

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Uplatnění zdravotnických pracovníků při poskytování vybraných
sociálních služeb
(výzkum mezi poskytovateli sociálních služeb)**

Bc. Šárka Elefantová

**Diplomová práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka Elefantová
Osobní číslo: Z11195
Studijní program: N5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství
Název tématu: Uplatnění zdravotnických pracovníků při poskytování vybraných sociálních služeb (výzkum mezi poskytovateli sociálních služeb)
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. Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. ve znění zákona č. 29/2007 Sb., zákona č. 213/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 124/2008 Sb., zákona č. 129/2008 Sb., zákona č. 274/2008 Sb., zákona č. 479/2008 Sb., zákona č. 108/2009 Sb., zákona č. 206/2009 Sb., zákona č. 223/2009 Sb. a zákona č. 227/2009 Sb. In Sbírka zákonů, Česká republika. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244.
2. BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. ISBN 80-247-1197-4.
3. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 2008. ISBN 987-80-247-2169-9.
4. KUZNÍKOVÁ, I. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. ISBN 987-80-247-3676-1.
5. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.

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. Všechny literární prameny, informace a další zdroje, které jsem při psaní textu využila, uvádím na konci dokumentu v seznamu použitých zdrojů.

Byla jsem seznámena s tím, že na moji práci se 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 mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 4. 2013

Šárka Elefantová

PODĚKOVÁNÍ

Paní PaedDr. Zdence Šándorové, Ph.D. za odbornou pomoc, připomínky, věnovaný čas a trpělivost při zpracování mé diplomové práce.

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

ANOTACE

Předmětem této diplomové práce je uplatnění zdravotnických pracovníků ve vybraných sociálních službách, konkrétně v domovech pro seniory. Průzkum byl prováděn mezi poskytovateli sociálních služeb v domovech pro seniory. V teoretické části se práce zabývá obdobím stáří, možnostmi spolupráce a propojení sociálního a zdravotního odvětví při péči o seniory, stručnou analýzou zákona č. 108 / 2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, uplatněním zdravotníků při úkonech a činnostech v domovech pro seniory. V praktické části se zabývá spoluprací sociálních a zdravotních pracovníků v domovech pro seniory, uplatnění a efektivností v jednotlivých oblastech péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

domovy pro seniory, zdravotnický pracovník, poskytovatelé sociálních služeb

TITLE

Assertion of health workers in providing choice social services (research among social service providers)

ANOTTATION

The subject of this thesis work is The application of medical workers in the social services, specifically in the homes for the elderly (seniors).

The research was realized between providers of the social services for the elderly. The theoretical part of the thesis deals with the period of old age, options of collaboration and networking of social and health care sector in care of the elderly. It includes a brief analysis of the Act No. 108/ 2006 Collection of Law and applying for medics (paramedic) in operations and activities for the elderly.

The practical part of the thesis deals with cooperation between social and health workers in the homes for the elderly and efficiency in various areas of care.

KEYWORDS

A home for the elderly, a health worker, social service providers

OBSAH

1	TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1	PROPOJENÍ ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE STRATEGICKÝCH DOKUMENTECH.....	11
1.2	Zákon o sociálních službách	13
1.2.1	Poskytovatelé sociálních služeb.....	13
1.3	ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	15
1.3.1	Vymezení základních pojmů	15
1.3.2	Druhy sociálních služeb.....	18
1.3.3	Formy sociálních služeb	18
1.3.4	Principy poskytování sociálních služeb.....	19
1.3.5	Sociální práce ve zdravotnických zařízeních.....	19
1.4	SENIOR A ZMĚNY VE VYŠŠÍM VĚKU.....	20
1.4.1	Vliv společenského klimatu na seniory	20
1.4.2	Změny ve stáří	21
1.4.3	Senior a jeho zdravotně sociální potřeby.....	22
1.4.4	Služby pro seniory	24
1.5	INTERDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PÉČI O SENIORA	26
1.5.1	Předpoklady pro úspěšnou spolupráci	26
1.5.2	Zdravotničtí pracovníci.....	26
1.5.3	Sociální pracovníci	27
1.5.4	Další spolupráce.....	28
1.5.5	Zapojení klienta	28
1.5.6	Úskalí spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků	29
1.6	KOMUNIKACE V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU	33
1.6.1	Komunikace mezi členy týmu	33
1.6.2	Komunikace s klientem	34
1.6.3	Komunikace s rodinou	34
2	PRAKTICKÁ ČÁST	35
2.1	Cíle a výzkumné otázky	35
2.1.1	Cíle.....	35
2.1.2	Výzkumné otázky	35

2.2	METODIKA PRŮZKUMU	36
2.3	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	38
2.4	DISKUZE.....	54
2.5	Ověření hypotézy	57
2.5.1	Pracovní hypotéza.....	57
2.5.2	Ověřená a dokázaná hypotéza.....	59
3	ZÁVĚR.....	60
3.1	Teoretická část	60
3.2	Praktická část	60

ÚVOD

Téma této diplomové práce v sobě spojuje obor sociální péče a obor zdravotní péče. Zabývá se nejen jejich propojením a společnou problematikou, ale také možnostmi a nástroji spolupráce. Pojem spolupráce sociální a zdravotní péče je velmi široký, proto jsem se při psaní své práce zaměřila na spolupráci a propojení těchto oborů v oblasti péče o seniory, konkrétně při poskytování sociálně zdravotní péče v domovech pro seniory. Tato problematika je v současnosti velmi aktuální, neboť populace se dožívá stále vyššího věku. Vystává tak k řešení otázka financování péče a propojení sociální a zdravotní oblasti pro zajištění kvalitního života ve vyšším věku.

Ve své práci, v teoretické části, se částečně mapuji a popisuji právě možnosti spolupráce těchto oborů v domovech pro seniory a celkové změny organismu ve stáří a potřeby seniorů v těchto zařízeních v oblasti zdravotně sociální.

Dále se v diplomové práci zabývám propojením zdravotních a sociálních služeb ve strategických dokumentech, vymezením konkrétních pojmů v oblasti této spolupráce, stručnou analýzou zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jednotlivými úkony a činnostmi v oblasti spolupráce sociální a zdravotní péče, které tento zákon upravuje, vymezuje a definuje.

Poslední součástí teoretické části práce je popis interdisciplinárního týmu při poskytování péče o seniora v domovech pro seniory, složení tohoto týmu a jeho spolupráce při poskytování sociálních služeb, jeho možnosti, překážky, úskalí a výhody a také komunikace mezi jednotlivými členy tohoto týmu.

V praktické části je vyhodnocen průzkum ve dvou zařízeních pro seniory, který konkrétně mapuje postoje a názory pracovníků v sociálních službách. Otázky byly zaměřeny na zjištění nejen uplatnění zdravotnických pracovníků při poskytování sociálních služeb, ale také na již zmíněnou spolupráci zdravotnických a sociálních pracovníků v domovech pro seniory.

Toto téma považuji za velmi zajímavé a hodné pozornosti, neboť se týká každého člověka jako budoucího potenciálního uživatele sociálně zdravotní péče ve vyšším věku. Průměrný věk se díky novým poznatkům lékařské vědy a jejích možnostech zvyšuje všude na světě a je proto žádoucí zabývat se konkrétními možnostmi sociální a zdravotní péče a pomoci ve vyšším věku pro každého z nás.

CÍLE

- 1) Zjistit, zda je dle sledované skupiny respondentů, zdravotnický pracovník nezbytný pro efektivní fungování pracovního týmu při péči o klienta v domovech pro seniory.
- 2) Zjistit, jaké činnosti a úkony realizuje zdravotnický pracovník při péči o klienta v domovech pro seniory ve sledovaném vzorku respondentů.
- 3) Zjistit, při kterých činnostech a úkonech spolupracují zdravotničtí a sociální pracovníci při péči o klienta v domovech pro seniory ve sledované skupině respondentů.
- 4) Zjistit, které činnosti a úkony jsou při péči o klienta v domovech pro seniory při spolupráci zdravotnických a sociálních pracovníků prováděny nejefektivněji ve sledované skupině respondentů.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 PROPOJENÍ ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE STRATEGICKÝCH DOKUMENTECH

Jedním z dokumentů, který propojuje zdravotní a sociální problematiku je program Zdraví 21. Tento dokument byl deklarován na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu v roce 1998 Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Cílem programu je formulovat základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech a zamezit šíření nemocí, úrazů a strádání v jakémkoliv věku po celém světě (Zdraví 21, 2000).

Zdravým stárnutím a kvalitou života ve vyšším věku se zabývá článek 5. Uvádí se v něm, že do roku 2020 by měli mít všichni lidé nad 65 let plně využít svůj zdravotní potenciál a také se aktivně podílet na životě společnosti (Zdraví 21, 2000).

V České republice se tématem stárnutí, stáří a propojení jednotlivých služeb zdravotní a sociální péče zabývá například Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Definiuje jednotlivé principy a přístupy ke starším a stárnoucím lidem. Je zde uvedeno, že je nutné volit celoživotní přístup, protože kvalita života ve stáří je podmíněna kvalitou života v dětství a dospívání, kvalitou životního prostředí a také ekonomickou a sociální situací. Pro dosažení kvalitního a důstojného stáří je také nutné partnerství samosprávy a vlády, protože místní a regionální samospráva má značný vliv na dostupnost dopravy, kvalitu bydlení, zdravotních a sociálních služeb a také vytváření kulturních a sociálních příležitostí či volnočasových aktivit. Dalším článkem programu je mezigenerační soudržnost a vztahy a zvláštní pozornost je zde věnována znevýhodněným a zranitelným skupinám. Do této skupiny jsou řazeni starší lidé se zdravotním postižením, včetně syndromu demence, různými duševními chorobami, imigranti z cizích zemí, obyvatelé venkova ze špatně dostupných lokalit, kteří potřebují zvláštní pozornost a specifická opatření. Zohledňuje také genderovou otázku, neboť mezi staršími lidmi převažují ženy. Dále se dokument zabývá otázkami důstojnosti ve stáří či odpovědností jednotlivce a společnosti (Národní program přípravy, 2008).

Propojením oblasti sociální a zdravotní se zabývá také třeba Ministerstvo pro místní rozvoj v Souhrnném návrhu zaměření kohezní politiky EU po roce 2013 v podmínkách České republiky, obsahujících i návrh rozvojových priorit pro čerpání fondů EU po roce 2013.

Podpora sociálního začleňování, boje s chudobou a systému péče o zdraví je zde uvedena mezi národními prioritami. Hlavním cílem je snižovat, především sociální prevencí, sociální vyloučení s důrazem na začleňování znevýhodněných respektive ohrožených skupin obyvatel do trhu práce a také zlepšovat životní styl a zdravotní stav populace (Souhrnný návrh, 2011).

