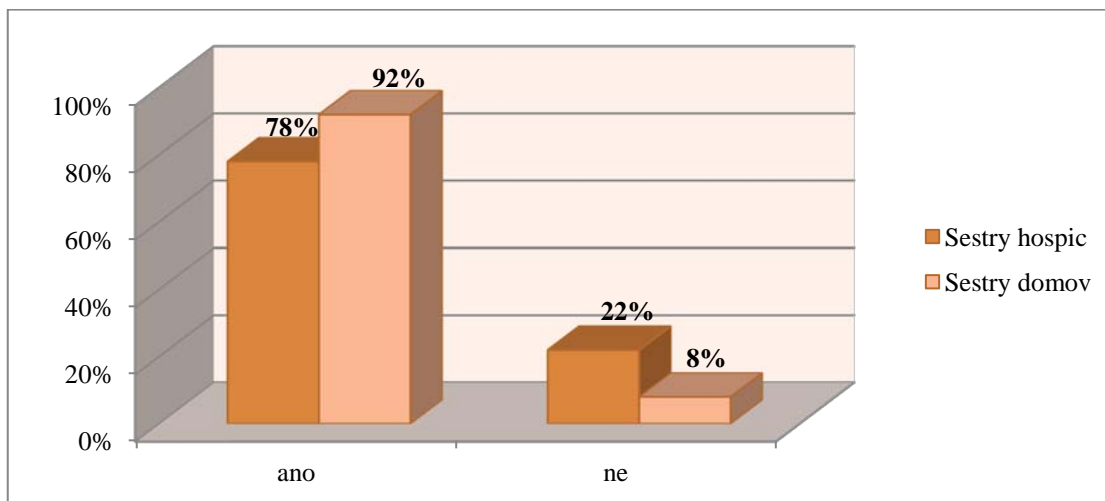
Komentář:

Smyslem této otázky bylo zjistit, zda podle sester dodržují sociální pracovníci etický kodex. **Na grafu vidíme, že nejvíce určenou odpovědí byla varianta ano, která byla označena 50 (100 %) respondenty ze skupiny hospicových sester. Sestry uvedly pár příkladů, jakým způsobem podle nich sociální pracovníci etický kodex dodržují: taktní chování k pozůstalým, slušné chování, intimita, klepání na dveře, oslovování a zdravení.**

Celkem 48 respondentů (96 %) ze skupiny sester z domovů zvolilo možnost ano. Sestry také napsaly několik příkladů, jak sociální pracovníci dodržují etický kodex: respektování důstojnosti a práv klientů, dodržování soukromí a mlčenlivosti, přístup bez předsudků, oslovování.

Podle sester z domovů pro seniory nedodržují sociální pracovníci etický kodex ve dvou případech (4 %).

Otázka č. 17: Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví svým zaměstnancům?



Obr. č. 17: Poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví

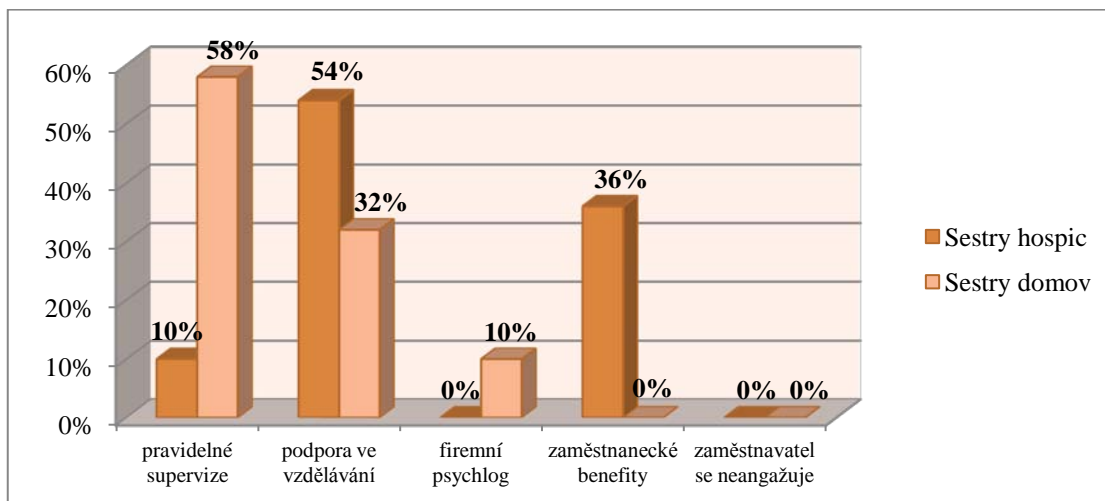
Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak sestry hodnotí svého zaměstnavatele z pohledu poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví. **Nejčtenější zastoupení měla varianta ano, kterou označilo 46 respondentů (92 %) ze skupiny sester z domovů a 39 respondentů (78 %) ze skupiny hospicových sester.**

Variantu ne zvolilo 11 respondentů (22 %) ze skupiny hospicových sester a 4 respondenti (8 %) ze skupiny druhé.

Sestry uvedly příklady námětů pro zlepšení poskytování psychosociální podpory ze strany zaměstnavatele: více seminářů z oblasti psychologie, zpětná vazba, efektivnější komunikace, firemní psycholog, větší příspěvky na rekreaci a kulturu, permanentky, vitamíny.

Otázka č. 18: Jakým způsobem podporuje Vás zaměstnavatel duševní zdraví svých zaměstnanců?



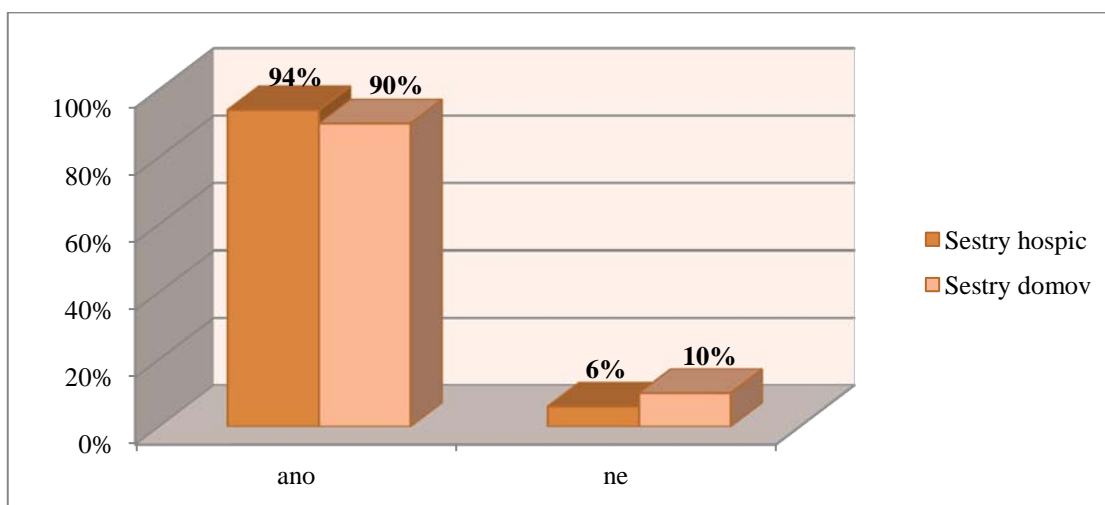
Obr. č. 18: Způsob podpory duševního zdraví ze strany zaměstnavatele

Komentář:

Otázka zjišťovala, jakým způsobem podporuje zaměstnavatel duševní zdraví sester. Mezi nejpočetněji zastoupené odpovědi patřila kategorie pravidelné supervize a podpora ve vzdělávání. **Kategorie pravidelné supervize byla označena 29 respondenty (58 %) ze skupiny sester z domovů a 5 respondenty (10 %) ze skupiny hospicových sester. Další častou variantu podpora ve vzdělávání vybralo 27 respondentů (54 %) ze skupiny hospicových sester a 16 respondentů (32 %) ze skupiny druhé.**

Celkem 18 respondentů (36 %) ze skupiny hospicových sester zvolilo variantu zaměstnanecké benefity a pouze 5 respondentů (10 %) ze skupiny sester z domovů označilo variantu firemní psycholog. Poslední možnost zaměstnavatel se neangažuje, neoznačil žádný respondent (0 %).

Otázka č. 19: Jste spokojen(a) se vztahy na pracovišti?



Obr. č. 19: Spokojenost sester se vztahy na pracovišti

Komentář:

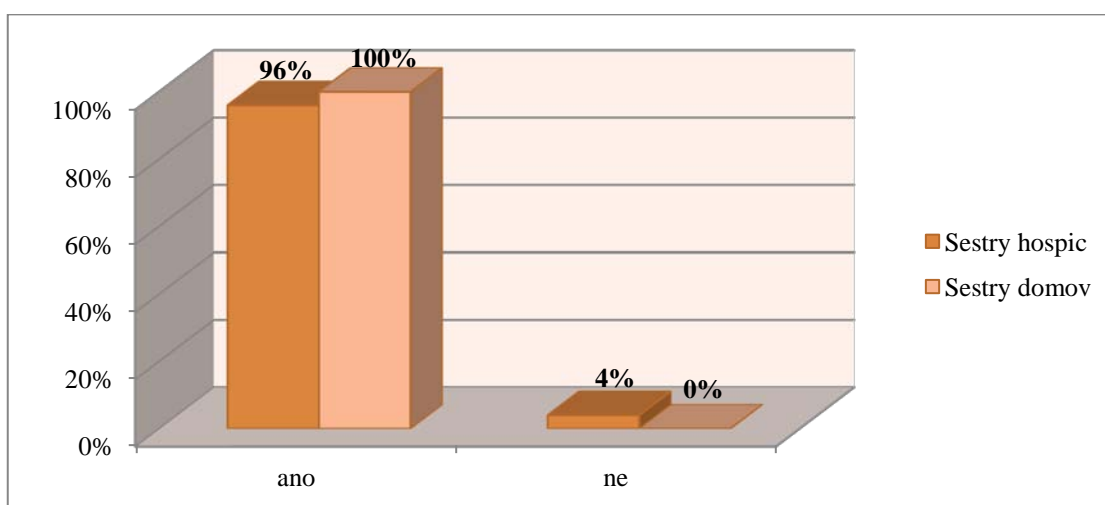
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak jsou sestry spokojené se vztahy na pracovišti. Z grafu můžeme vidět, že kategorii ano označila většina respondentů v obou skupinách.

Kategorie ano byla zvolena 47 respondenty (94 %) ze skupiny hospicových sester. *Sestry uvedly důvody, proč jsou spokojené se vztahy na pracovišti: přátelský kolektiv, problémy se aktivně řeší, dobrá komunikace s kolegy, vzájemné zastoupení, tolerantní nadřízení a lékaři, lidé, které jejich práce baví, vstřícnost, profesionalita, kamarádství, důvěra.*

Celkem 45 respondentů (90 %) ze skupiny sester z domovů vybralo variantu ano. *Sestry také napsaly důvody, proč jsou spokojené se vztahy na pracovišti: dobrý kolektiv, otevřenost, jsme schopni komunikovat a dané problémy řešit, společně se snažíme o kvalitní péči, dobré vztahy v útvaru obslužné a ošetrovatelské péče.*

Odpověď ne byla označena jen 3 respondenty (6 %) ze skupiny hospicových sester a 5 respondenty (10 %) ze skupiny sester z domovů. *Pouze sestry z domovů pro seniory se vyjádřily, že jim vadí velký kolektiv, velká fluktuace kolegů a nesouhlasné stanovisko k určitému pracovnímu problému někdy vyústí v ostrý kontakt.*

Otázka č. 20: Cítíte se být součástí týmu na oddělení?