1.2 Zákon o sociálních službách

Krátký historický exkurz

Až do konce r. 1991 byla zdravotní péče v ústavech sociální péče poskytována podle ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, podle něhož stát poskytoval zdravotní služby prostřednictvím svých zařízení, kdy nebyla rozlišena zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče. V r. 1992 byl zaveden systém všeobecného (dnes veřejného) zdravotního pojištění, z jehož fondů jsou prováděny úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením. Před zavedením veřejného zdravotního pojištění stát ústavům, které byly rozpočtovými organizacemi, jednou platbou prostřednictvím okresních úřadů hradil jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na vlastní sociální služby ústavem poskytované klientům. Od zavedení systému zdravotního pojištění jsou však ze strany státu tyto oblasti péče v ústavech sociální péče financovány odděleně - náklady zdravotní péče jsou povinny hradit zdravotní pojišťovny, zatímco sociální péče je hrazena ústavům sociální péče formou příspěvku na lůžko (Analýza systému poskytování oše. a RHB zdravotní péče, 2009).

Zákon číslo 108/2006 Sb. vešel v platnost 14. března roku 2006 a od té doby prošel deseti změnami a úpravami v reakci na potřeby osob v sociální oblasti.

Zákonná norma upravuje a definuje podmínky poskytování pomoci a podpory lidem v nepříznivých sociálních situacích prostřednictvím sociálních služeb. Dále upravuje podmínky pro vydání oprávnění pro poskytování těchto služeb, výkon veřejné správy v sociální oblasti. Součástí jsou také podmínky a pravidla inspekce sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Další část upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Nalezneme zde také podmínky pro získání příspěvku na péči v konkrétní výši, možnosti jeho čerpání a možnosti institucí, jak kontrolovat jeho využití.

Zákon také popisuje a rozděluje jednotlivé druhy a formy sociální péče.

1.2.1 Poskytovatelé sociálních služeb

Státní správu v této oblasti dle tohoto zákona vykonává Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a okresní správy veřejného zabezpečení (z. č. 108/2006 Sb.)

Můžeme tedy rozlišit několik stran odpovědných za sociální služby, jejich kvalitu a výsledek. První stranou je jednotlivec, který se stará sám o sebe, příslušníky své rodiny a své nejbližší okolí. Druhou stranou jsou již výše zmíněné obce a komunity, které posuzují potřeby jednotlivců, komunit a jejich situaci a případný rozsah, druh a formu sociální pomoci. Dále jsou to kraje, občanská společnost, která se skládá z neziskových organizací a vyvíjí a poskytuje nové typy služeb. Zásadní úlohu v tomto systému hraje samozřejmě stát, který určuje státní politiku a její priority, určuje standardy a rozhoduje o alokaci zdrojů pro sociální služby (Bílá kniha soc. služeb, 2003).

Evropské trendy v oblasti sociální péče dnes směřují především k odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních. Snahou je co největší a nejširší poskytování sociálních služeb v domácím a známém prostředí jednotlivých klientů, které se ovšem v České republice rozvíjí velmi pomalu a postupně. Hlavní příčinou tohoto jevu u nás je zřejmě to, že rozvoj systému péče o seniory a zdravotně postižené spoluobčany je omezen stanovením maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních (Průša, 2011).

1.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V oblasti zdravotní i sociální se vykytuje mnoho pojmů a definic, vztahujících se k problematice oborů a dokazující jejich vzájemnou propojenost. Pro lepší orientaci uvádím několik častých pojmů, které se vztahují k oběma oborům.

1.3.1 Vymezení základních pojmů

Zdraví

Pojem zdraví má mnoho možných definic. Mezi nejznámější patří definice WHO, která říká, že zdraví znamená stav plného psychického, fyzického a duševního blaha či pohody, přičemž tento stav je proměnlivý v čase (Hartl, Hartlová, 2004)

Zdravotní

Pod pojmem zdravotní rozumíme slovo či význam vztahující se ke zdraví nebo zdravotnictví (Hartl, Hartlová, 2004).

Sociální

Výraz sociální znamená týkající se společenských vztahů či to, co je společné všem lidem (Hartl, Hartlová, 2004).

Zdravotně sociální služby

Pod spojením pojmů zdravotně sociální služby tedy rozumíme význam služby, aktivity a úkony, které v sobě zahrnují složky zaměřené na zdraví jedince, tak složky zaměřené na jeho sociální a společenské potřeby(z. č. 108/2006 Sb.).

Sociální služby

Sociální službou se zákonem rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu lidem za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon uvádí obecné činnosti poskytované sociálním pracovníkem, mezi něž patří mimo jiné výkon sociálního ošetření, zabezpečení sociální agendy, sociálně-právní poradenství, analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, poskytování krizové pomoci aj. (Kuzníková, 2011).

Sociální služby jsou o lidech a pro lidi v jejich přirozeném prostředí (Bílá kniha soc. služeb, 2003).

Zdravotnické služby

Zdravotnické služby vycházejí z předpisů zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a dále ze zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Kvalita péče byla ovšem legislativou opomíjena. Dnes je kvalita péče kontrolována a zdravotnická zařízení mohou využít mezinárodní akreditaci kvality zdravotnické péče. V České republice je od roku 1998 Spojená akreditační komise, která má za úkol posuzovat přihlášená akreditační zařízení dle akreditačních standardů (Kuzníková, 2011).

Podmínky pro sociální pracovníky pracující ve zdravotních službách upravuje zákon č. 96/2004 sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Hlavním rozdílem mezi výkonem povolání sociálního pracovníka v rezortu sociálních věcí a zdravotnictví lze spatřovat v tom, že legislativa zdravotnictví podrobněji nestanovuje kritéria kvality u sociální práce. U zdravotnických pracovníků je kvalita odvedené práce posuzována a hodnocena podle národních akreditačních standardů pro nemocnice u akreditovaných nemocnic a podle vnitřních směrnic a standardů u nemocnic bez akreditace (Kuzníková, 2011).

Nepříznivá sociální situace

Nepříznivá sociální situace znamená oslabení nebo ztrátu schopnosti z různých důvodů – věku, zdravotního stavu atd. vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující

prostředí, ohrožení práv či zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných příčin řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (z. č. 108/2006 Sb.).

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Pod pojmem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je definován takový stav, kdy dle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje smyslové, duševní či fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost jednotlivce (zákon č. 108/2006 Sb.).

Přirozené sociální prostředí

Přirozeným sociálním prostředím je myšleno prostředí rodiny a sociálních vazeb k blízkým osobám, domácnost, pracovní a místa, kde se osoby realizují v běžných sociálních aktivitách (z. č. 108/2006 Sb.).

Příspěvek na péči

Tato finanční pomoc je poskytována osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění této pomoci. Náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

Nárok na příspěvek má osoba, která je v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a potřebuje již výše zmíněnou pomoc jiné osoby při péči o svoji osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu, který je stanoven stupněm závislosti.

Poskytovatelem sociální pomoci může být dle zákona o sociálních službách osoba blízká nebo poskytovatel sociálních služeb, který je uveden v registru poskytovatelů sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb.).

Stupně závislosti

Závislost osoby na pomoci jiné fyzické osoby je dělena dle podmínek zákona o sociálních službách do čtyř stupňů. Toto vyhodnocení stupně závislosti a dělení do jednotlivých skupin a tím také přiznání konkrétní výše příspěvku provádí obecní úřad obce s rozšířenou působností. Při posuzování schopnosti péče o vlastní osobu a soběstačnosti pro stanovení výše příspěvku se hodnotí třicet šest různých činností (Formánková, 2010).

Žadatel o příspěvek na péči se musí podrobit odbornému sociálnímu a lékařskému posouzení míry závislosti na cizí pomoci druhé osoby v rámci řízení o přiznání nároku na dávku (Formánková, 2010).

Z průzkumu prováděného v roce 2010 vyplývá, že nejvíce seniorů pobírá příspěvek na péči odpovídající prvnímu, tedy lehkému stupni závislosti (51 %). Druhý stupeň a tedy finanční pomoc tohoto stupně, středně těžké závislosti pobíralo 36 %. Zastoupení u třetího stupně čítalo 8 % a čtvrtého stupně jen 5 % z celkově rozdělených příspěvků na pomoc z důvodu snížené sebez péče u seniorů (Formánková, 2010).

1.3.2 Druhy sociálních služeb

Rozlišujeme tři druhy sociálních služeb. Je to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (z. č. 108/2006 Sb.).

Mezi zařízení sociálních služeb patří dvacet různých typů, kde je poskytována sociální pomoc některým z výše uvedených způsobů (viz příloha – graf procentního zastoupení zařízení). Mohou také vznikat mezigenerační a integrovaná centra, kde jsou tyto služby různě kombinovány. Konkrétními činnostmi a úkony sociální pomoci je například pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro vykonání osobní hygieny a dvanáct dalších činností definovaných zákonem o sociálních službách (z. č. 108/2006 Sb.).

1.3.3 Formy sociálních služeb

Sociální služby dělíme do třech skupin podle formy vykonávání činností a možností konkrétní pomoci.

Mohou se poskytovat jako služby pobytové, kterými se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Dále mohou být poskytnuty služby ambulantní, pod nimiž je myšleno poskytnutí ambulantní pomoci. Osoba za těmito službami dochází, je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí ambulantních sociálních služeb není ubytování.

Poslední možnou formou poskytování sociálních služeb jsou služby poskytované v přirozeném prostředí osob, tedy terénní sociální služby (z. č. 108/2006 Sb.).

1.3.4 Principy poskytování sociálních služeb

Posláním sociální práce je pomáhat prostřednictvím poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám. Forma pomoci může být zaměřena na usnadnění vyrovnání se s nezměnitelnými problémy, které je možné vyřešit, popřípadě přispět ke zlepšení těžké životní situace úpravou neutěšených sociálních poměrů (Mahrová, Venglářová, 2008).

Mezi základní principy poskytování této pomoci patří zajištění nezávislosti a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení, respektování potřeb – služba a pomoc je určena individuálními potřebami konkrétního člověka, budování partnerství, záruka kvality poskytované péče, rovnost bez diskriminace a dodržování standardů, upravených dle místních konkrétních podmínek (Bílá kniha soc. služeb, 2003).

1.3.5 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Je značně rozmanitá a různorodá. Je zaměřena především na iniciování a realizování sociálně zdravotní služby, zapojení se do týmové spolupráce, ale přitom na zdůraznění vlastní profesionální nezávislosti. Hlavním smyslem všech těchto činností je především pomoci klientovi, rodině a širšímu prostředí ke zmírnění či odstranění negativních následků nemocí a snížené soběstačnosti. Stejně jako medicína, tak i sociální práce vnímá klienta v kontextu celostním a holistickým. Úkolem oboru sociální práce ve zdravotnictví je využití vlivu psychosociální sféry na nemoc a klienta k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a především k celkově kvalitnějšímu životu (Kuzníková, 2011).

1.4 SENIOR A ZMĚNY VE VYŠŠÍM VĚKU

Co vlastně znamená tolik užívané slovo senior? Výkladů je několik, ale právní zakotvení v konkrétní právní normě tento pojem zatím nemá.

Senior je označení pro lidi starší 60 let (Hartl, Hartlová, 2004).

Slovo senior označuje jakéhokoliv staršího člověka důchodového věku, kdy se začínají projevovat v různé, individuálně rozdílné míře fyzické známky stárnutí (Marhová, Venglářová, 2008).

Senior je tedy starší člověk s určitou minulostí, vzpomínkami a návyky, které značně určují jeho chování a prožívání v současnosti a různým stupněm snížených fyzických a duševních schopností.

Stáří a seniorský věk lze také rozdělit na období raného stáří v rozmezí 60 až 75 let, dále na období pokročilého věku či vlastní stáří – 75 až 90 let a na dobu dlouhověkosti od 90 ti let výše (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

1.4.1 Vliv společenského klimatu na seniory

Dle průzkumu z roku 2001 provedeného Ústavem sociálního lékařství v Plzni jsou senioři vnímáni jako přínos pro společnost jen 15 % mladých lidí ve věku 35 let. Za přínos respondenti uváděly moudrost, pomoc, zásluhy a morální vstřícnost (Klevetová, Dlabolová, 2008).

Dnešní doba je především dobou technických vynálezů, informací a je značně zaměřena na individuální výkon každého člověka. S narůstajícím věkem ovšem rychlost výkonu, reakcí a schopnost učení se novým věcem klesá (Klevetová, Dlabolová, 2008).

Objevil se nový termín ageismus, který označuje diskriminaci na základě věku a zahrnuje negativní představy, mnohdy zkreslené, o stáří (Klevetová, Dlabolová, 2008).

Mnoho lidí napadají se slovem stáří a starý člověk pouze negativní asociace, např. nemoc, smrt, bezmoc, samota, smutek a mnoho dalších. Všechny tyto pocity jsou vcelku legitimní a normální a odrážejí přístup většiny společnosti ke stáří pouze jako k pasivnímu období,

kteřé lze jen málo ovlivnit. Je ovšem důležité si uvědomit, že stáří je pouze etapou života nikoli jeho koncem (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.4.2 Změny ve stáří

Za stáří je tedy, jak vyplývá z výše uvedeného, považován věk od 60 let výše. Je provázeno mnoha změnami fyzickými, psychickými, sociálními i ekonomickými.

Změny fyzické

Mnoho lidí zůstává ve velmi dobré fyzické kondici až do vysokého věku (Giddens, 2005).

Změny nastupují postupně. Dochází k morfologickým i funkčním změnám, od buněčné úrovně a zmenšení některých orgánů, až ke snížení jejich funkce. Dochází ke snížení výkonnosti srdce, plic, úbytku nervových buněk v CNS, k ateroskleróze mozkových tepen, atrofii kosterních svalů a tím k úbytku svalové síly, vypadávají a šednou vlasy, ubývají zuby a zhoršují se všechny funkce smyslových orgánů. Také se mění výkonnost endokrinních žláz a tím ke změnám všech funkcí, které jejich působky ovlivňují (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Psychické změny

I změny v této oblasti jsou značně individuální a rozdílné u každého člověka. Obecně ovšem platí, že dochází ke zhoršení vnímání, paměti, pozornosti, myšlení, psychomotorického tempa a razance, adaptability a inteligence.

Typická je vytrvalost v určitých činnostech a názorová stálost. Velkým přínosem jsou zkušenosti, které starší a staří lidé za život nashromáždili. Lidé jsou obvykle klidnější a racionálnější v hodnocení situací.

Dochází obvykle ke zvýraznění určitých osobnostních rysů, které se projevovaly již v dřívějších životních fázích (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Sociální změny

Většinou silí manželské vztahy a ztráta životního partnera je velmi negativní událostí. Podstatnou změnou je odchod do důchodu, který přijde u někoho dříve, u někoho později a jeho termín je dán velkou měrou změnami fyzickými a psychickými uvedenými výše. V dnešní společnosti je i pro seniory důležitá orientace navenek, díky stále se zlepšujícím medicínským znalostem, což vede k udržení si lepší fyzické kondice a vitality. I přes to se ale sociální vztahy obvykle zužují a senioři mohou prožívat pocit osamocení a smutku. Mohou ale také najít nový začátek v tom, čemu se říká „třetí věk“, další fáze vzdělávání po dospívání a dospělosti. Potřebují ovšem kontakt s okolím a se svými milými blízkými, úctu a respekt (Giddens, 2005).

1.4.3 Senior a jeho zdravotně sociální potřeby

Problematika potřeb má významné místo při řešení sociálních vztahů. Každý člověk v každém věku má své potřeby a jejich dlouhodobé nenaplňování se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu pohody. Potřeby se mění podle vývojového období, ve kterém se člověk nachází, mění se podle toho, zda je nemocný a jak vážně či v jaké fyzické kondici se nachází (Bártlová, 2005).

Potřeba smysluplného světa

Každý člověk v každém věku potřebuje správné životní podněty. Tyto vedou k tomu, aby každý poznával sám sebe a své okolí, kde žije a věděl, k čemu získané poznatky a informace může využít.

Výše zmíněné změny ve stáří mají za následek také změny rytmu organismu. Člověk má tendenci se stále více uchylovat k činnostem, které zná a které jsou v něm hluboce zakořeněny a nechtějí na nich nic měnit. Přesun do ústavního zařízení, byť velmi kvalitního a profesionálně organizovaného může vzít starému člověku smysl života. Je tedy důležité umožnit mu, aby nadále, v co největší možné míře, mohl žít život jako předtím.

Je dobré zjistit, jaké měl klient rituály ve svém životě, např. pozdravení, oslavy, stolování atd. Jaké postupy při práci a různých, často vykonávaných činnostech, používal či zda dělal věci spíše bez rozmyslu a co vlastně dělal rád. Kdy potřebuje být sám, stažen do sebe a v určité

izolaci nebo jaký druh a formy zábavy volil, jak trávil volný čas a zda vůbec nějaký měl. Jaké měl způsoby chování v určitých situacích a jaké byly jeho vztahy s okolím.

Pokud pracovník, ať už zdravotnický či sociální, který se o klienta stará v ústavním zařízení, přihlédne k těmto aspektům, je poskytovaná péče mnohem kvalitnější (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Potřeba jistoty sociální role a pozice

Jako každý člověk, i senior potřebuje někam patřit, ať tráví život doma nebo v domovu pro seniory či v jiném zařízení. Ve vyšším věku, v důsledku sociálních změn a ztrát, mnohdy těžko přijímanými, může docházet ke ztrátě pocitu jistoty sociální role a důležitosti pro okolí (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Potřeba identity a uznání vlastní osobnosti

Nejenom nemoc, ale také stáří vede k pozměnění chápání vlastního lidského obrazu a celkovému vnímání svojí identity. Dochází ke ztrátě autonomie a také ke ztrátě kontroly nad svým životem.

Pro každého člověka, v každém věku, je velmi důležité mít svůj život pod kontrolou a moci rozhodovat samostatně o svých činnostech a záležitostech a také se uznávat takový, jaký je a získat pocit důležitosti.

Každý senior, a nejen senior, by si měl umět odpovědět, anebo být veden k tomu, aby si odpověděl na několik základních otázek, které utvářejí náš náhled na sebe sama a vnímání vlastní identity a osobnosti. Je důležité, aby pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách uznávali klientovi způsoby, nárok na soukromí atd. (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Potřeba otevřené budoucnosti, naděje a perspektivy

Starý člověk se potřebuje na něco těšit a mnohdy stačí, aby to byly maličkosti všedního dne. Je proto dobré počítat s tím v harmonogramu dne v domově, např. procházka, společná písnička apod. Způsobů, jak udělat den hezčí a veselejší je mnoho.

Senior má mnohdy obavy z budoucnosti. Je proto důležité zjistit, jaké konkrétní smutky, obavy, postoje, ztráty či přání konkrétní klient má. Je velmi důležité, aby měl hlavně víru ve vlastní schopnosti a naději, že blízkost a sociální účast neselže. Úcta k člověku je totiž největším projevem lidské podpory a opory a je třeba, aby toto jednoduché pravidlo měl na paměti každý pracovník pomáhající profese (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.4.4 Služby pro seniory

Model služeb pro seniory by měl představovat komplexní celek, který řeší jednak poskytování sociálních, jednak služeb zdravotních se zaměřením na potřeby ve starším věku a to v obou těchto oblastech. Od standardizovaných služeb je potřeba směřovat čím dál více ke službám pružným reflektujícím potřeby seniora- jednotlivce. Tato snaha o co největší individualizaci a přizpůsobení péče konkrétním potřebám konkrétního člověka je nejen v oblasti poskytování terénních služeb – v domácnosti klienta, ale také ve službách ústavní péče (Formánková, 2009).

Domovy pro seniory

Patří mezi služby sociální péče. V domovech pro seniory jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a především kvůli vyššímu věku. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V těchto zařízeních jsou poskytovány činnosti: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti (108/2006).

Pomoc je poskytována taky při prosazování osobních zájmů klienta a je poskytována za úplatu (Ministerstvo práce a soc. věcí).

Péči klientům v nich poskytuje kvalifikovaný personál, skládající se jednak ze zdravotnických pracovníků a jednak ze sociálních pracovníků a jejich vzájemné spolupráce. Poskytované služby se řídí sedmi výše zmíněnými principy, které platí obecně pro všechny poskytované sociální služby. Pracovníci se snaží zachovávat nezávislost a autonomii klientů a jejich spoluúčast na každodenním dění v domově. Důležitou součástí je také začlenění a integrace do kolektivu domova a přitom respektování potřeb klienta, jeho individualitou, protože není

model, který by vyhovoval všem klientům. Snaží se o partnerství a spolupráci ve všech úkonech, činnostech a rozhodování. Samozřejmě musí být také kvalita poskytované péče dle standardů, protože klienti, jakéhokoli zařízení poskytující sociální péči, jsou zranitelní a v nevýhodě. Všichni klienti musí mít stejné možnosti, samozřejmě s ohledem na jejich zdravotní stav (Bílá kniha soc. služeb, 2003).

Spolupráce s rodinou

Dobrá spolupráce a komunikace s rodinou je velmi důležitá. Rodina je zdrojem objektivních informací o klientově minulosti a jeho současné situaci (Kuzníková, 2011).

Rodinní příslušníci se zapojují poměrně aktivně do ošetrovatelské péče o seniora při jeho pobytu v domově pro seniory. Dle seniorů samotných je to v 67, 3 % případů a dle zdravotnického personálu se rodina aktivně podílí na péči v 73, 6 % případů. Rodina se také často informuje na zdravotní a psychický stav svých blízkých, a to až v 65, 5 % (Sladká, Machová, 2008).