Obr. č. 20: Součást týmu na oddělení

Komentář:

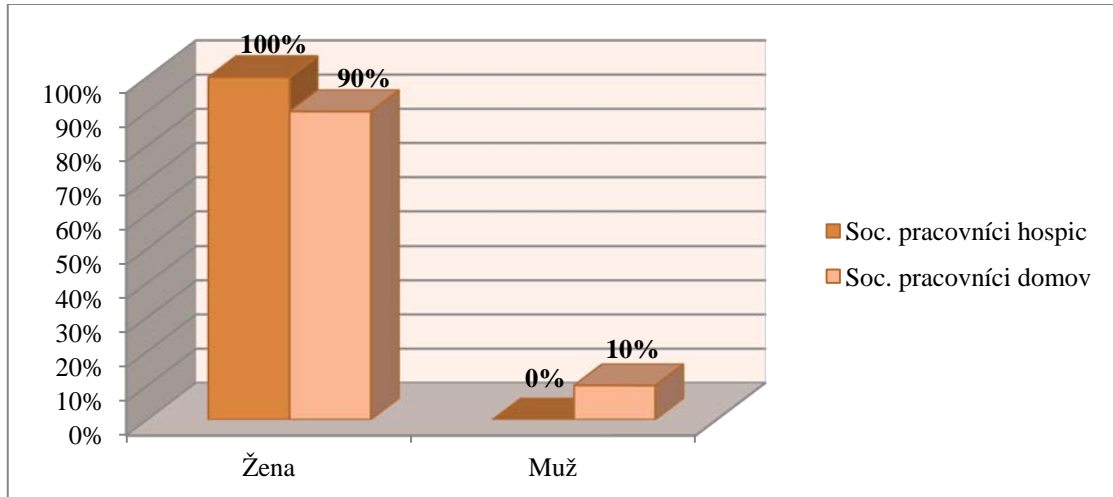
Otázka se zabývá tím, zda se sestry cítí být součástí týmu na oddělení. Kategorii ne zvolili pouze 2 respondenti (4 %) ze skupiny hospicových sester.

Celkem 50 respondentů (100 %) ze skupiny sester z domovů uvedlo možnost ano. *Sestry uvedly důvody, proč se cítí být součástí týmu: všichni si velmi dobře rozumí, vzájemná spolupráce a respektování se, nemáme konflikty v kolektivu, jsou brány mé návrhy na zlepšení péče, bez týmové práce nelze zajistit chod oddělení, kooperace.*

Kategorie ano byla také označena 48 respondenty (96 %) ze skupiny hospicových sester. *Sestry vyjádřily fakta, proč se cítí být součástí týmu na oddělení: jsme tým jako celek, kladné vztahy a loajalita, když je kompletní tým, funguje i spolupráce, vzájemná pochvala a podpora, zájem ostatních v době nemoci, jsem tolerována a respektována.*

8.2 Prezentace výsledků – sociální pracovníci

Otázka č. 1: Pohlaví

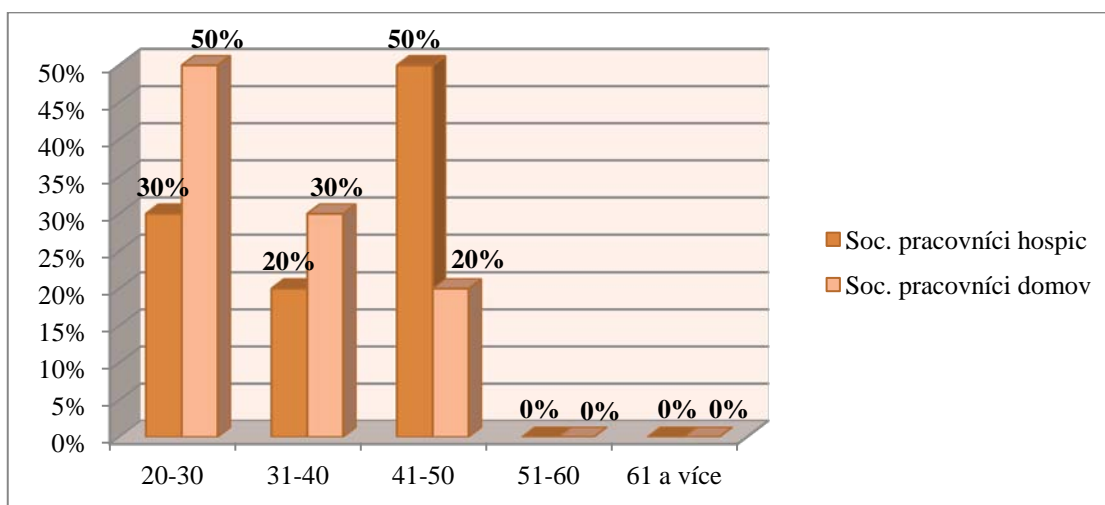


Obr. č. 21: Pohlaví sociálních pracovníků

Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 20 sociálních pracovníků, a to 10 hospicových sociálních pracovníků a 10 sociálních pracovníků z domovů pro seniory. **Hospicové sociální pracovníky tvořily převážně ženy (100 %) a sociální pracovníky z domovů pro seniory tvořilo 9 žen (90 %) a 1 muž (10 %).**

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?



Obr. č. 22: Věkové kategorie respondentů

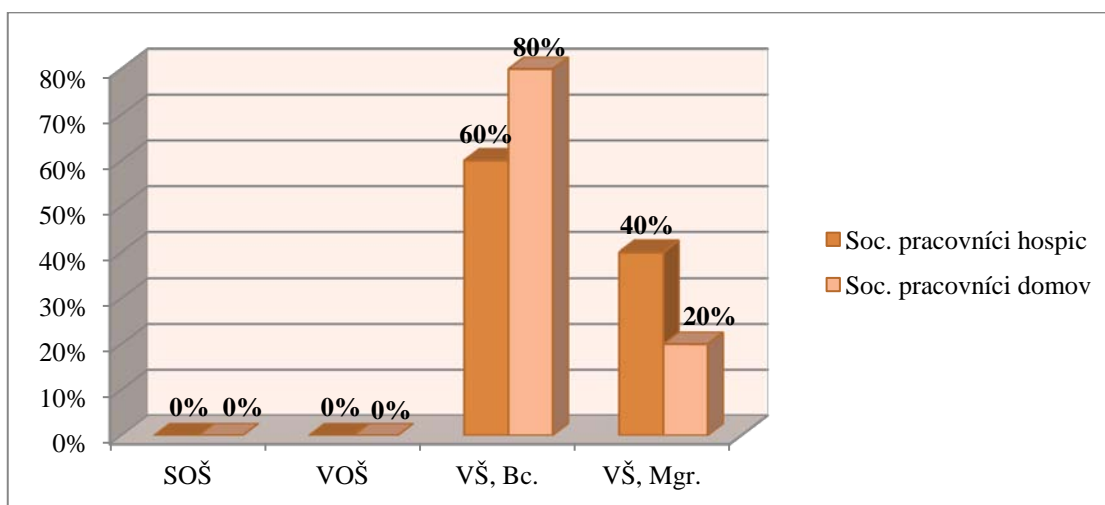
Komentář:

Věková kategorie respondentů se pohybuje od 20 – 50 let.

Nejpočetnější věkovou kategorií od 20 – 30 let označilo 5 respondentů (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 3 respondenti (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Druhá nejvíce volená odpověď byla kategorie od 41 – 50 let, která byla zastoupená 5 respondenty (50 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 2 respondenty (20 %) ze skupiny druhé.

Kategorii ve věku od 31 – 40 let určili 3 respondenti (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 2 respondenti (20 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Poslední dvě věkové kategorie neobsadil žádný z respondentů (0 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obr. č. 23: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

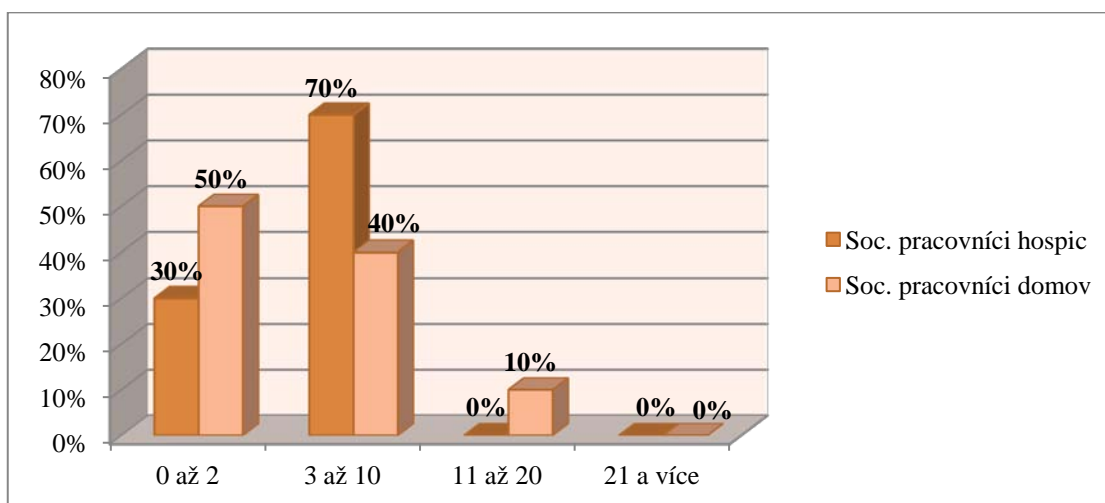
Komentář:

Z výše uvedeného grafu můžeme spatřit, že jednoznačné zastoupení má vysokoškolské bakalářské vzdělávání a poté magisterské vzdělání.

Vzdělání bakalářského typu označilo 8 respondentů (80 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 6 respondentů (60 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků.

Celkem 4 respondenti (40 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 2 respondenti (20 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů zvolili variantu magisterského vzdělání. Odborné vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání neoznačil žádný z respondentů (0 %).

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete v daném zařízení?



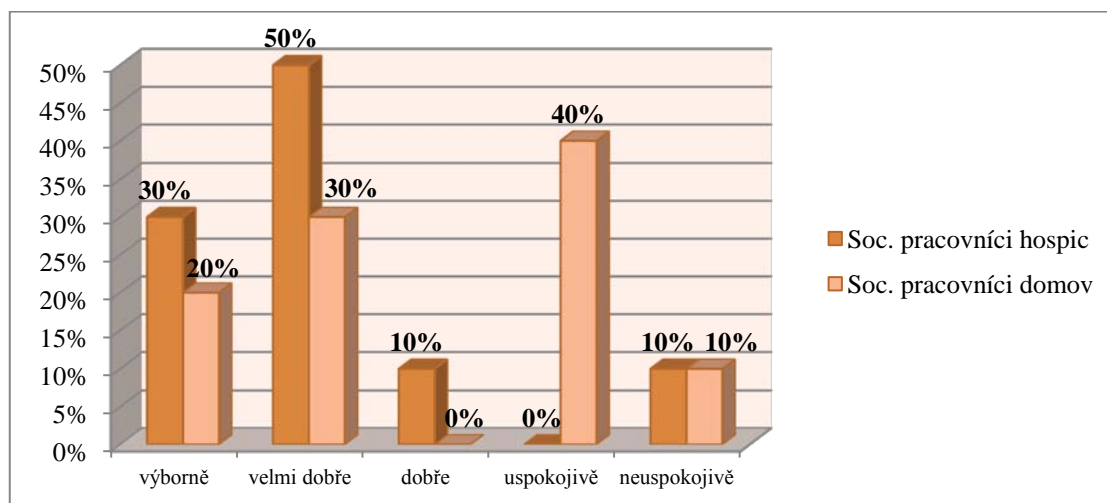
Obr. č. 24: Délka praxe v daném zařízení

Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak dlouho sestry pracují v daném zařízení. Nejčetnější zastoupení měla kategorie od 3 – 10 let, která byla vybrána 7 respondenty (70 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 4 respondenty (40 %) ze skupiny druhé. Poté byla nejvíce volenou odpovědí kategorie od 0 – 2 let, kterou označilo celkem 5 respondentů (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 3 respondenti (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků.

Třetí kategorie byla zvolena pouze jedním respondentem (10 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a kategorie 21 let a více měla nulové zastoupení (0 %).

Otázka č. 5: Jak hodnotíte schopnost všeobecných sester pracovat v interdisciplinárním týmu?



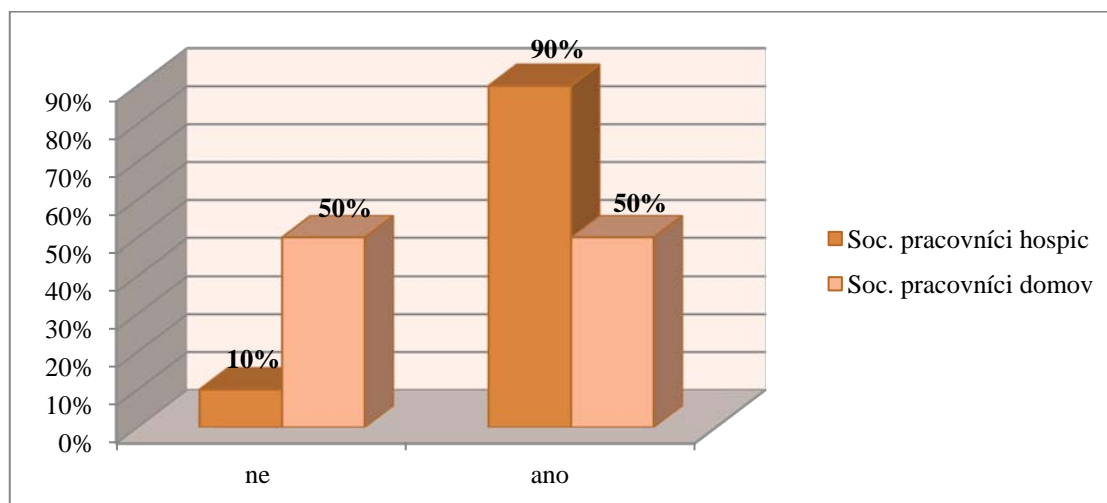
Obr. č. 25: Hodnocení schopnosti všeobecných sester

Komentář:

Hospicovní sociální pracovníci zvolili nejčastější variantu velmi dobře, a to 5 respondentů (50 %). Dále měla početné zastoupení varianta výborně, kterou označili 3 respondenti (30 %). Varianty dobře (10 %) a neuspokojivě (10 %) byly vybrány po jednom respondentovi. Odpověď uspokojivě nebyla udána žádným respondentem (0 %).

Sociální pracovníci z domovů označili nejčastější odpověď uspokojivě, a to celkem čtyřmi respondenty (40 %). Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla varianta velmi dobře, kterou označili 3 respondenti (30 %). Kategorii výborně zvolili 2 respondenti (20 %) a kategorii neuspokojivě pouze 1 respondent (1 %). Varianta dobře měla nulové zastoupení (0 %).

Otázka č. 6: Podílíte se společně se všeobecnými sestrami na přípravě a realizaci péče, služeb, podpory či aktivizačních programů pro klienty?



Obr. č. 26: Spolupráce se všeobecnými sestrami

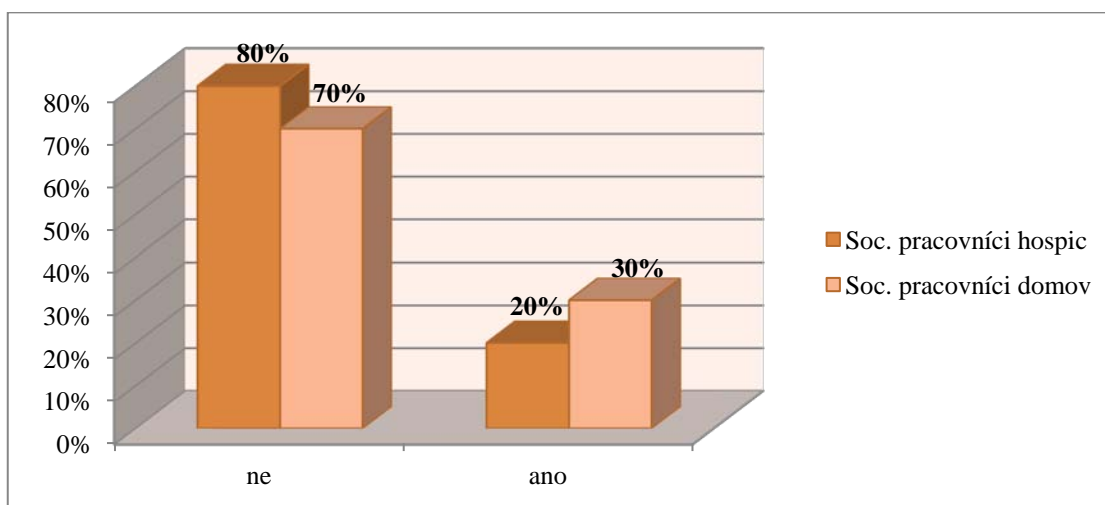
Komentář:

Celkem 9 respondentů (90 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků uvedlo, že se podílí se všeobecnými sestrami na přípravě a realizaci aktivizačních programů. Sociální pracovníci napsali, že se sestrami se společně podílí na zajištění fakultativních služeb, organizaci dobrovolníků, psychosociální podpore a ergoterapii.

Variantu ano označilo také 5 respondentů (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Sociální pracovníci uvedli několik příkladů spolupráce se všeobecnými sestrami: canisterapie, grilování, příprava kulturních akcí, výlety s klienty, koordinace dobrovolníků, individuální plánování a schůze týmu.

Méně zastoupenou variantu ne zvolilo 5 respondentů (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 1 respondent (10 %) ze skupiny druhé.

Otázka č. 7: Nalézáte překážky při spolupráci se všeobecnými sestrami?



Obr. č. 27: Výskyt překážek při spolupráci se všeobecnými sestrami

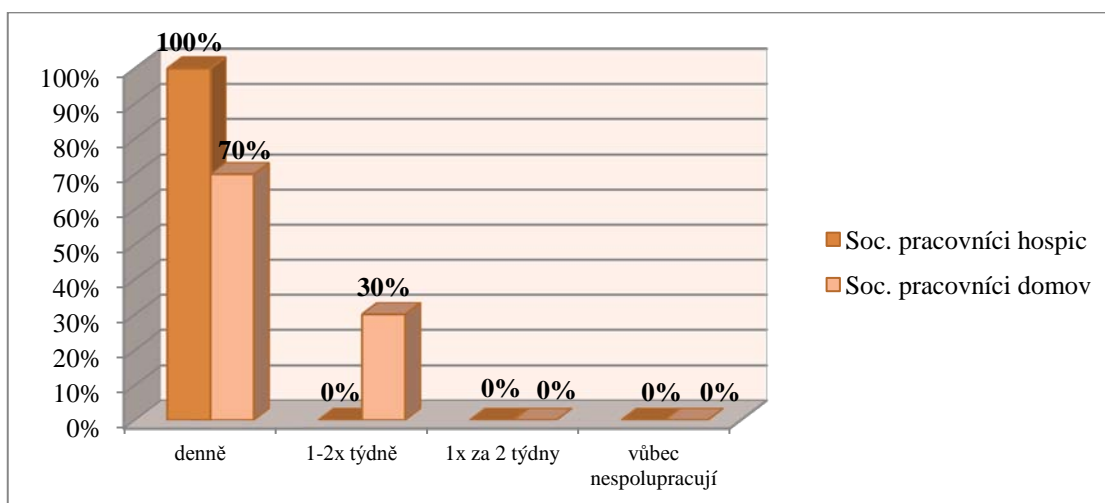
Komentář:

Smyslem této otázky bylo zjistit, zda sociální pracovníci nalézají překážky během spolupráce se všeobecnými sestrami. **Nejčtenější zastoupení měla kategorie ne v obou skupinách, a to u 8 respondentů (80 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 7 respondentů (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.**

Častější výskyt překážek uvedli 3 respondenti (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. *Sociální pracovníci uvádějí nejčastější potíže při spolupráci se všeobecnými sestrami, které se vyskytují v nerespektování potřeb sociálního pracovníka, jiném úhlu pohledu na danou věc, ve špatném porozumění, každá sestra má jiný přístup k práci a k poskytování sociální služby.*

Také 2 respondenti (20 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků odpověděli, že nacházejí překážky při spolupráci. *Mezi časté problémy při spolupráci sociální pracovníci uvedli: nezájem o práci sociálního pracovníka a z toho plynoucí neinformovanost o jednotlivých činnostech, které sociální pracovník vykonává, nemají moc zájem o jinou složku péče než zdravotní.*

Otázka č. 8: Jak často spolupracujete se všeobecnými sestrami?



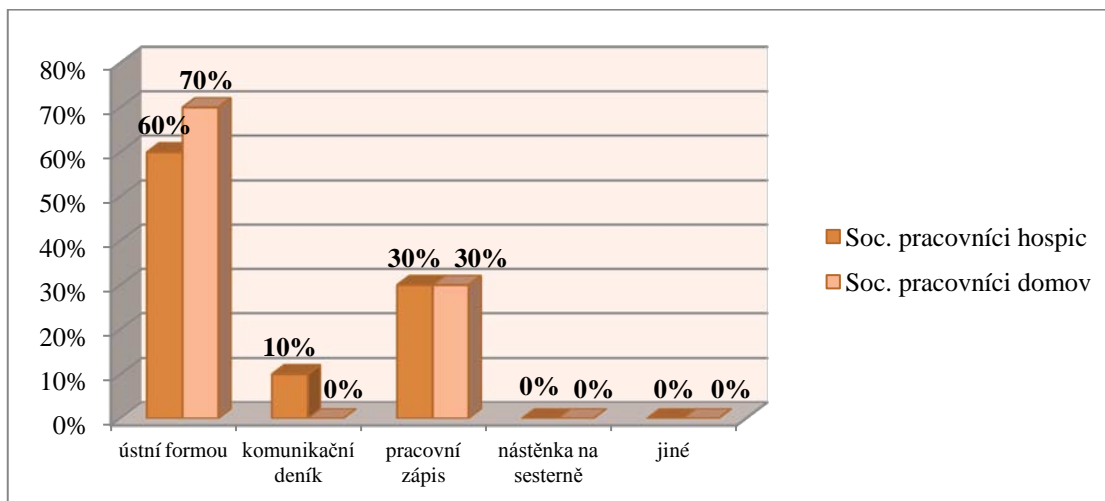
Obr. č. 28: Frekvence spolupráce se všeobecnými sestrami

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jak často sociální pracovníci spolupracují se sestrami. První příčku obsadila kategorie denně, kterou zvolilo všech 10 respondentů (100 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 7 respondentů (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.

Další kategorii 1 – 2x týdně označili pouze 3 respondenti (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Ostatní dvě odpovědi zůstaly neoznačeny (0 %).

Otázka č. 9: Jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku?



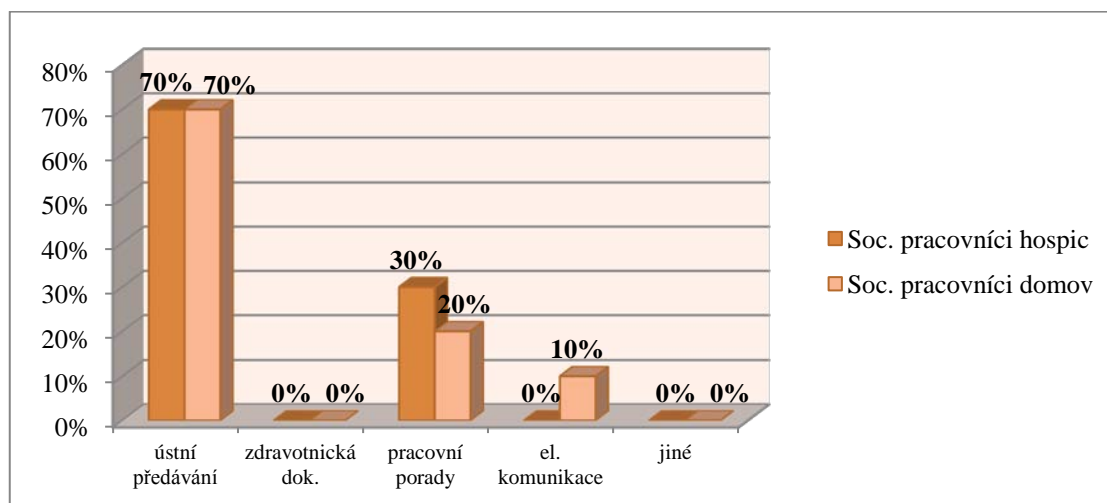
Obr. č. 29: Nejčastější způsob přenosu informací

Komentář:

Tato otázka měla za úkol zjistit, jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku. **Nejpočetnější odpovědí byla varianta ústní forma, která byla označena 7 respondenty (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 6 respondenty (60 %) ze skupiny druhé.**

Druhou nejčastější odpovědí byla varianta pracovní zápis, která byla zvolena stejným počtem respondentů, a to 3 respondenty (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 3 respondenty (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Variantu komunikační deník si vybral pouze 1 respondent (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Varianty nástěnka na sesterně a jiné nebyly obsazené žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 10: Jaký je nejméně zastoupený způsob informačních toků mezi zdravotním a sociálním úsekem?