Charta práv a povinností osob v dlouhodobé péči

Tato charta byla vydána Evropskou unií a obsahuje práva a povinnosti osob, které jsou v dlouhodobé péči a potřebují pomoc druhých osob. Tým pečující o klienty v domovech pro seniory je týmem poskytovatelů sociálních služeb a skládá se ze zdravotnických pracovníků a sociálních pracovníků. Každý starší a starý člověk v ústavní péči má právo na důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svobodu a bezpečnost a materiální zabezpečení, právo na sebeurčení, na soukromí, právo na vysoce kvalitní péči na míru, právo na personalizovanou informaci, radu a informovaný souhlas, právo komunikovat a podílet se na kulturním životě společnosti, svobodu projevu a svobodu myšlení, uvědomění, právo na paliativní péči, podporu, na důstojné umírání a smrt a právo na nápravu.

Mezi povinnostmi je uvedena například povinnost respektovat pečující osoby, práva a potřeby druhých lidí, s kterými dlouhodobě žijí a pracují apod. (Evropská Charta, 2010).

1.5 INTERDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PÉČI O SENIORA

1.5.1 Předpoklady pro úspěšnou spolupráci

Jak uvádí a zdůrazňuje Kuzníková (2011), komplexnost péče o klienty v domovech pro seniory a vůbec v celém oboru medicíny a sociální péče má čím dál více interdisciplinární povahu a dobrá spolupráce jeho jednotlivých článků, tedy pracovníků, je základem úspěchu.

Každý z pracovníků vynakládá značnou energii při péči o klienta a také čas a peníze při celoživotním vzdělávání. Zda se konkrétní sociální či zdravotnický pracovník prosadí jako plnohodnotná součást týmu, záleží na jeho osobnosti, přístupu a schopnostech a také na chuti učit se nové věci a poznatky.

Mezi pravidla úspěšné spolupráce patří funkční propojení spolupráce mezi jednotlivými pracovníky, klientem a jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právníckými osobami i mimo zařízení. Míra spolupráce se odvíjí od vymezené náplně práce konkrétního domova pro seniory či jiného zařízení.

Spolupráce je komplexní a velmi dynamický proces, při kterém dva i více pracovníků poskytují pomoc klientům nebo členům rodiny klienta.

Integrovaný plán péče orientovaný na klienty musí mít jasně vymezené plány a cíle. Problém při péči nastává, pokud nejsou jasně specifikovány role a povinnosti jednotlivých členů a nejsou stanoveny intervence, kterými mohou v konkrétních případech disponovat a uplatňovat je (Kuzníková, 2011).

1.5.2 Zdravotničtí pracovníci

Stejně jako v nemocnicích, tak i v domovech pro seniory mohou pracovat tři stupně zdravotnických pracovníků. Získávání oprávnění k výkonu povolání a rozdělení pracovníků do jednotlivých kategorií je prováděno podle zákona č. 96/2004 Sb., upraveného novelou zákona č. 125/2005 Sb., dále novelou č. 105/2011. V dalších letech by mělo dojít k další změně zákona a díky tomu zvýšení kompetencí nelékařských zdr. pracovníků.

První skupinu tvoří pracovníci, kteří mohou toto povolání vykonávat pouze pod přímým vedením. Toto povolání je nejnižší možnou variantou výkonu zdravotnického povolání, které naše legislativa umožňuje. Do této skupiny patří sanitáři, ošetřovatelky, ošetřovatelé či

laboranti apod. Pro výkon jimi prováděných úkonů a činností je nutné přímé vedení zdravotnického pracovníka, který je oprávněn vykonávat povolání zdravotnického pracovníka bez odborného dohledu.

Druhou skupinou jsou zdravotničtí pracovníci, kteří mohou výkony provádět pod odborným dohledem zcela způsobilého zdravotnického pracovníka. Od něj dostává úkoly a v případě nejistoty o správnosti nějakého postupu či jiných nejasnostech může s tímto odborně způsobilým pracovníkem práci konzultovat. Vlastní úkony může ovšem provádět samostatně. Do této kategorie patří zdravotní asistenti.

Poslední a nejvyšší kategorií zdravotnických pracovníků je již výše zmíněná kategorie pracovníků, kteří mohou pracovat bez odborného dohledu. Tito pracovníci mohou činnosti vykonávat zcela samostatně, ale většinou podle indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Do této kategorie spadají všeobecné zdravotní sestry a bratři a porodní asistentky (ČLK, 2005).

Zdravotničtí pracovníci, dle kategorie, do které patří, provádí u klienta odborné ošetrovatelské úkony a činnosti. Všeobecné sestry pečují o dekubity, případně hojící se nebo chronické rány různého druhu, o stav výživy a hydratace, hygienu těla, podávání a aplikaci léků různými způsoby.

1.5.3 Sociální pracovníci

Výkon povolání sociálního pracovníka a získání oprávnění k tomuto povolání definuje taktéž zákon č. 108/2006 Sb.

Sociální pracovník má za úkol vykonávat sociální šetření, zabezpečovat sociální agendy a řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v těchto zařízeních atd. (z. č. 108/2006 Sb.)

Předpokladem pro výkon tohoto povolání je způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost, bezúhonnost a dostatečná odborná způsobilost. Vzdělání pro vykonávání povolání lze získat absolvováním vzdělávacího akreditovaného programu, vysokoškolským studiem. Pro výkon povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče má sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník

po získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání zvláštního právního předpisu (zákon č. 108/2006 Sb.).

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních je zřejmá. Přesto není jejich pozice v týmu odborníků zcela vyjasněna a může docházet k problémům v komunikaci jednotlivých členů týmu a při vzájemném vymezení kompetencí a pracovní náplně jednotlivých pracovníků. Začlenění sociálního pracovníka je předpokladem k poskytování komplexní a kvalitní péče klientovi nejen domova pro seniory, ale i jiných zdravotnických a sociálních zařízení (Kuzníková, 2011).

1.5.4 Další spolupráce

Jak uvádí Kuzníková (2011) interdisciplinární tým konkrétního domova pro seniory spolupracuje při zajištění péče o klienta jeho práv také s dalšími pracovníky. Nejčastěji to jsou sociální pracovníci obecních úřadů, úřady práce, správa sociálního zabezpečení, policie České republiky, praktičtí lékaři, soudy, organizace poskytující zdravotní služby nebo organizace zajišťující služby terénní či služby sociální prevence.

1.5.5 Zapojení klienta

Snaha o zapojení klienta do procesu péče by měla být samozřejmostí a měla by být každodenní součástí práce týmu.

Je součástí koordinační činnosti sociálního pracovníka a stejně tak zdravotníka, který provádí ošetrovatelský proces u klienta (Kuzníková, 2011).

Nejdůležitějším prvkem pro aktivní zapojení klienta je motivace (Klevetová, Dlabalová, 2008). Motivace znamená proces usměrňování a udržování a energetizaci chování a také zvýšení aktivity (Hartl, Hartlová, 2004). Je to hybná páka chování, která nutí každého člověka uspokojovat své potřeby. Aby členové týmu dosáhly tohoto efektu i u starého a často nemocného člověka, je třeba v něm probudit touhu po dosažení cíle, utvrzovat ho ve víře ve vlastní schopnosti a nechat mu prostor pro samostatné rozhodování, jak a jaké změny chce vlastně dosáhnout a to v co největší možné míře (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Dobré je také využít životní hodnoty člověka a tím jej motivovat. V. E. Frankl rozděluje tyto životní hodnoty do třech velkých skupin. První skupinu tvoří tvůrčí hodnoty, při kterých člověk něco tvoří ve svůj prospěch či k prospěchu společnosti nebo určitého společenství. V domově pro seniory to mohou být i malé úkony, které člověk vykoná a má ze sebe dobrý pocit, je si vědom vlastních schopností a soběstačnosti, byť snížené. Např. čištění zubů, vytvoření účesu, menší úklid pokoje apod. (Klvetová, Dlabalová, 2008).

Druhá oblast zahrnuje hodnoty zážitkové, ve které hraje významnou roli schopnost přijímat zážitky ze světa, ze svého okolí. K těmto hodnotám patří láska, krása, dobro. Tyto hodnoty mají trvalý charakter. Hodnota prožitého a krásného z minulosti totiž utváří osobnost člověka a ve vyšším věku ovlivňuje jeho postoje, jednání a chování (Klvetová, Dlabalová, 2008). Roli v této oblasti hrají vzpomínky. Je proto možné seniora motivovat i vyvoláním příjemných vzpomínek a vjemů z minulosti. Tímto se zabývá reminiscence, tedy uvolňování vzpomínek z minulosti. Cílem je vyvolat příjemné a milé vzpomínky z minulosti a pomoci tak člověku zvládnout situace v přítomnosti. Reminiscenční techniky mohou být provozovány i ve skupině a přinášejí i další pozitiva, např. společná setkání, vzájemné poznávání jednotlivých uživatelů sociálních služeb, zlepšení komunikace, posílení lidské komunikace atd. (Janečková, Vacková, 2010).

Poslední skupinou hodnot dle V. F. Frankla jsou postojové hodnoty. Tyto hodnoty se během života utvářejí a také mění s ohledem na aktuální potřeby a situaci jedince. Je proto dobré znát životní postoje seniory, alespoň zprostředkovaně od rodinných příslušníků a zohlednit je při péči o něj (Klvetová, Dlabalová, 2008).

1.5.6 Úskalí spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků

Jako každá víceoborová spolupráce skládající se z několika článků, tak i spolupráce sociálních a zdravotnických pracovníků má jistá úskalí. Pokud ovšem všichni členové týmu mají na zřeteli jeden stejný cíl, tedy spokojeného a zajištěného klienta, je riziko nedorozumění a chyb při poskytování péče mnohem menší.

Týmové role

V každém týmu či skupině lidí vznikají nebo jsou do nich vnášeny role. Mohou být vnášeny formálně nebo neformálně. Jednotlivé role, tedy jednotliví členové týmu, se vzájemně doplňují při řešení problémů a různých situací, které mohou vzniknout. Důležitou úlohu má role vedoucího týmu, tedy např. staniční sestry či vedoucí nebo ředitel domova pro seniory. Ideální je případ, kdy tento lídr týmu, má nejen formální autoritu, pramenící z jeho funkce, ale také autoritu osobnostní, která pramení z jeho založení, schopností, dovedností a zkušeností (Plamínek, 2009).

Kompetence a povinnosti

Jedním z úskalí je nedostatečné definování povinností a kompetencí členů týmu. Každý by měl mít jasně stanoveno, co může, má a musí a v jakém případě provádět. Jednotlivé ošetrovatelské postupy by měly být prováděny podle platných standardů zařízení a tyto standardy by měly vycházet ze standardů Ministerstva zdravotnictví České republiky (Kuzníková, 2011). Příslušné pravomoci a odpovědnosti musí být zcela jednoznačně definovány v rámci vedení zdravotnické organizace, tak jednotlivých klinik či oddělení (Pešek, 2003). Nemělo by také docházet k samovolnému přenášení kompetencí, především mezi zdravotnickými pracovníky jednotlivých kategorií. Rámcově jsou povinnosti jak zdravotnického, tak sociálního pracovníka stanoveny zákonem a jejich dodržování je zárukou kvality konkrétního pracoviště (Kuzníková, 2011).