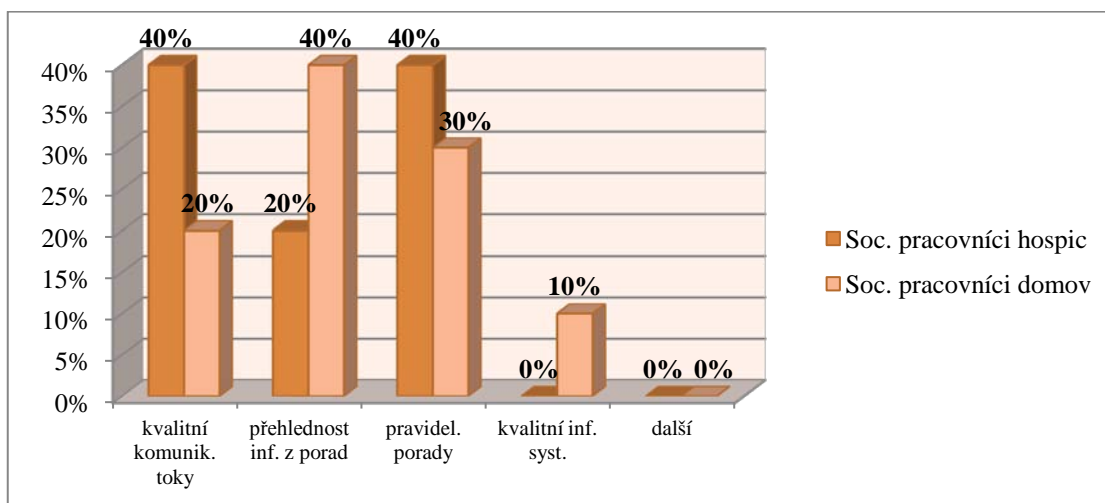
Obr. č. 30: Nejméně zastoupený způsob informačních toků

Komentář:

Otázka zjišťovala, jaký je nejméně zastoupený způsob informačních toků mezi zdravotním a sociálním úsekem. **Nejméně zastoupení měla odpověď ústní předávání, kterou si vybralo stejný počet respondentů, a to 7 respondentů (70 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 7 respondentů (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.**

Kategorie pracovní porady byla zvolena 3 respondenty (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 2 respondenty (20 %) ze skupiny druhé. Nejméně označovanou odpovědí byla kategorie elektronická komunikace, která byla zastoupena jedním respondentem (10 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Zbylé dvě kategorie, zdravotnická dokumentace a jiné, neměly žádné zastoupení (0 %).

Otázka č. 11: Co napomáhá vzájemné komunikaci mezi sociálními pracovníky a všeobecnými sestrami?



Obr. č. 31: Způsoby pomoci při vzájemné komunikaci

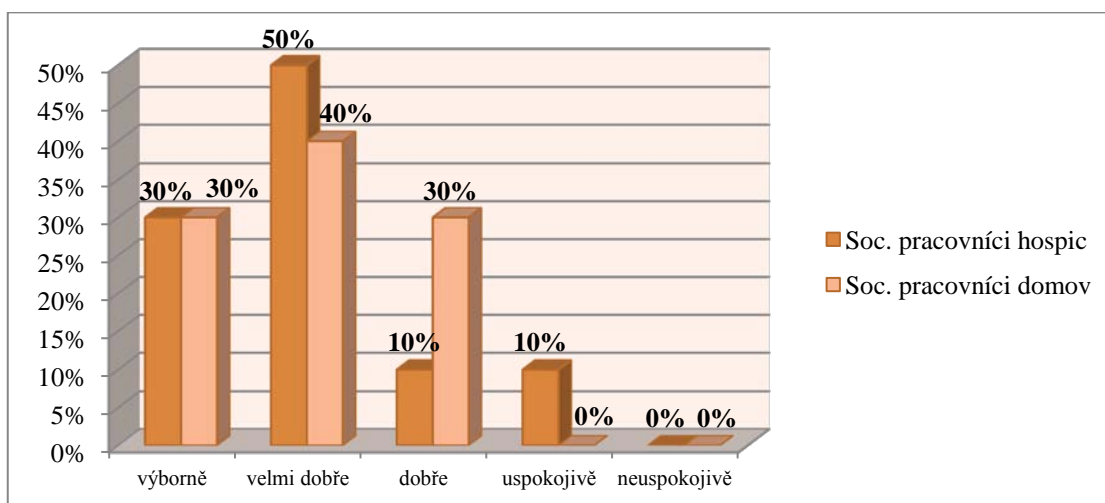
Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaký způsob napomáhá vzájemné komunikaci mezi sociálními pracovníky a všeobecnými sestrami. Tři kategorie měly poměrně stejné zastoupení, co se týče počtu respondentů.

Nejpočetnější zastoupení měla kategorie pravidelné porady sociálních pracovníků a všeobecných sester, kterou si vybrali 4 respondenti (40 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 3 respondenti (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.

Kategorie kvalitně propracované komunikační toky byla zastoupena 4 respondenty (40 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 2 respondenty (20 %) ze skupiny druhé. Kategorie přehlednost informací z porad byla zastoupena stejným počtem respondentů jako předchozí kategorie, a to 4 respondenty (40 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 2 respondenty (20 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Nejméně respondentů označilo kategorii kvalitně propracovaný informační systém, a to pouze 1 respondent (10 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Kategorie další nebyla označena žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 12: Jak hodnotíte vzájemnou komunikaci se všeobecnými sestrami?



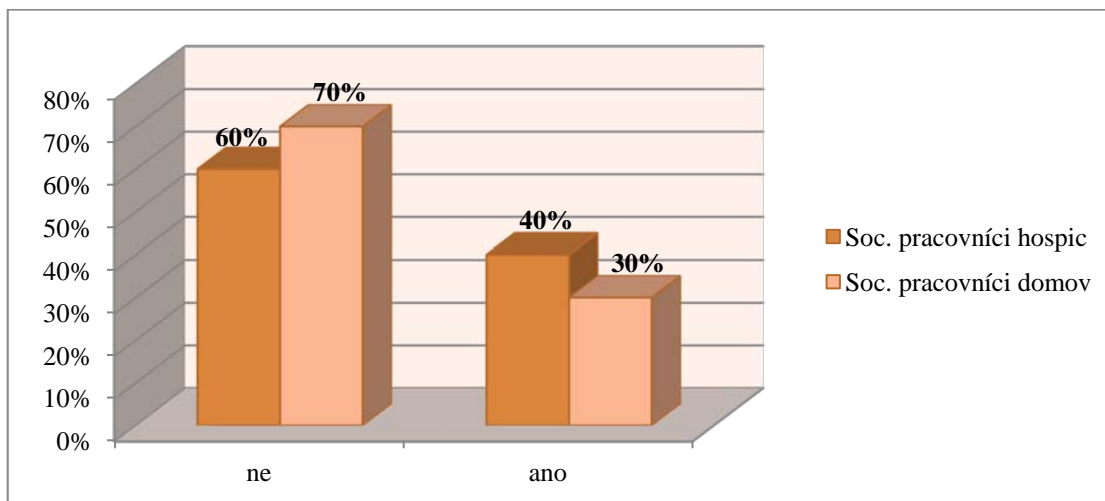
Obr. č. 32: Hodnocení vzájemné komunikace se všeobecnými sestrami

Komentář:

Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak sociální pracovníci hodnotí vzájemnou komunikaci se všeobecnými sestrami. **Nejfrekventovaněji volenou variantou byla kategorie velmi dobře, kterou určilo 5 respondentů (50 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 4 respondenti (40 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.**

Další nejčastěji zastoupenou odpovědí byla kategorie výborně, která byla vybrána třemi respondenty (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a stejným počtem respondentů (30 %) ze skupiny druhé. Kategorie dobře byla označena 3 respondenty (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 1 respondentem (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Kategorii uspokojivě si vybral pouze 1 respondent (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Kategorie neuspokojivě měla nulové zastoupení (0 %).

Otázka č. 13: Zažil(a) jste negativní zkušenost nebo konflikt při spolupráci se všeobecnými sestrami během Vaší praxe?



Obr. č. 33: Negativní zkušenost nebo konflikt během praxe

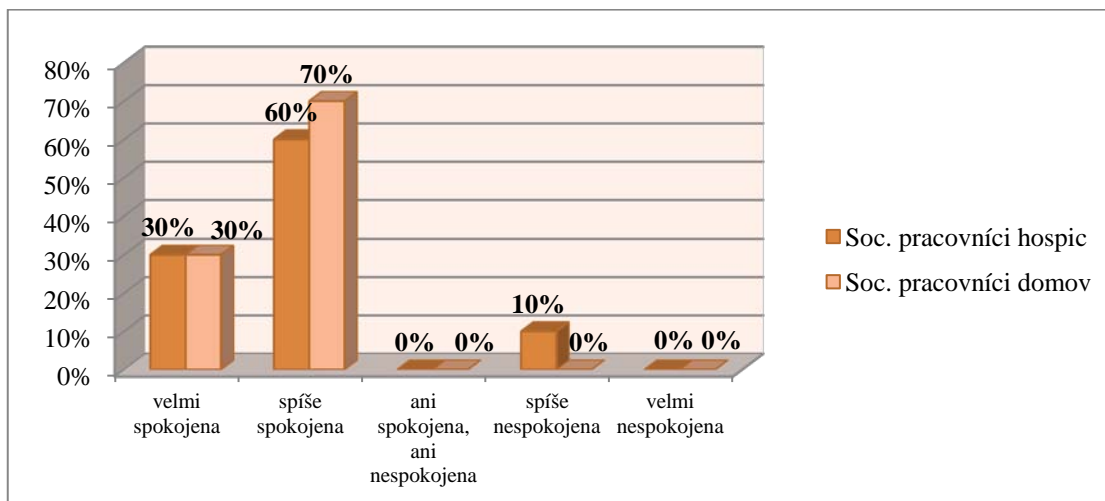
Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sociální pracovníci zažili nějakou negativní zkušenost během spolupráce se všeobecnými sestrami. **Nejvíce označovanou odpovědí byla varianta ne, která měla zastoupení u 7 respondentů (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a u 6 respondentů (60 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků.**

Varianta ano byla zvolena 4 respondenty (40 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. *Hospicoví sociální pracovníci nechtěli uvádět příklady negativních zkušeností ze své praxe.*

Celkem 3 respondenti (30 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů vybrali variantu ano. *Sociální pracovníci uvedli pouze dvě negativní zkušenosti: sestry měly jiný názor na poskytování sociální služby, opakovaná neznalost postupu při úmrtí.*

Otázka č. 14: Jak jste spokojen(a) se schopností řešit společné problémy se všeobecnými sestrami?



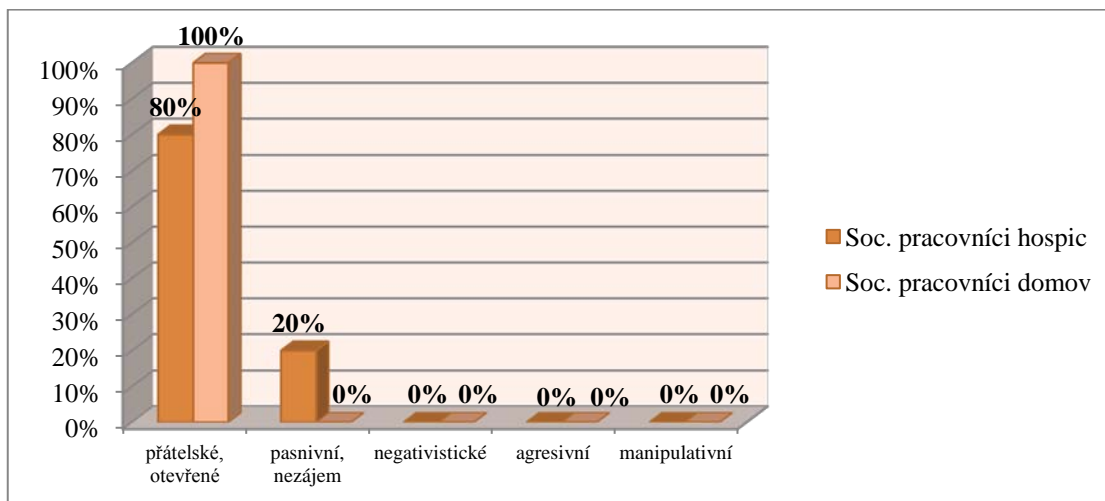
Obr. č. 34: Spokojenost s řešením problémů se sestrami

Komentář:

Tato otázka se zabývá tím, jak jsou sociální pracovníci spokojeni se schopností řešit vzájemné potíže se všeobecnými sestrami. **Nejčastěji byla zastoupena kategorie spíše spokojena, kterou zvolilo 7 respondentů (70 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 6 respondentů (60 %) ze skupiny hospicových sester.**

Druhou nejvíce volenou odpovědí byla kategorie velmi spokojena, kterou určili 3 respondenti (30 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a stejný počet respondentů (30 %) ze skupiny druhé. V pořadí třetí označovanou odpovědí se umístila kategorie spíše nespokojena, kterou si vybral 1 respondent (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Kategorie ani spokojena, ani nespokojena a velmi nespokojena nebyly označeny žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 15: Jak byste charakterizoval(a) chování všeobecných sester na Vašem oddělení?



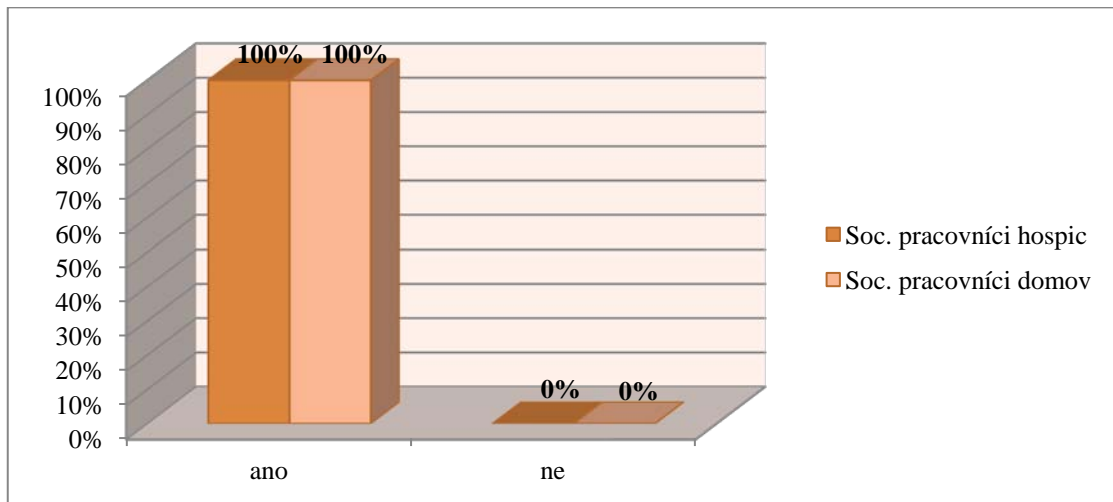
Obr. č. 35: Charakteristika chování všeobecných sester

Komentář:

Úkolem této otázky bylo zjistit, jak sociální pracovníci charakterizují chování všeobecných sester. **Suverénně nejčastější zastoupení měla varianta přátelské, otevřené chování, která byla zvolena 10 respondenty (100 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů a 8 respondenty (80 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků.**

Variantu pasivní, nezáměr si vybrali pouze 2 respondenti (20 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Ostatní varianty neměly žádné zastoupení u obou skupin (0 %).

Otázka č. 16: Znají a dodržují podle Vás všeobecné sestry Etický kodex sester?

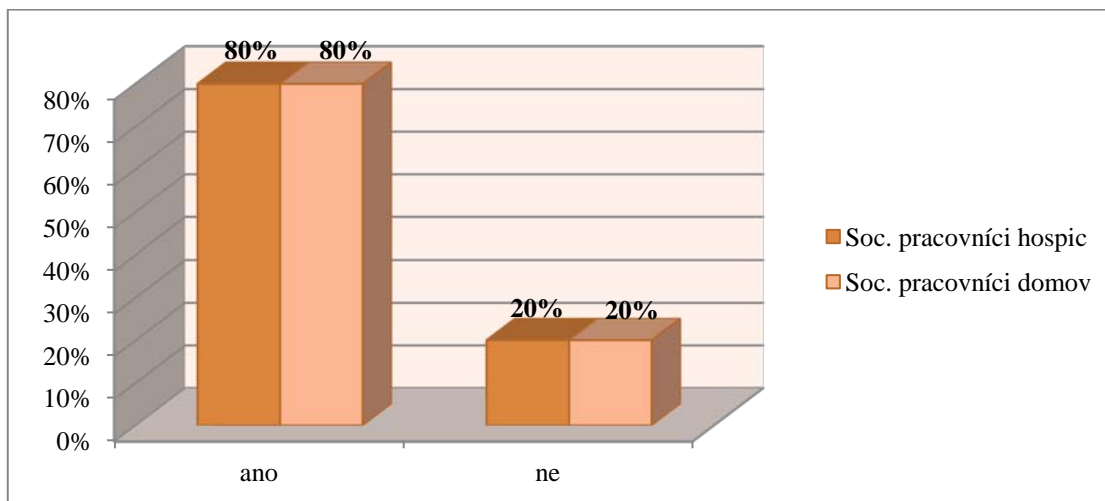


Obr. č. 36: Dodržování etického kodexu sester

Komentář:

Smyslem této otázky bylo zjistit, zda podle sociálních pracovníků dodržují sestry etický kodex. Na grafu vidíme, že nejvíce určovanou odpovědí byla varianta ano, která byla označena 10 respondenty (100 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 10 respondenty (100 %) ze skupiny druhé. Varianta ne nebyla vybrána žádným respondentem v obou skupinách (0 %).

Otázka č. 17: Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví svým zaměstnancům?



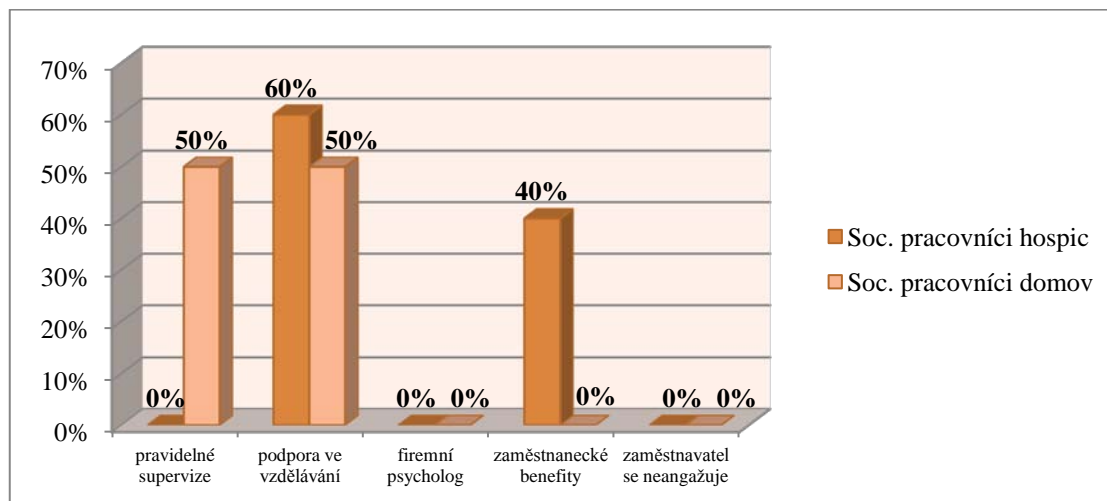
Obr. č. 37: Poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví

Komentář:

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí svého zaměstnavatele z pohledu poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví. **Nejčtenější zastoupení měla varianta ano, kterou označilo stejný počet respondentů v obou skupinách, a to 8 respondentů (80 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 8 respondentů (80 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.** Variantu ne zvolili 2 respondenti (20 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 2 respondenti (20 %) ze skupiny druhé.

Sociální pracovníci uvedli příklady námětů pro zlepšení poskytování psychosociální podpory ze strany zaměstnavatele: chybí porady všech zaměstnanců a předávání informací o strategických činnostech organizace, supervize, méně liberální přístup, který v průměru škodí.

Otázka č. 18: Jakým způsobem podporuje Váš zaměstnavatel duševní zdraví svých zaměstnanců?



Obr. č. 38: Způsoby podpory duševního zdraví ze strany zaměstnavatele

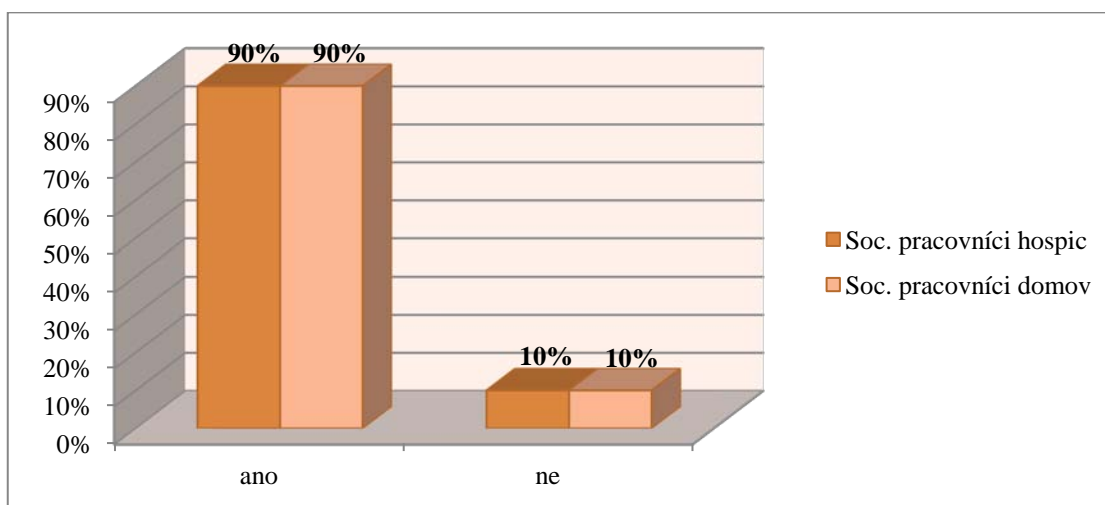
Komentář:

Otázka zjišťovala, jakým způsobem podporuje zaměstnavatel duševní zdraví sociálních pracovníků. Mezi nejpočetněji zastoupené odpovědi patřila kategorie podpora ve vzdělávání a pravidelné supervize.

Kategorie podpora ve vzdělávání byla označena 6 respondenty (60 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 5 respondenty (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů. Další častou variantu pravidelné supervize vybralo 5 respondentů (50 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů.

Celkem 4 respondenti (40 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků zvolili variantu zaměstnanecké benefity. Varianty firemní psycholog a zaměstnavatel se neangažuje, nebyly označeny žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 19: Jste spokojen(a) se vztahy na pracovišti?