Standardy mohou být organizační, oborové a profesní. Tak jako všechny procesy v organizaci i rozvoj kvality sociální nebo ošetrovatelské péče vyžaduje a potřebuje řízení kvality neboli management. Ten by měl zajišťovat vedoucí organizace – ředitel či ředitelka a to dle moderních postupů zachovávajících lidskou důstojnost každého pracovníka (Kuzníková, 2011).

Plánování péče

Péče o klienta a její jednotlivé složky by měly být jasně naplánovány. V průběhu plánovacího procesu je třeba stanovit cíle organizace u konkrétního pacienta a mají být jasně měřitelné

a vyhodnotitelné. O těchto cílech mají být informováni všichni členové týmu, kteří poskytují klientovi péči (Pešek, 2003).

Dokumentace

Zdravotnická dokumentace nemá v současnosti jednotnou formu a liší se nejen obsahem, ale také zavedenými pravidly pro její vedení a užívání. Je různý i pohled, jak tuto dokumentaci a informace v ní obsažené uchránit před zneužitím. Do zdravotnické dokumentace patří nejenom dokumentace klienta, ale také dokumentace organizace jako takové, např. záznamy o přezkoušení funkčnosti systému jakosti vedení, o kvalifikaci personálu atd. (Pešek, 2003).

Chování pracovníků ke klientům

Chování všech pracovníků týmu by měly znamenat přístup přemýšlivý a vstřícný. Klient by měl být vnímán jako bio-psycho-sociální bytost. Tedy jako bytost celistvá se svými potřebami, touhami a svým způsobem vnímání světa, které je mnohdy ovlivněno právě již vyšším věkem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2010).

Mělo by být produktivní a postihovat a reagovat na objektivní stránku nemoci, osobní psychickou a sociální situaci klienta, jeho osobnostní zvláštnosti, prožitky, vliv prostředí, prognózu do budoucna (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2010).

Hodnocení

Jak uvádí Plamínek (2009) hodnocení provádí každý, kdo chce ovšem hodnotit jiné, měl by si uvědomit, k čemu slouží celý proces, jak mají správně vypadat jednotlivé postupy úkonů a činností a k čemu konečně slouží i proces hodnocení. Je to základní nástroj působení na jednotlivé pracovníky. Hodnocení by nemělo sklouzávat ke snaze najít a odhalit chybu jednotlivce, ale spíše odhalit a především napravit chybu v systému a mělo by vést k rozvoji lidských zdrojů.

Díky rozvoji lidských zdrojů, pracovníků v sociálních službách, dojde i k rozvoji péče o seniory v domovech.

Konflikty

Není vždy úplně jednoduché určit, kde konflikt začíná a kde končí. V péči o nemocné lidi nebo seniory se může konflikt objevit poměrně snadno. Může být mezi pracovníky nebo mezi pracovníkem a klientem. Je velmi důležité umět řešit konflikt hned od počátku a nenechat ho přerůst v problém, který bude omezovat práci celého týmu a povede např. ke změně směn, kdy jeden konkrétní pracovník nebude ochoten spolupracovat s jiným. Pokud nejsou konflikt schopny vyřešit zúčastněné strany, je potřeba, aby se o vyřešení záležitosti postaral nadřízený pracovník. Při řešení je třeba dodržovat některé zásady, jako jasnost sdělení, srozumitelnost, stručnost, názornost, hlasitost projevu a tón hlasu, vcítění se do aktérů konfliktu, hledat shodu se skutečností atd. a snažit se konflikt vyřešit nebo najít optimální řešení pro obě strany, případně napravit škodu způsobenou konfliktem (Gruber, 2009).

1.6 KOMUNIKACE V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU

Komunikace a komunikování znamená vzájemné dorozumívání, sdělování informací ostatním lidem (Hartl, Hartlová, 2004).

Pro všechny pracovníky, kteří pracují v pomáhajících profesích, tedy obzvláště pro zdravotníky a sociální pracovníky je velmi důležitá oblast sociálních dovedností. Schopnost interakce s klientem i s ostatními kolegy a nadřízenými a také s rodinou klienta. Komunikace a interakce mezi lidmi probíhá neustále. Zaznamenáváme ji intenzivně či méně intenzivně nebo jen tak mimoděk, nemůžeme ovšem s okolním světem nekomunikovat vůbec (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.6.1 Komunikace mezi členy týmu

Sdělování informací mezi zdravotníky a sociálními pracovníky probíhá při směně, ráno a v podvečer při předání směny, psanou formou prostřednictvím dokumentace klienta.

Každá komunikace obsahuje nějak sdělení, tedy věcnou informaci, kterou sděluje jeden člověk (zdroj) druhému člověku (příjemci). Kromě věcného obsahu ovšem sdělujeme něco o sobě a také to, co si myslí o příjemci či o někom třetím. V domově pro seniory se tak může jeden pracovník od druhého dozvědět např. jaký je postoj ke klientovi či k nám nebo jinému kolegovi. V práci by ovšem mělo být co nejvíce odtrhována věcná a vztahová rovina a měl by být kladen důraz na sdělení jasné a věcné informace bez zkreslení osobními sympatiemi či antipatiemi k příjemci nebo třetímu člověku, o kterém je informace podávána (Schulz von Thun, 2003).

Nic také neříkáme jen tak, účelem většiny sdělení je nějaká výzva a snaha zapůsobit na příjemce (Schulz von Thun, 2003).

Komunikace mezi členy týmu v domovech pro seniory probíhá neustále a to nejen verbálně, tedy slovně, ale také neverbálně. Mezi neverbální složky komunikace patří řeč těla, tedy mimika, proxemika, haptika, posturologie, kinezika či různými gesty (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.6.2 Komunikace s klientem

Poskytovatelé sociálních služeb by měli umět pomoci seniorovi porozumět okolnímu dění a tomu, co se s ním vlastně děje a proč. Především zdravotničtí pracovníci, kteří jsou neustále klientovi nablízku, by měli stále pracovat na aktivizaci pacienta a snažit se zmírnit omezení, která mohou přinášet problémy v komunikaci. Např. špatný sluch apod. a snažit se zajistit co nejlepší možnou lékařskou a ošetrovatelskou péči pro zlepšení těchto zdravotních handicapů. Důležité je zachovávat lidskou důstojnost, určité oslovení a vykání. Jakékoliv nestandardní oslovení, tedy jinak než jménem nebo univerzitním titulem, musí navrhnout sám klient (Venglářová, Mahrová, 2006).

Důležitým druhem komunikace je rozhovor. Můžeme jej popsat velmi jednoduše – někdo někomu něco říká, sděluje informaci, o něčem druhého informuje. Rozhovor může být edukační, kdy se klienta snažíme něco naučit, např. aplikaci inzulínu injekční stříkačkou do podkoží, terapeutický a informativní. Každý rozhovor by měl mít jasnou významovou strukturu a měl by obsahovat cíl sdělení, věcný obsah, smysl pro příjemce a efekt. Při sdělování informací je třeba přihlídnout ke zdravotnímu a mentálnímu stavu klienta a podle toho volit formu, jakou rozhovor povedeme a jak informace podáme (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.6.3 Komunikace s rodinou

S rodinou je možné komunikovat buď přímo, při osobním setkání nebo prostřednictvím telefonu. Každý pracovník domova pro seniory by měl ovšem informace o klientovi podávat pouze v rozsahu svých kompetencí. Sestra by tedy neměla sdělovat informace týkající se zdravotního stavu apod., ale spíše informovat rodinné příslušníky o tom, jak se pacient má, jak se chová, zda se účastní aktivit domova apod. (Venglářová, Mahrová, 2006).

Je vhodné zachovat věcnou stránku sdělení, tedy informovat věcně a jasně, aby nedošlo k nedorozumění v klidném prostředí bez rušivých podnětů (Venglářová, Mahrová, 2006).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle

- 1) Zjistit, zda je dle sledovaných respondentů, zdravotnický pracovník nezbytný pro efektivní fungování pracovního týmu v domovech pro seniory.
- 2) Zjistit, jaké činnosti a úkony v péči o klienta domova pro seniory realizuje zdravotnický pracovník ve sledovaném vzorku.
- 3) Zjistit, při kterých aktivitách a úkonech spolupracují sociální a zdravotničtí pracovníci při péči o klienta v domovech pro seniory ve sledované skupině respondentů.
- 4) Zjistit, které činnosti a úkony jsou při spolupráci sociálních a zdravotnických pracovníků při péči o klienta v domovech pro seniory prováděny nejefektivněji ve sledované skupině respondentů.

2.1.2 Výzkumné otázky

- 1) Je, dle respondentů ve sledovaném vzorku, zdravotnický pracovník nezbytný pro efektivní fungování pracovního týmu v domovech pro seniory?
- 2) Jaké činnosti a úkony při péči o klienta realizuje zdravotnický pracovník v domovech pro seniory ve sledovaném vzorku respondentů?
- 3) Při kterých aktivitách, péče o klienta, spolupracují sociální a zdravotničtí pracovníci v domovech pro seniory ve sledované skupině respondentů?
- 4) Které činnosti a úkony jsou při spolupráci sociálních a zdravotnických pracovníků, při péči o klienta v domovech pro seniory, prováděny nejefektivněji ve sledovaném vzorku respondentů?

hypotéza

Existuje vztah mezi délkou působení v poskytování sociálních služeb a hodnocením mezirezortní spolupráce MZ a MPSV ČR?

2.2 METODIKA PRŮZKUMU

Místo a období průzkumu

Průzkum byl prováděn v měsících únoru a březnu 2013 ve dvou domovech pro seniory v Pardubickém kraji. Souhlas s provedením průzkumu jsem dostala od vedoucích jednotlivých zařízení, které potvrdily podpisem formuláře z univerzity Pardubice. Nadále si tato zařízení přála zůstat anonymní, a proto nikde v diplomové práci neuvádím jejich název ani adresu.

Metoda průzkumu

Metodou průzkumu byl nestandardizovaný dotazník, který jsem sama vytvořila (viz PŘÍLOHA B). Dotazník obsahoval 16 otázek, které byly zaměřeny na zjištění míry a efektivnosti spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků v činnostech a úkonech prováděných při péči o klienty domovů pro seniory a také na názor poskytovatelů sociálních služeb na celkovou provázanost a návaznost zdravotní a sociální péče v České republice a v konkrétních zařízeních DS 1 a DS 2. V dotazníku se vyskytovaly otázky polytomické výběrové, z nichž u některých byla možnost vlastního upřesnění a jedna identifikační otázka týkající se rozdělení na pracovníky zdravotnické a sociální, která sloužila k pozdějšímu zpracování hypotézy. U zdravotnických pracovníků byla otázka doplněna o upřesnění jejich pozice v zařízení, tedy zda se jedná o všeobecnou sestru či bratra, zdravotnickou asistentku či asistenta, ošetřovatelku nebo ošetřovatele, sanitářku či sanitáře.

Dotazníky jsem předala vedoucím domovů pro seniory, které je následně distribuovaly mezi pracovníky a za 14 dní jsem si je od vedoucích domovů opět vybrala. Vysvětlení a popis postupu vyplňování dotazníku byl uveden v hlavičce dotazníku.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán záměrně. Respondenti byli ze dvou různých domovů pro seniory. Věk ani pohlaví pracovníků domovů nebyl v průzkumu nijak zjišťován. Celkem se průzkumu zúčastnilo 36 pracovníků v sociálních službách. Z tohoto počtu bylo 12 pracovníků sociálních služeb z jednoho domova pro seniory (DS 1) a 24 z druhého domova pro seniory (DS 2). Z DS 1 bylo, z celkového počtu 12 pracovníků, celkem 10 zdravotnických pracovníků

a zbylí 2 respondenti byli sociálními pracovníky domova pro seniory. V DS 2 bylo, z celkového počtu 24 pracovníků, celkem 20 zdravotnických pracovníků a 4 respondenti byli pracovníci sociální. 2 dotazníky jsem byla nucena vyřadit, protože v nich chyběly důležité odpovědi a nebyly tedy pro průzkum relevantní.

Vyhodnocení dotazníku

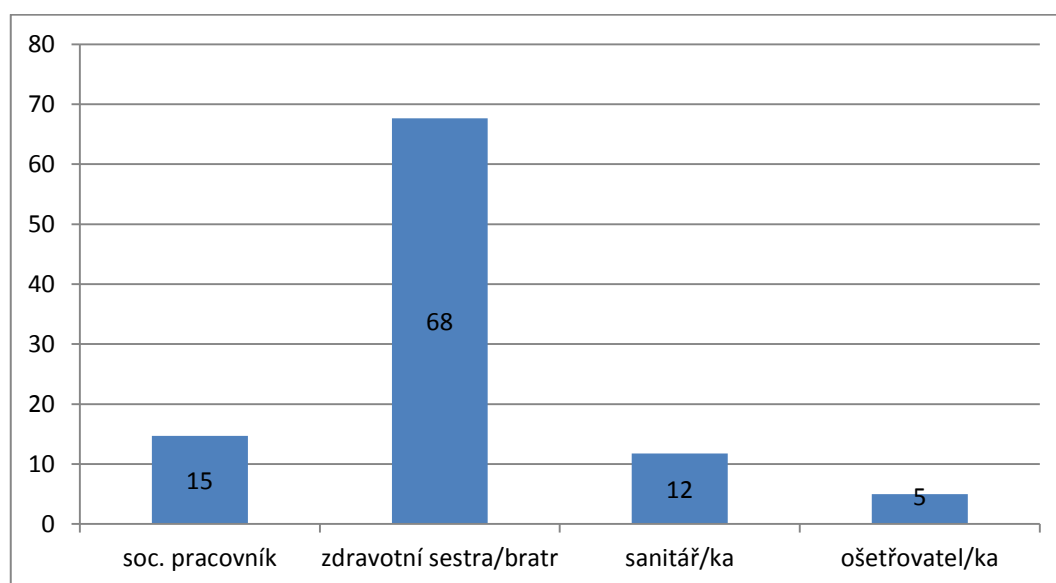
K statistickému vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku jsem použila statistický vzorec $f_i = (n_i / n) \times 100$. Zkratka f_i znamená absolutní četnost jednotlivých prvků (odpovědí) a vztah $(n_i / n) \times 100$ vyjadřuje relativní četnost jednotlivých prvků (odpovědí) v procentech (n_i = počet prvků-odpovědí u jednotlivých možností výběru a n = celkový počet odpovědí-odpovídajících respondentů a následné vynásobení 100). U otázek jsou výsledky odpovědí zpracovány v grafech, kde je znázorněna relativní četnost v %. Tabulky s absolutními četnostmi a relativními četnostmi jsem uvedla v příloze (příloha A) pro ověření správnosti vyhodnocení průzkumu a pro lepší přehlednost. Často se opakující vlastní vyjádření, které se objevovalo shodně ve více dotaznících u stejných otázek, je uvedeno ve slovním hodnocení, v textu pod jednotlivými otázkami.

Výsledky průzkumu jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel 2010 a programu STATISTICA. Pro statistické hodnocení testované hypotézy jsem zvolila test dobré shody chí kvadrát.

2.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Jsem soc. pracovník / zdr. pracovník (všeobecná sestra, všeobecný bratr, zdr. asistent/ka, ošetřovatel/ka, sanitář/ka)

Ve zkoumaném souboru poskytovatelů sociálních služeb bylo celkem 85 % zdravotnických pracovníků. Z tohoto počtu bylo 68 % všeobecných sester/bratrů, 5 % ošetřovatelek či ošetřovatelů a 12 % sanitářek či sanitářů. Zbýlých 15 % tvořili sociální pracovníci.

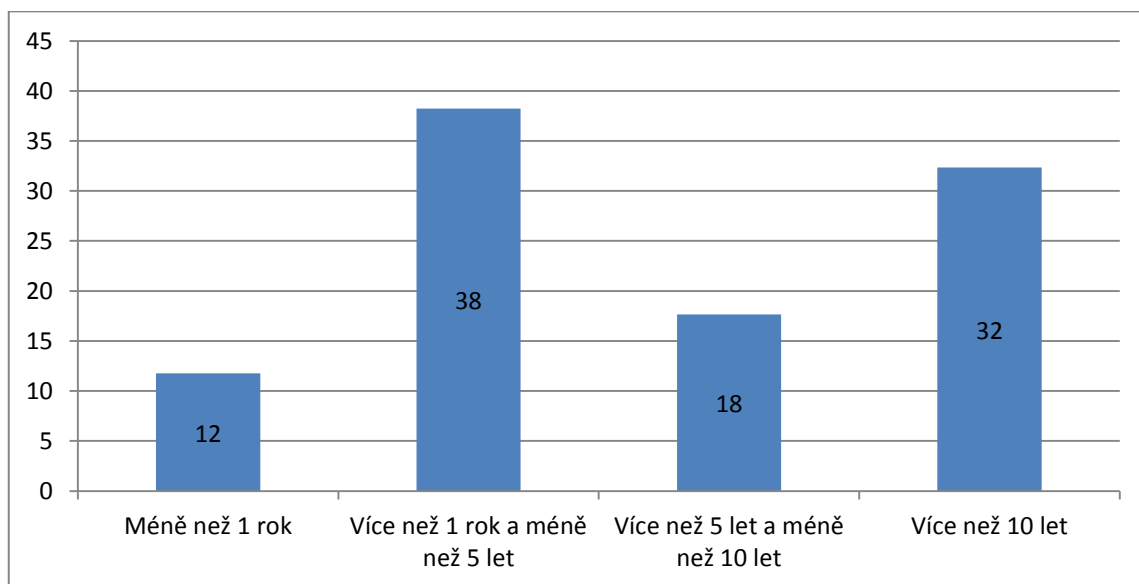


Obr.1 Graf pracovníků soc. služeb podle oboru v %

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete v soc. službách?

- a) *Méně než 1 rok*
- b) *Více než 1 rok a méně než 5 let*
- c) *Více než 5 let a méně než 10 let*
- d) *Více než 10 let*

Délka práce v sociálních službách byla u většiny respondentů delší než 1 rok. 38 % poskytovatelů soc. služeb v této oblasti pracuje více než 1 rok, ale méně než 5 let, 18 % dotázaných déle než 5 let, ale méně než 10 let a 32 % dotázaných pracuje v oblasti poskytování soc. služeb více než 10 let.

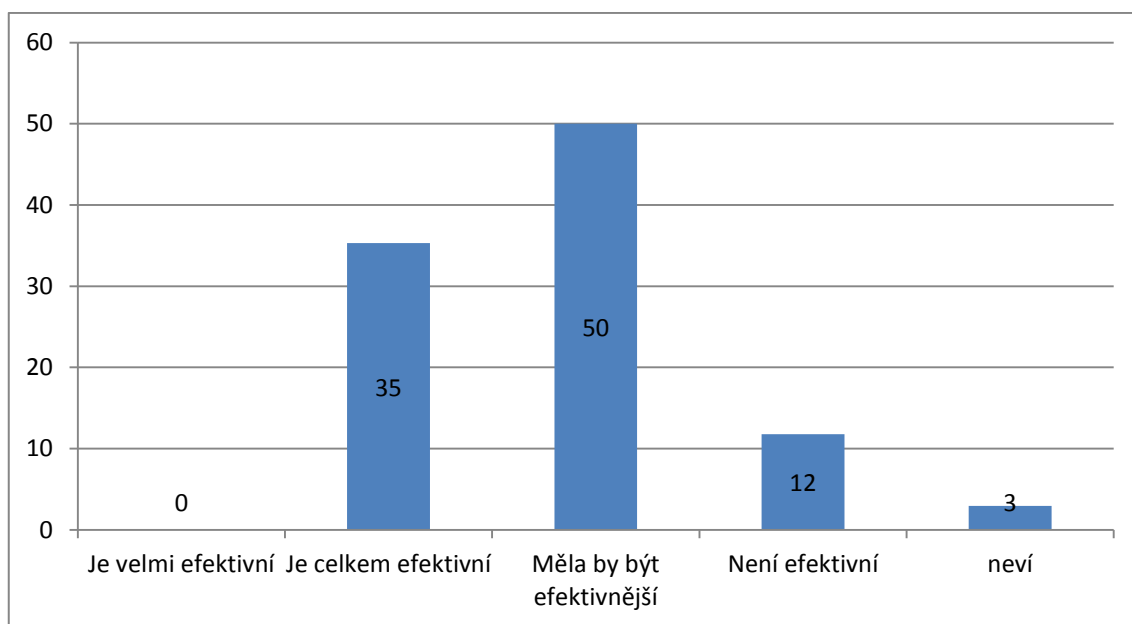


Obr. 2 Graf délky působení v oboru poskytování soc. služeb u pracovníků v %

Otázka č. 3: Jak hodnotíte meziresortní spolupráci MZ a MPSV v ČR? (informace z tisku, internetu, TV, tiskových zpráv aj.)

- a) *Je velmi efektivní*
- b) *Je celkem efektivní*
- c) *Měla by být efektivnější*
- d) *Není efektivní*

V této otázce měli respondenti zhodnotit celkovou efektivitu meziresortní spolupráce sociálních a zdravotních služeb z dostupných informací. Jako velmi efektivní ji nehodnotil žádný z dotázaných. Možnost, že je celkem efektivní vybralo 35 % pracovníků. Názor, že by měla být efektivnější má 50 % respondentů a 12 % uvedlo, že není efektivní. 3 % dotázaných se vyjádřilo, že neví a nechtěli spolupráci hodnotit.