Obr. č. 39: Spokojenost sociálních pracovníků se vztahy na pracovišti

Komentář:

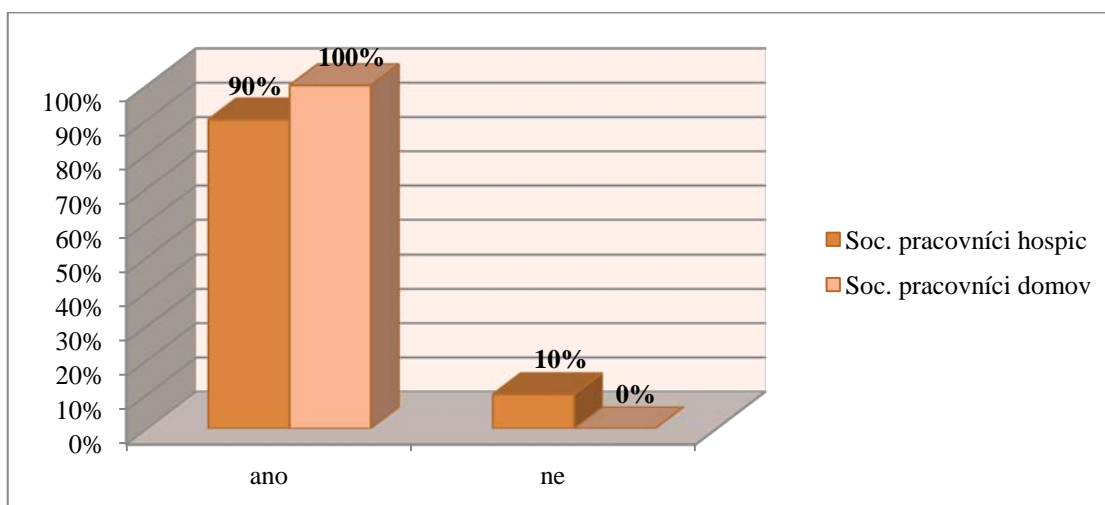
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak jsou sociální pracovníci spokojeni se vztahy na pracovišti. Z grafu můžeme vidět, že kategorii ano označila většina respondentů v obou skupinách.

Kategorie ano byla zvolena 9 respondenty (90 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. *Sociální pracovníci uvedli, že mají na pracovišti nadstandardní a přátelské vztahy.*

Celkem 9 respondentů (90 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů vybralo variantu ano. *Sociální pracovníci také napsali, že mají přátelský kolektiv a neformální vztahy.*

Odpověď ne byla označena pouze dvěma respondenty, a to 1 respondentem (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků a 1 respondentem (10 %) ze skupiny druhé.

Otázka č. 20: Cítíte se být součástí týmu na oddělení?



Obr. č. 40: Součást týmu na oddělení

Komentář:

Otázka se zabývá tím, zda se sociální pracovníci cítí být součástí týmu na oddělení. Kategorii ne zvolil pouze 1 respondent (10 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků.

Celkem 10 respondentů (100 %) ze skupiny sociálních pracovníků z domovů uvedlo možnost ano. Sociální pracovníci uvedli důvody, proč se cítí být součástí týmu: vymezení kompetencí, kdo co dělá, vzájemná komunikace, cítím se zde dobře.

Kategorie ano byla označena 9 respondenty (90 %) ze skupiny hospicových sociálních pracovníků. Sociální pracovníci vyjádřili fakta, proč se cítí být součástí týmu na oddělení: *týmová spolupráce, pomoc při organizaci péče o klienta, cítím sounáležitost s ostatními členy týmu.*

9 Statistické zpracování hypotézy

V diplomové práci jsem stanovila jednu hypotézu, kterou jsem ověřovala pomocí statistické metody Chí-kvadrát testu. Chí-kvadrát test je statistická neparametrická metoda, která se používá k zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný výrazný vztah (UPOL, 2013).

Vzorec:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}$$

Hypotéza:

V hospici je lepší spolupráce mezi sestrami a sociálními pracovníky než v domově pro seniory.

H₀: Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků není vztah.

H_A: Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků je vztah.

Tabulka č. 1 Porovnání četností hodnocení spolupráce mezi pracovníky hospice a domova pro seniory

Hodnocení spolupráce	Četnost hodnocení pracovníků hospice	Četnost hodnocení pracovníků domova
<i>výborně</i>	18	12
<i>velmi dobře</i>	26	10
<i>dobře</i>	5	14
<i>uspokojivě</i>	6	16
<i>neuspokojivě</i>	5	8
celkem	60	60

Komentář:

Tabulka č. 1 znázorňuje porovnání četností hodnocení spolupráce mezi pracovníky hospice a domova pro seniory. Na otázku byla možná odpověď: výborně, velmi dobře, dobře, uspokojivě a neuspokojivě.

Tabulka č. 2 Tabulka četností odpovědí pracovníků hospice

Hodnocení pracovníků hospice	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní četnost v %
<i>výborně</i>	18	18	30	30
<i>velmi dobře</i>	26	44	43,3	73,3
<i>dobře</i>	5	49	8,3	81,6
<i>uspokojivě</i>	6	55	10	91,6
<i>neuspokojivě</i>	5	60	8,3	100
celkem	60		100	

Komentář:

Modus tohoto souboru představuje kategorie **výborně**, kterou označilo 18 respondentů hospice. Mediánem souboru je kategorie **neuspokojivě**, kterou zvolilo 6 pracovníků hospice.

Tabulka č. 3 Tabulka četností odpovědí pracovníků domova

Hodnocení pracovníků domova	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní četnost v %
<i>výborně</i>	12	12	20	20
<i>velmi dobře</i>	10	22	16,7	36,7
<i>dobře</i>	14	36	23,3	60
<i>uspokojivě</i>	16	52	26,7	86,7
<i>neuspokojivě</i>	8	60	13,3	100
celkem	60		100	

Komentář:

Modus tohoto souboru je kategorie **uspokojivě**, která byla vybrána 16 respondenty domova. Medián je zastoupen kategorií **výborně**, kterou označilo 12 respondentů.

Tabulka č. 4 Kontingenční tabulka absolutních četností odpovědí pracovníků hospice a domova

Hodnocení spolupráce	výborně	velmi dobře	dobře	uspokojivě	neuspokojivě	celkem
<i>Pracovníci hospice</i>	18	26	5	6	5	60
<i>Pracovníci domova</i>	12	10	14	16	8	60
celkem	30	36	19	22	13	120

Komentář:

Z kontingenční tabulky vyplývá, že pracovníci v hospici uvádějí lepší vzájemné hodnocení spolupráce než pracovníci v domově pro seniory. **V hospici dopadla nejlépe**

kategorie velmi dobře, kterou uvedlo 26 pracovníků a poté kategorie výborně s 18 respondenty. Na třetím místě v počtu odpovědí pracovníků se umístila kategorie uspokojivě. **Největší počet pracovníků domova (16) hodnotil spolupráci jako uspokojivou. Dále následovala kategorie dobře, která byla označena 14 pracovníky a kategorie výborně se 12 respondenty.**

Hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti pro danou kontingenční tabulku (tab. č. 4): **4**

Vypočítaná hodnota pomocí vzorce: **17,7**

Kritická hodnota pro daný stupeň volnosti a stanovenou hladinu významnosti je podle tabulek: **9,49**

Závěr:

Vypočítaná hodnota chí kvadrátu je větší než kritická hodnota 9,49, proto na hladině významnosti 0,05 zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků je vztah, z čehož vyplývá, že je lepší spolupráce mezi sestrami a sociálními pracovníky v hospici.

10 Diskuze

Diplomová práce se zabývá problematikou spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory. Průzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvantitativního výzkumu za použití dvou nestandardizovaných dotazníků. Dotazníky se zaměřují na základní informace týkající se respondentů, spolupráci a komunikaci mezi sestrami a sociálními pracovníky, negativní zkušenosti, poskytování psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví ze strany zaměstnavatele, spokojenost se vztahy na pracovišti. Jeden dotazník vyplňovaly všeobecné sestry a druhý dotazník sociální pracovníci. Získané výsledky z dotazníků byly pak v praktické části porovnány. Hlavním cílem práce bylo zmapovat a porovnat spolupráci všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory.

K dosažení cílů bylo stanoveno osm výzkumných otázek a jedna hypotéza, která byla statisticky ověřena pomocí testu dobré shody chí-kvadrát.

10.1 Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 1

První výzkumná otázka zjišťovala, jak sestry a sociální pracovníci hodnotí vzájemnou schopnost pracovat v interdisciplinárním týmu. Výzkumná otázka vycházela z otázky č. 6 v dotazníku, kde respondenti hodnotili vzájemnou spolupráci. Hospicové sestry uvedly nejlepší hodnocení jako velmi dobré (42 %) a poté hodnocení výborně (32 %). Naproti tomu sestry v domovech nejčastěji označily kategorii dobře (28 %) a následně kategorii uspokojivě (24 %). Celkem 50 % hospicových sociálních pracovníků zvolilo velmi dobré hodnocení a 30 % respondentů výborné hodnocení. Sociální pracovníci v domovech si vybrali ve 40 % uspokojivé hodnocení a ve 30 % velmi dobré hodnocení. **Podle výsledků dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že hospicovní pracovníci uvádějí lepší spolupráci mezi sestrami a sociálními pracovníky, než pracovníci v domovech pro seniory.**

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, zda je efektivnější spolupráce při přípravě a realizaci aktivizačních programů mezi sestrami a sociálními pracovníky v hospici nebo v domově pro seniory. Hospicové sestry uvedly, že se podílí se sociálními pracovníky na přípravě a realizaci péče a služeb v 64 % případů, kdežto sestry v domovech uvedly 56% účast. Hospicovní sociální pracovníci se podílí se sestrami na přípravě a realizaci péče a služeb z 90 % a sociální pracovníci v domovech zase z 50 %. **Na základě uvedených výsledků jsem dospěla k závěru, že je efektivnější spolupráce mezi sestrami a sociálními pracovníky v hospici než v domově pro seniory.**

10.2 Výzkumné otázky vtaahující se k dílčímu cíli č. 2

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku. Nejčastěji volenou možností byla kategorie ústní forma, kterou označilo 82 % hospicových sester, 48 % sester v domovech, 60 % hospicových sociálních pracovníků a 70 % sociálních pracovníků v domovech. Druhou nejvíce zastoupenou možností byla kategorie pracovní zápis, kterou si vybralo 8 % hospicových sester, 32 % sester v domovech, 30 % hospicových sociálních pracovníků a 30 % sociálních pracovníků v domovech. **Z toho vyplývá, že nejčastějším způsobem přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku je ústní forma a hned poté pracovní zápis, a to jak v hospicích, tak v domovech pro seniory.**

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala nejčastějším informačním tokem využívaným sestrami a sociálními pracovníky při vzájemné komunikaci. Nejčetnější zastoupení měla kategorie ústní předávání, a to od 70 % hospicových sester, 70 % sester v domovech, 74 % hospicových sociálních pracovníků a 54 % sociálních pracovníků v domovech. Další čtené obsazení měla kategorie pracovní porady, která byla označena z 30 % hospicovými sestrami, 20 % sestrami v domovech a 30 % sociálními pracovníky v domovech. Hospicoví sociální pracovníci zvolili v 18 % jako druhou nejvíce zastoupenou kategorii zdravotnickou dokumentaci. **Ze zjištěných informací vyplývá, že nejčastějším informačním tokem využívaným sestrami a sociálními pracovníky při vzájemné komunikaci je ústní předávání, a to jak v hospicích, tak v domovech pro seniory.**

10.3 Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 3

Pátá výzkumná otázka zjišťovala, zda sestry a sociální pracovníci zažili nějakou negativní zkušenost při vzájemné komunikaci a spolupráci. Negativní zkušenost se sociálními pracovníky zažilo celkem 26 % hospicových sester a 24 % sester v domovech. Naproti tomu negativní zkušenost se sestrami zažilo 40 % hospicových sociálních pracovníků a 30 % sociálních pracovníků v domovech. **Z toho vyplývá, že větší míra negativních zkušeností se vyskytla v hospicích, a to jak mezi sestrami, tak i sociálními pracovníky.**