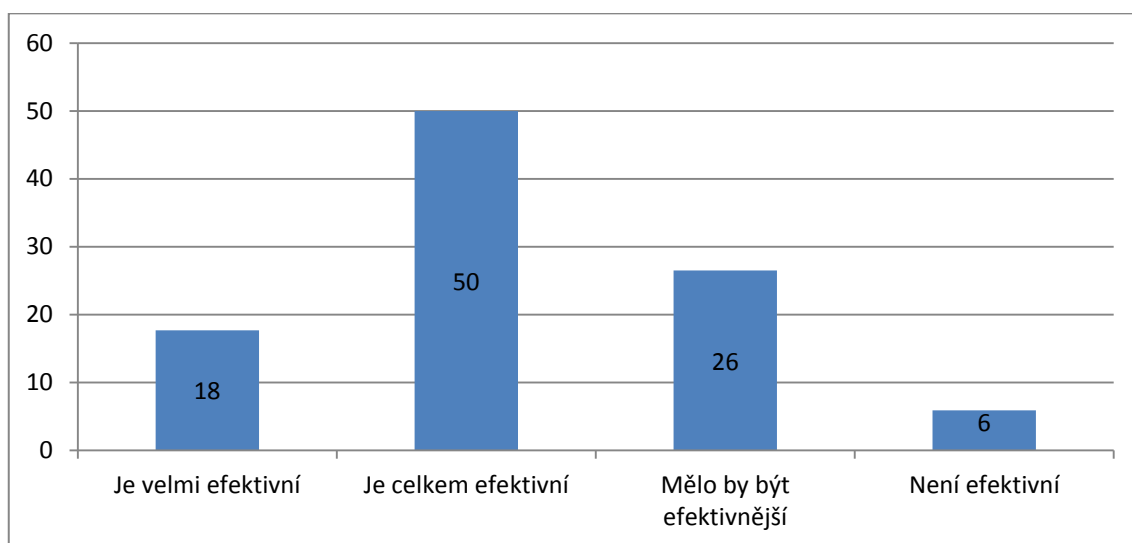


Obr. 3 Graf hodnocení meziresortní spolupráce MZ a MPV v ČR v %

Otázka č. 4: Jak hodnotíte uplatnění zdr. pracovníků při poskytování soc. služeb obecně v ČR? (informace z tisku, internetu, TV, tiskových zpráv aj.)

- a) Je velmi efektivní**
- b) Je celkem efektivní**
- c) Mělo by být efektivnější**
- d) Není efektivní**

V otázce o obecném hodnocení uplatnění zdr. pracovníků při poskytování péče v soc. službách v ČR, z dostupných informací, bylo nejčastěji toto uplatnění hodnoceno jako celkem efektivní, a to u 50 % respondentů. 18 % uplatnění zdr. pracovníků považuje dokonce za velmi efektivní. Jako méně efektivní uplatnění, které by mělo být lepší, zhodnotilo tuto otázku 26 % a jako neefektivní 6 % dotazovaných.



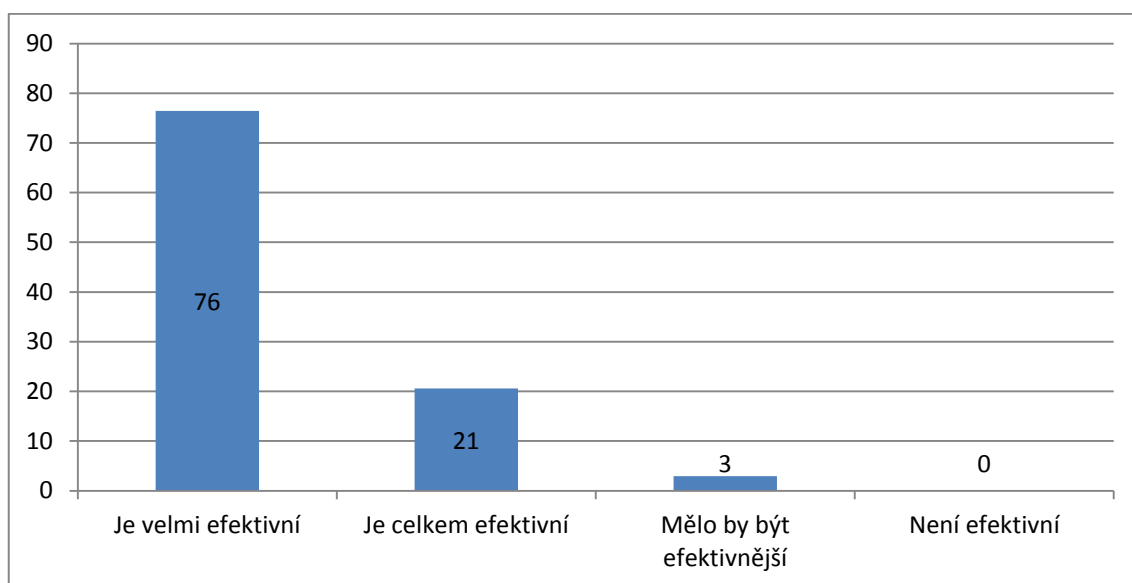
Obr. 4 Graf hodnocení uplatnění zdr. pracovníků v soc. službách v ČR v %

Další otázky se již týkaly konkrétní situace v domovech pro seniory, ve kterých respondenti pracují.

Otázka č. 5: Jak hodnotíte uplatnění zdr. pracovníků při péči o klienta ve Vašem zařízení?

- a) Je velmi efektivní*
- b) Je celkem efektivní*
- c) Mělo by být efektivnější*
- d) Není efektivní*
- e)*

Jako velmi efektivní uplatnění zdr. pracovníků ve svém zařízení hodnotilo 76 % respondentů. Celkem efektivní je dle 21 % a zlepšit by se mělo podle 3 % poskytovatelů soc. služeb.

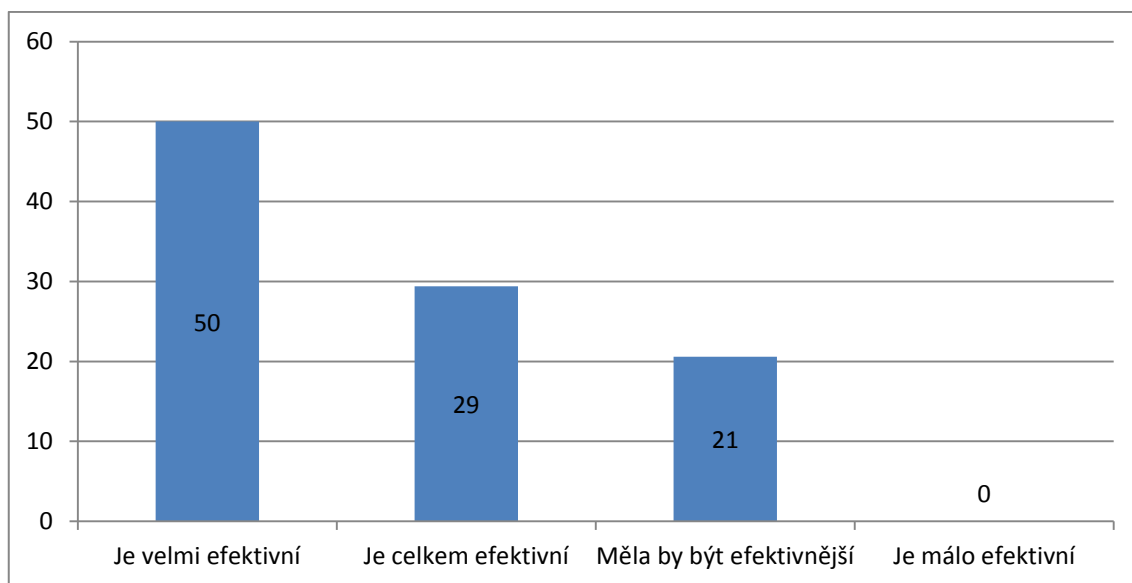


Obr. 5 Graf hodnocení uplatnění zdr. pracovníků v zařízení v %

Otázka č. 6: Jak hodnotíte spolupráci soc. a zdr. pracovníků ve Vašem zařízení při péči o klienta?

- a) Je velmi efektivní**
- b) Je celkem efektivní**
- c) Měla by být efektivnější**
- d) Není efektivní**

V otázce č. 6 jsem se dotazovala na hodnocení spolupráce soc. a zdr. pracovníků při péči o klienta v jejich zařízení. Jako efektivní je vnímána 79 % dotazovaných a efektivněji by si ji představovalo 21 %. Jako málo efektivní spolupráci ji neoznačil nikdo.



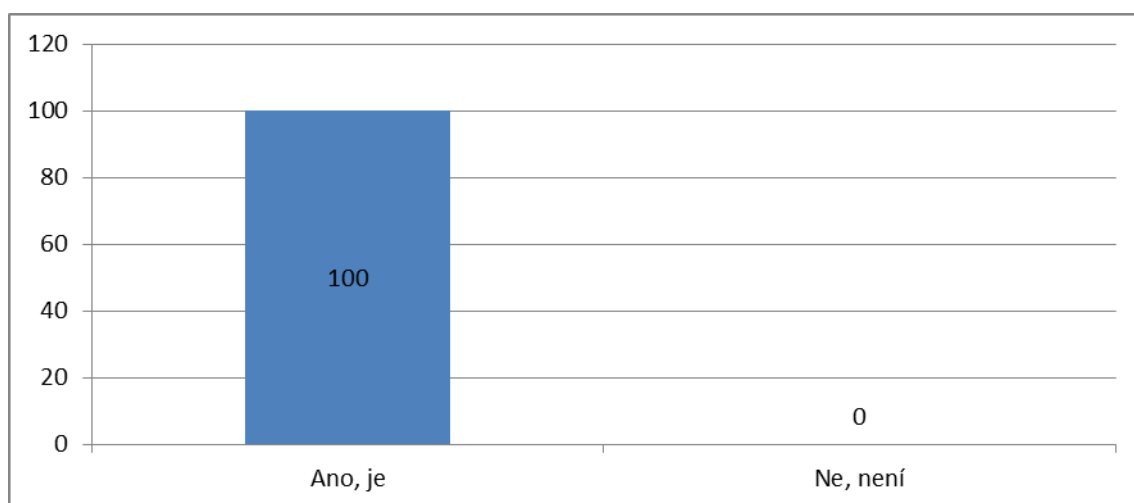
Obr. 6 Graf hodnocení spolupráce soc. a zdr. pracovníků v zařízení v %

Otázka č. 7: Je ve Vašem zařízení nějaká směrnice, která upravuje péči o klienta pro zdr. pracovníky?

a) Ano, je (prosím, uveďte jaká)

b) Ne, není

Všichni respondenti průzkumu uvedli, že je v jejich zařízení směrnice upravující péči o klienta pro zdr. pracovníci. Ve všech odpovědích se jako upřesnění objevovaly standardy a metodické pokyny, přesný název nevedl žádný z dotázaných.