Šestá výzkumná otázka zjišťovala, která z profesí vykazuje vyšší míru spokojenosti při řešení společných problémů. Nejčastěji zastoupenou odpovědí byla kategorie spíše spokojena, kterou označilo 44 % hospicových sester, 52 % sester v domovech a 60 % hospicových sociálních pracovníků, 70 % sociálních pracovníků v domovech. Druhou nejvíce zastoupenou

odpovědi byla kategorie velmi spokojena, kterou zvolilo 24 % hospicových sester, 30 % hospicových sociálních pracovníků a stejný počet (30 %) sociálních pracovníků v domovech. U sester v domovech byla druhou nejčastěji vybranou odpovědí kategorie ani spokojena, ani nespokojena. **Dle zjištěných výsledků jsem dospěla k závěru, že jsou sestry i sociální pracovníci v hospicích a v domovech pro seniory spíše spokojeni se schopností řešit vzájemné problémy.**

10.4 Výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 4

Sedmá výzkumná otázka se zabývá tím, zda zaměstnavatel poskytuje efektivnější péči v oblasti duševního zdraví svým zaměstnancům v hospici nebo v domově pro seniory. Celkem 78 % sester a 80 % sociálních pracovníků v hospicích uvedlo, že jim zaměstnavatel poskytuje dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví. Také 92 % sester a 80 % sociálních pracovníků v domovech uvedlo angažovanost jejich zaměstnavatele v poskytování psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví. **Dle výsledků z dotazníkového šetření vyplývá, že se zaměstnavatelé o něco více angažují v domovech pro seniory, než v hospicích.**

10.5 Výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 5

Osmá výzkumná otázka zjišťovala, zda je větší spokojenost se vztahy na pracovišti v hospici nebo v domově pro seniory. Celkem 94 % sester a 90 % sociálních pracovníků v hospicích uvedlo spokojenost se vztahy na pracovištích. Také 90 % sester a 90 % sociálních pracovníků v domovech pro seniory vyjádřilo spokojenost. **Z uvedených výsledků můžeme dojít k závěru, že je velká spokojenost se vztahy na pracovištích v obou typech zařízení, ale v hospicích je o něco vyšší míra spokojenosti než v domovech pro seniory.**

10.6 Testovaná hypotéza

V hospici je lepší spolupráce mezi sestrami a sociálními pracovníky než v domově pro seniory.

H₀: Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků není vztah.

H_A: Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků je vztah.

Hypotézu jsem ověřila pomocí statistické metody chí-kvadrát test. Mezi typem zařízení a úrovní spolupráce sester a sociálních pracovníků je vztah, proto nulovou hypotézu zamítám a přijímám alternativní. Z testu vyplývá, že je lepší spolupráce mezi sestrami a sociálními pracovníky v hospici.

11 Závěr

Diplomová práce je zaměřena na porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory.

Diplomová práce měla stanovené dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zpracovat teoretický přehled v oblasti poskytování hospicové a paliativní péče, organizační struktury domova pro seniory, sociálních služeb, pojmů stáří a stárnutí. Druhým cílem bylo zmapovat a porovnat spolupráci všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory. K dosažení cílů bylo stanoveno osm výzkumných otázek a jedna hypotéza, která byla statisticky ověřena pomocí testu dobré shody chí-kvadrát. Cíle se podařilo splnit.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 120 respondentů. Zkoumaný soubor tvořilo 50 všeobecných sester a 10 sociálních pracovníků z hospiců a stejný počet respondentů z domovů pro seniory. Respondenti vyplňovali dva nestandardizované dotazníky, z nichž jeden byl určený sestřím a druhý sociálním pracovníkům. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v pěti hospicích a v pěti domovech pro seniory. Průzkum probíhal od 12. 11. 2012 do 25. 1. 2013.

Z výše zmiňovaných výsledků jsem dospěla k závěru, že všeobecné sestry a sociální pracovníci v hospicích uvádějí lepší vzájemnou spolupráci, než pracovníci v domovech pro seniory. I co se týká spolupráce při přípravě a realizaci aktivizačních programů mezi sestrami a sociálními pracovníky, je efektivnější spolupráce v hospici. Zjištěné výsledky určitě souvisí s oslovenou skupinou respondentů, protože každá sestra a sociální pracovník jsou jedinečné bytosti s jiným úhlem pohledu na danou věc, což se odráží ve variabilních odpovědích na dané otázky. Smyslem této práce není odsuzovat spolupráci mezi respondenty daných zařízení, ale chtěla jsem pouze nastínit problematiku této oblasti.

Po prostudování nepřeberného množství literatury jsem zjistila, že problematika spolupráce sester a sociálních pracovníků je velice málo diskutované téma. Práce by měla být malým přínosem pro čtenáře, kteří se chtějí více dozvědět o vztazích sester a sociálních pracovníků v daných typech zařízení. Vrchní sestry oslovených zařízení projevily zájem o zjištěné výsledky této práce. Doporučila bych vrchním sestřím, aby se hlouběji zaměřily na oblast vztahů sester a sociálních pracovníků. Hlubší zaměření spočívá v přesném vymezení kompetencí daných členů týmu, rozdělení dílčích úkolů, realizaci pravidelných supervizí, vyslechnout si přání a stížnosti pracovníků, reagovat na potřeby sester a sociálních

pracovníků a neustále pracovat na efektivní komunikaci, která je důležitým prostředníkem spokojenosti vztahů na pracovišti.

Úspěšné fungování skupinové práce vyžaduje zajisté od všech profesionálů určité předpoklady, kam náleží i schopnost spolupráce u každého ze zúčastněných. Efektivně pracovat ve skupině, být součástí týmu a být také jako člen týmu uznáván, ale také umět dobře s ostatními členy spolupracovat, to vyžaduje od každého, aby k úspěšné spolupráci sám přispěl.

Mezi sestrami a sociálními pracovníky by měla probíhat účelná spolupráce, která by vedla ke spokojenosti na obou stranách, protože spokojenost zdravotníků a sociálních pracovníků je zárukou spokojenosti pacientů a jejich příbuzných.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CONNOR, Stephen R. *Hospice and palliative care the essential guide*. 2nd ed. New York: Routledge, 2009. ISBN 02-038-8615-1.
2. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-802-6200-277.
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. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-802-4733-791.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, 407 s. ISBN 80-703-8158-2.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. ISBN 80-701-3363-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.
8. HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního člověka a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
9. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, 88 s. ISBN 80-865-4112-6.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96 s. ISBN 80-736-8110-2.
11. JUSZCZYK, Stanisław. *Metodológia empirických výskumov v spoločenských vedách*. Bratislava: Iris, 2003, 137 s. ISBN 80-890-1813-0.
12. KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatricie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-718-4366-0.
13. KALVACH, Zdeněk. *Geriatricie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

14. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
16. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
17. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
19. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
20. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
21. MACHKOVÁ, Hana. *Mezinárodní marketing*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2006, 205 s. ISBN 80-247-1678-X.
22. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
23. MALKOVSKÁ, Naděžda. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů: Social and economical aspects of inpatient hospice units typology*. Praha: ČVUT v Praze, Fakulta stavební, 2007, 198 s. ISBN 978-80-01-03800-0.
24. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
25. MARTIN, Francis A. *Hospice Mementos: A Solution to Down*. 1 st ed. Nashville: Green Hills Press, 2010. ISBN 978-096-6131-789.
26. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
27. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.
28. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271

- s. ISBN 978-80-7367-368-0.
29. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
 30. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 8024712954.
 31. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
 32. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
 33. 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.
 34. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-802-4619-972.
 35. ONDRUŠOVÁ, Zlatica. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009, 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.
 36. PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Překlad Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-237.
 37. RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
 38. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
 39. SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1. 1. 2008*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2008, 424 s. Meritum. ISBN 978-807-3573-164.
 40. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, 144 s. ISBN 80-902-0492-9.

41. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, 150 s. ISBN 80-902-0494-5.
42. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd. Kostelní Vydří: APHPP, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
43. TOMEŠ, Josef. *Průkopníci a pokračovatelé: osobnosti v dějinách české sociální demokracie 1878-2005 : biografický slovník*. 2., rozš. vyd. Praha: Česká strana sociálně demokratická, 2005, 249 s. ISBN 80-239-7733-4.
44. VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
45. VORLÍČEK, Jan a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 480 s. ISBN 80-716-9437-1.

Elektronické zdroje:

1. Asociace hospiců. *Právní a finanční rámec pro hospice* [online]. 2010 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>>
2. BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Prognóza populačního vývoje ČR na období 2008-2070* [online]. 2010 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Prognóza_2010.pdf>
3. Domov pro seniory Bechyně. *Organizační řád* [online]. 2009 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.ddbechyne.cz/>>
4. Domov pro seniory v Hranicích. *Organizační řád* [online]. 2007 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <http://www.kr-karlovarsky.cz/NR/rdonlyres/B0D099C5-90BE-446D-AAE4-922CB704DA51/0/organizacni_rad.pdf>
5. Domov pro seniory Cheb. *Organizační řád* [online]. 2010 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <http://www.kr-karlovarsky.cz/obce/DD_Cheb/dokumentace/>
6. Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou. *Organizační řád* [online]. 2011 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.domovprosenioryvratislavice.cz/documents/Organizacnirad2011.pdf>>
7. HERMAN, Jiří. *Základy managementu sociálních služeb* [online]. Vyd. 1. Brno: Národní

- centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 159 s. [cit. 2013-03-19]. ISBN 978-80-7013-477-1. Dostupné z WWW: <<http://www.curatio.cz/soubory/sborniky/zaklady-managementu.pdf>>
8. Hospice. *Co je hospic?* [online]. 2010 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>>
 9. JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele* [online]. Vyd. 1. Editor Kristýna Čermáková. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2002, 111 s. [cit. 2013-03-19]. ISBN 80-865-5245-4. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>
 10. LORM. *Průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. 2006 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.lorm.cz/download/pruvodce-zakonem-o-socialnich-sluzbach.pdf>>
 11. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby* [online]. 2009 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>
 12. MPSV. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. 2006 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>
 13. PETRUŽELKA, Luboš. Onkologická péče u nemocných vyšší věkové skupiny. In: *Liga proti rakovině* [online]. 2009 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.onko.cz/lekar-onkologicka-pece-u-nemocnych-vyssi-vekove-skupiny/>>
 14. Sociální dávky 2013. *Příspěvek na péči* [online]. 2013 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://socialni-davky-2013.eu/formular-socialni-davky-2013-prispevek-na-peci/>>
 15. Umírání. *Principy paliativní péče* [online]. 2009 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/principy-paliativni-pece.html>>
 16. UPOL. Cvičení ze statistiky [online]. 2013 [cit. 2013-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://ulb.upol.cz/praktikum/statistika3.pdf>>
 17. VÍTKOVÁ, Eva. Domovy pro seniory. In: *CFOworld* [online]. 2013 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://cfoworld.cz/trendy/domy-pro-seniory-domovy-duchodcu-seniorparky-kdy-se-u-nas-rozjede-mezinarodni-byznys-se-starim-2162>>
 18. Zákony online. *Zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech* [online]. 2013 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW: <http://zakony-online.cz/?s96&q96=>

19. Zákony pro lidi. *Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu* [online]. 2013 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-586>>

VI. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Pohlaví všeobecných sester	48
Obr. č. 2: Věkové kategorie respondentů	49
Obr. č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	50
Obr. č. 4: Délka praxe v daném zařízení.....	51
Obr. č. 5: Hodnocení schopnosti sociálních pracovníků	52
Obr. č. 6: Spolupráce se sociálními pracovníky	53
Obr. č. 7: Výskyt překážek při spolupráci se sociálními pracovníky	54
Obr. č. 8: Frekvence spolupráce se sociálními pracovníky	55
Obr. č. 9: Nejčastější způsob přenosu informací	56
Obr. č. 10: Nejfrekventovanější způsob informačních toků	57
Obr. č. 11: Způsoby pomoci při vzájemné komunikace	58
Obr. č. 12: Hodnocení sester vzájemné komunikace se sociálními pracovníky	59
Obr. č. 13: Negativní zkušenost nebo konflikt během praxe.....	60
Obr. č. 14: Spokojenost s řešením problémů se sociálními pracovníky	61
Obr. č. 15: Charakteristika chování sociálních pracovníků	62
Obr. č. 16: Dodržování etického kodexu sociálních pracovníků	63
Obr. č. 17: Poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví	64
Obr. č. 18: Způsob podpory duševního zdraví ze strany zaměstnavatele.....	65
Obr. č. 19: Spokojenost sester se vztahy na pracovišti.....	66
Obr. č. 20: Součást týmu na oddělení	67
Obr. č. 21: Pohlaví sociálních pracovníků.....	68
Obr. č. 22: Věkové kategorie respondentů	69
Obr. č. 23: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	70
Obr. č. 24: Délka praxe v daném zařízení.....	71

Obr. č. 25: Hodnocení schopnosti všeobecných sester	72
Obr. č. 26: Spolupráce se všeobecnými sestrami.....	73
Obr. č. 27: Výskyt překážek při spolupráci se všeobecnými sestrami	74
Obr. č. 28: Frekvence spolupráce se všeobecnými sestrami.....	75
Obr. č. 29: Nejčastější způsob přenosu informací	76
Obr. č. 30: Nejfrekventovanější způsob informačních toků	77
Obr. č. 31: Způsoby pomoci při vzájemné komunikaci.....	78
Obr. č. 32: Hodnocení vzájemné komunikace se všeobecnými sestrami	79
Obr. č. 33: Negativní zkušenost nebo konflikt během praxe.....	80
Obr. č. 34: Spokojenost s řešením problémů se sestrami	81
Obr. č. 35: Charakteristika chování všeobecných sester	82
Obr. č. 36: Dodržování etického kodexu sester	83
Obr. č. 37: Poskytování dostatečné psychosociální podpory v oblasti duševního zdraví	84
Obr. č. 38: Způsoby podpory duševního zdraví ze strany zaměstnavatele.....	85
Obr. č. 39: Spokojenost sociálních pracovníků se vztahy na pracovišti.....	86
Obr. č. 40: Součást týmu na oddělení	87

VII. SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Porovnání četností hodnocení spolupráce mezi pracovníky hospice a domova ..	88
Tabulka č. 2 Tabulka četností odpovědí pracovníků hospice	89
Tabulka č. 3 Tabulka četností odpovědí pracovníků domova	90
Tabulka č. 4 Kontingenční tabulka absolutních četností	90

VIII. SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
Bc.	bakalář
č.	číslo
kol.	kolektiv
Mgr.	magistr
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MUDr.	doktor lékařství
např.	například
obr.	obrázek
odst.	odstavec
Sb.	sbírka
sv.	svatý
tj.	to jest
tzv.	takzvaný
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization
§	paragraf

IX. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro všeobecné sestry	108
Příloha č. 2 – Dotazník pro sociální pracovníky.....	113

Příloha č. 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Lenka Baďurová, studuji na Fakultě zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Ošetřovatelství.

Téma mé diplomové práce je „Porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory“. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, všechny Vámi poskytnuté informace slouží pro účely tohoto průzkumného šetření. Při vyplňování prosím označte jednu odpověď, pokud není uvedeno v závorce jinak.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Lenka Baďurová

Dotazník pro všeobecné sestry

1. Vaše pohlaví

- a.) žena
- b.) muž

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a.) 20-30 let
- b.) 31-40 let
- c.) 41-50 let
- d.) 51-60 let
- e.) 61 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a.) úplné střední odborné vzdělání s maturitou
- b.) vyšší odborné vzdělání
- c.) vysokoškolské bakalářské vzdělání
- d.) vysokoškolské magisterské vzdělání

4. V jakém typu zařízení pracujete?

- a.) hospic
- b.) domov pro seniory

5. Jak dlouho pracujete v daném zařízení?

- a.) 0-2 roky
- b.) 3-10 let
- c.) 11-20 let
- d.) 21 a více let

6. Jak hodnotíte schopnost sociálních pracovníků pracovat v interdisciplinárním týmu?

- a.) výborně
- b.) velmi dobře
- c.) dobře
- d.) uspokojivě
- e.) neuspokojivě

7. Podílíte se společně se sociálními pracovníky na přípravě a realizaci péče, služeb, podpory či aktivizačních programů pro klienty?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte jakých).....

8. Nalézáte překážky při spolupráci se sociálními pracovníky?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte jaké).....

9. Jak často spolupracujete se sociálními pracovníky?

- a.) denně
- b.) 1-2x týdně
- c.) 1x za 2 týdny
- d.) vůbec nespolečně

10. Jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku?

- a.) ústní formou
- b.) komunikační deník
- c.) pracovní zápis, který je elektronickou poštou rozeslán pracovníkům oddělení

- d.) nástěnka na sesterně
- e.) jiné, uveďte jaké.....

11. Jaký je nejfrekventovanější způsob informačních toků mezi zdravotním a sociálním úsekem?

- a.) ústní předávání
- b.) zdravotnická dokumentace
- c.) pracovní porady
- d.) elektronická komunikace (telefon, e-mail)
- e.) jiné, uveďte jaké.....

12. Co napomáhá vzájemné komunikaci mezi všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky ?

- a.) kvalitně propracované komunikační toky
- b.) přehlednost informací z porad, hlášení, atd.
- c.) pravidelné porady sociálních pracovníků a všeobecných sester
- d.) kvalitně propracovaný informační systém (např. Medea)
- e.) další, uveďte jaké.....

13. Jak hodnotíte vzájemnou komunikaci se sociálními pracovníky?

- a.) výborně
- b.) velmi dobře
- c.) dobře
- d.) uspokojivě
- e.) neuspokojivě

14. Zažil(a) jste negativní zkušenost nebo konflikt při spolupráci se sociálními pracovníky během Vaší praxe?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte o jakou konkrétní situaci se jednalo a jak jste ji řešily(i).....

15. Jak jste spokojen(a) se schopností řešit společné problémy se sociálními pracovníky?

- a.) velmi spokojen(a)
- b.) spíše spokojen(a)
- c.) ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- d.) spíše nespokojen(a)
- e.) velmi nespokojen(a)

16. Jak byste charakterizoval(a) chování sociálních pracovníků na Vašem oddělení?

- a.) přátelské, otevřené, kooperativní
- b.) pasivní, nemá zájem o spolupráci
- c.) negativistické
- d.) agresivní
- e.) manipulativní

17. Znají a dodržují podle Vás sociální pracovníci Etický kodex sociálních pracovníků ?

- a.) ano (uved'te příklad).....
- b.) ne (uved'te příklad).....

18. Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví svých zaměstnanců?

- a.) ano
- b.) ne (uved'te náměty pro zlepšení)

19. Jakým způsobem podporuje Váš zaměstnavatel duševní zdraví svých zaměstnanců?

- a.) pravidelné supervize
- b.) podpora v dalším vzdělávání (kurzy, konference, semináře)
- c.) firemní psycholog
- d.) zaměstnanecké benefity (např. stravenky, příspěvek na rekreaci či vzdělání, úrada kulturních aktivit, atd.)
- e.) zaměstnavatel se neangažuje v péči o duševní zdraví

20. Jste spokojen(a) se vztahy na pracovišti?

- a.) ano (uved'te proč).....

b.) ne (uved'te proč).....

21. Cítíte se být součástí týmu na oddělení?

a.) ano (uved'te proč).....

b.) ne (uved'te proč).....

Příloha č. 2 – Dotazník pro sociální pracovníky

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Lenka Baďurová, studuji na Fakultě zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Ošetřovatelství.

Téma mé diplomové práce je Porovnání spolupráce všeobecných sester a sociálních pracovníků v hospici a v domově pro seniory. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, všechny Vámi poskytnuté informace slouží pro účely tohoto průzkumného šetření. Při vyplňování prosím označte jednu odpověď, pokud není uvedeno v závorce jinak.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Lenka Baďurová

Dotazník pro sociální pracovníky

1. Vaše pohlaví

- a.) žena
- b.) muž

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a.) 20-30 let
- b.) 31-40 let
- c.) 41-50 let
- d.) 51-60 let
- e.) 61 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a.) úplné střední odborné vzdělání s maturitou
- b.) vyšší odborné vzdělání
- c.) vysokoškolské bakalářské vzdělání
- d.) vysokoškolské magisterské vzdělání

4. V jakém typu zařízení pracujete?

- a.) hospic
- b.) domov pro seniory

5. Jak dlouho pracujete v daném zařízení?

- a.) 0-2 roky
- b.) 3-10 let
- c.) 11-20 let
- d.) 21 a více let

6. Jak hodnotíte schopnost všeobecných sester pracovat v interdisciplinárním týmu?

- a.) výborně
- b.) velmi dobře
- c.) dobře
- d.) uspokojivě
- e.) neuspokojivě

7. Podílíte se společně se všeobecnými sestrami na přípravě a realizaci péče, služeb, podpory či aktivizačních programů pro klienty?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte jakých).....

8. Nalézáte překážky při spolupráci se všeobecnými sestrami?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte jaké).....

9. Jak často spolupracujete se všeobecnými sestrami?

- a.) denně
- b.) 1-2x týdně
- c.) 1x za 2 týdny
- d.) vůbec nespolupracují

10. Jakým nejčastějším způsobem dochází k přenosu informací z porady vedení ke zdravotnickému a sociálnímu úseku?

- a.) ústní formou
- b.) komunikační deník
- c.) pracovní zápis, který je elektronickou poštou rozesílán pracovníkům oddělení

- d.) nástěnka na sesterně
- e.) jiné, uveďte jaké.....

11. Jaký je nejfrekventovanější způsob informačních toků mezi sociálním a zdravotním úsekem?

- a.) ústní předávání
- b.) zdravotnická dokumentace
- c.) pracovní porady
- d.) elektronická komunikace (telefon, e-mail)
- e.) jiné, uveďte jaké.....

12. Co napomáhá vzájemné komunikaci mezi sociálními pracovníky a všeobecnými sestrami?

- a.) kvalitně propracované komunikační toky
- b.) přehlednost informací z porad, hlášení, atd.
- c.) pravidelné porady sociálních pracovníků a všeobecných sester
- d.) kvalitně propracovaný informační systém (např. Medea)
- e.) další, uveďte jaké.....

13. Jak hodnotíte vzájemnou komunikaci se všeobecnými sestrami?

- a.) výborně
- b.) velmi dobře
- c.) dobře
- d.) uspokojivě
- e.) neuspokojivě

14. Zažil(a) jste negativní zkušenost nebo konflikt při spolupráci se všeobecnými sestrami během Vaší praxe?

- a.) ne
- b.) ano (uveďte o jakou konkrétní situaci se jednalo a jak jste ji řešily(i).....

15. Jak jste spokojen(a) se schopností řešit společné problémy se všeobecnými sestrami?

- a.) velmi spokojen(a)
- b.) spíše spokojen(a)
- c.) ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- d.) spíše nespokojen(a)
- e.) velmi nespokojen(a)

16. Jak byste charakterizoval(a) chování všeobecných sester na Vašem oddělení?

- a.) přátelské, otevřené, kooperativní
- b.) pasivní, nemá zájem o spolupráci
- c.) negativistické
- d.) agresivní
- e.) manipulativní

17. Znají a dodržují podle Vás všeobecné sestry Etický kodex sester?

- a.) ano (uveďte příklad).....
- b.) ne (uveďte příklad).....

18. Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatečnou psychosociální podporu v oblasti duševního zdraví svých zaměstnanců?

- a.) ano
- b.) ne (uveďte náměty pro zlepšení)

19. Jakým způsobem podporuje Váš zaměstnavatel duševní zdraví svých zaměstnanců?

- a.) pravidelné supervize
- b.) podpora v dalším vzdělávání (kurzy, konference, semináře)
- c.) firemní psycholog
- d.) zaměstnanecké benefity (např. stravenky, příspěvek na rekreaci či vzdělání, úrada kulturních aktivit, atd.)
- e.) zaměstnavatel se neangažuje v péči o duševní zdraví

20. Jste spokojen(a) se vztahy na pracovišti?

- a.) ano (uveďte proč).....
- b.) ne (uveďte proč).....

21. Cítíte se být součástí týmu na oddělení?

a.) ano (uved'te proč).....

b.) ne (uved'te proč).....