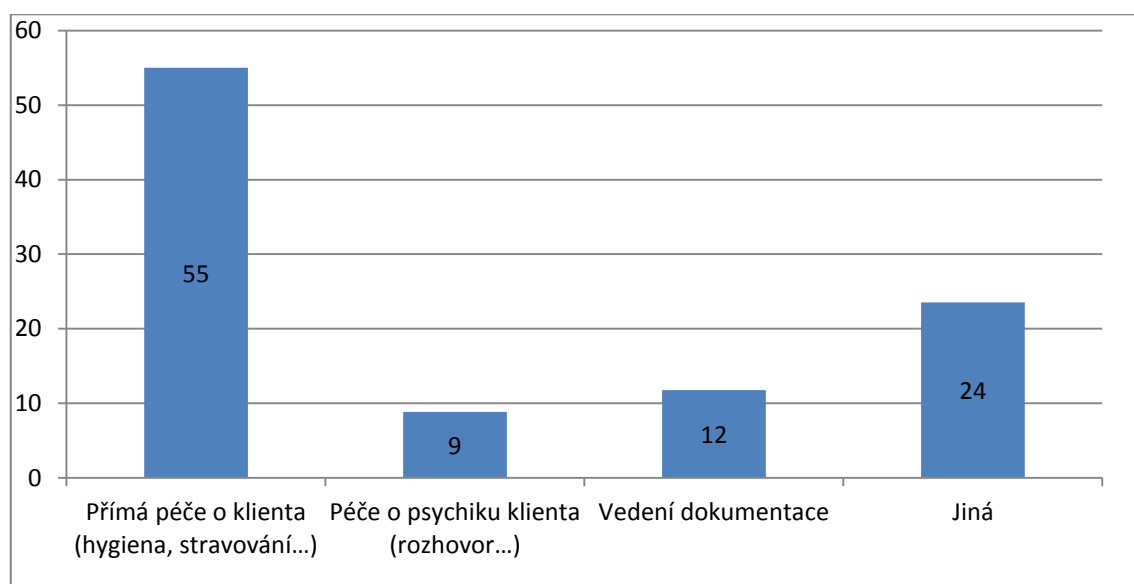


Obr. 7 Graf existence směrnic upravující péči zdr. pracovníků o klienta v %

Otázka č. 8: ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejčastěji?

- a) *Přímá péče o klienta (hygienu, stravování, oš. postupy,)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor,)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Jiná, jaká?*

Z odpovědí u otázky č. 8, ve které oblasti péče o klienta DS se zdr. pracovníci uplatňují nejčastěji, vybírali pracovníci soc. služeb nejčastěji první možnost, přímou péči o klienta, a to v 55 %. Druhou, nejčastěji volenou, byla čtvrtá možnost. Všech 24 % respondentů uvedlo, že nemohou vybrat ani jednu konkrétní odpověď, protože se zdravotníci uplatňují ve všech těchto oblastech stejně často.

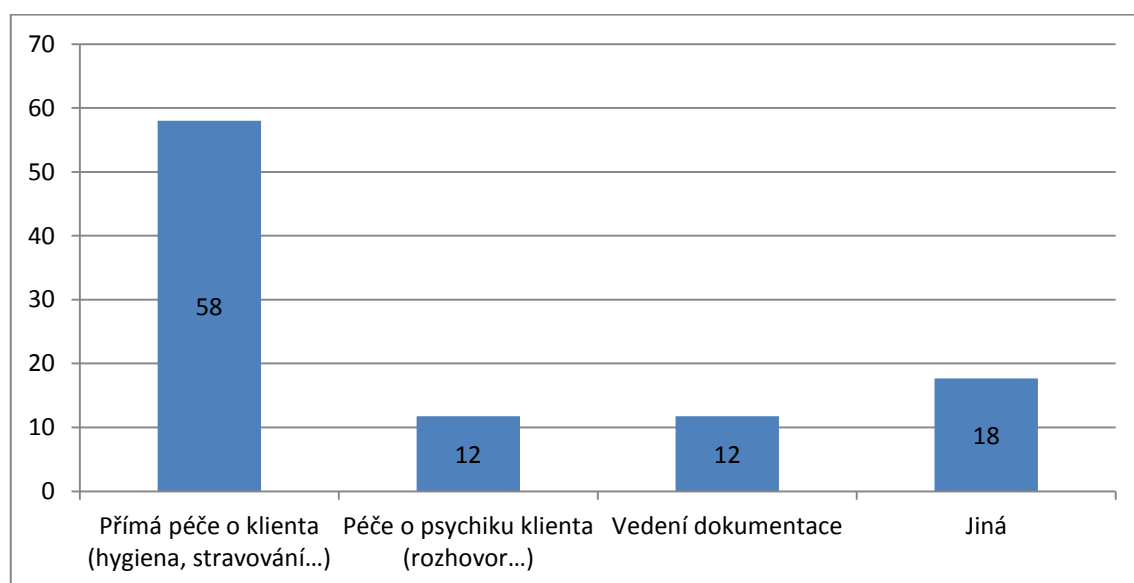


Obr. 8 Graf uplatnění zdr. pracovníků v jednotlivých oblastech péče o klienta v %

Otázka č. 9: Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejefektivněji?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Jiná, jaká?*

V následující otázce měli respondenti zhodnotit efektivitu uplatnění zdr. pracovníků v jednotlivých oblastech. Výsledky navazují na výsledky předchozí otázky. 55 % dotázaných nejefektivněji zdravotníky hodnotí v přímé péči o klienta a dále v 18 % v oblasti jiné, kdy opět všichni dotázaní uvedli při upřesnění, že se efektivně uplatňují ve všech uvedených oblastech. Jako nejefektivnější oblast uplatnění zdr. pracovníků – péče o psychiku klienta a vedení dokumentace – vnímá shodně vždy 12 % PSS.

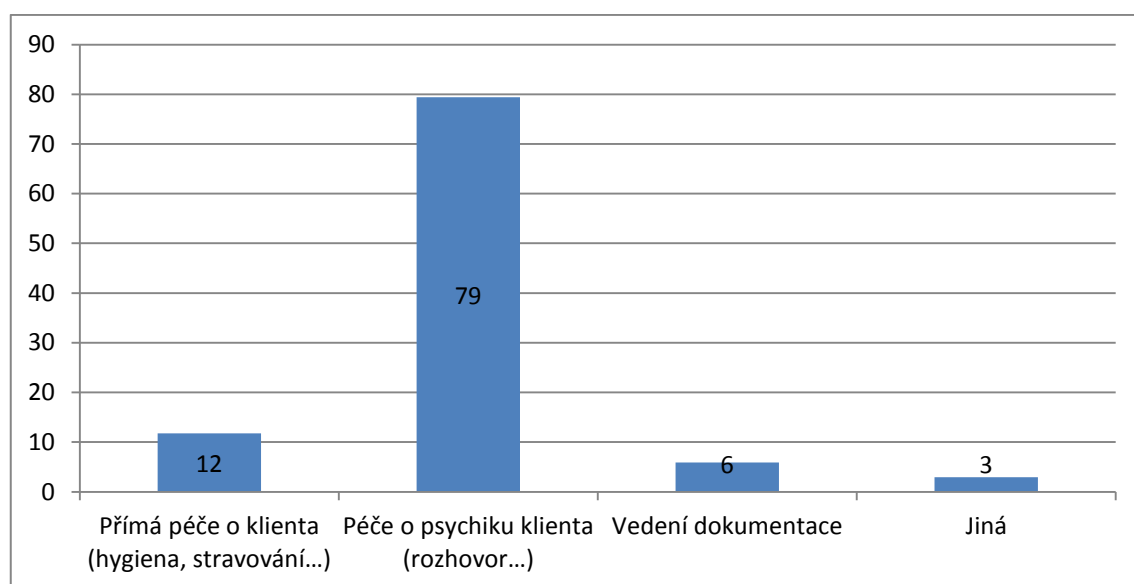


Obr. 9 Graf efektivitu uplatnění zdravotníků v jednotlivých oblastech péče o klienta v %

Otázka č. 10: Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejméně často?

- a) *Přímá péče (hygienu, rozhovor, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Jiná, jaká?*

V této otázce jsem naopak zjišťovala, ve které z uvedených oblastí se v průzkumných zařízeních při péči o klienta uplatňují zdr. pracovníci nejméně často. Podle výsledků je to oblast péče o psychiku klienta, a to v celých 79 %.

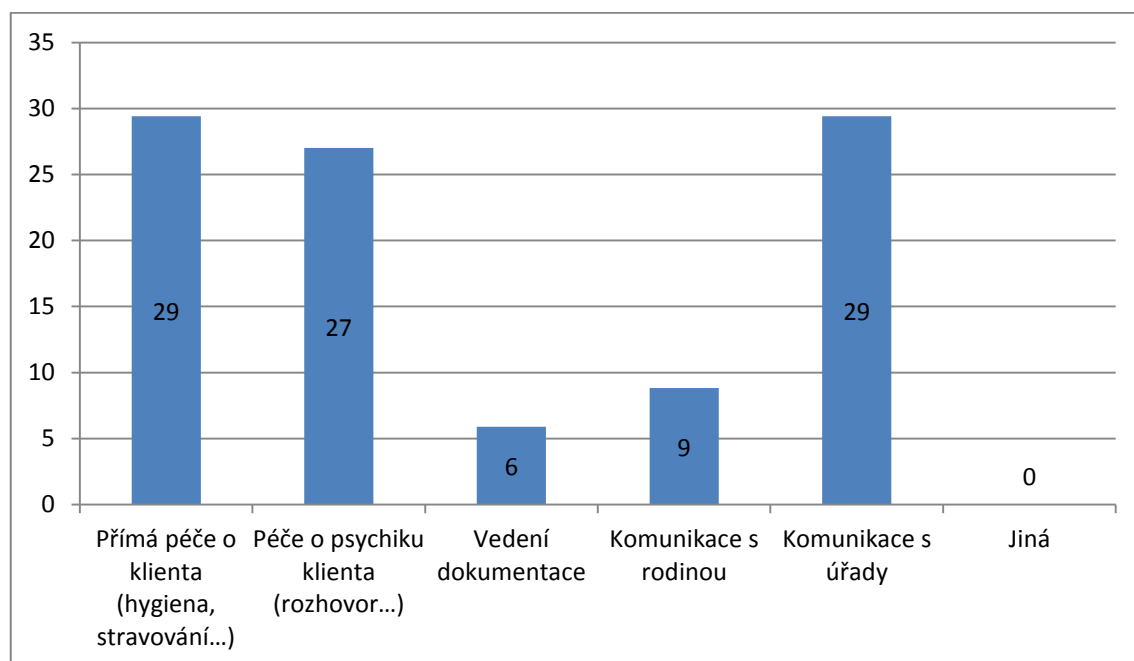


Obr. 10 Graf nejméně častého uplatnění zdravotníků při péči o klienta v %

Otázka č. 11: Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení se uplatňují soc. pracovníci nejčastěji?

- a) *Přímá péče o klienta (hygienu, rozhovor, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Komunikace s rodinou*
- e) *Komunikace s úřady*
- f) *Jiná, jaká?*

Podle průzkumu se soc. pracovníci při péči o klienta uplatňují stejně často v přímé péči o klienta a při komunikaci s úřady v rámci klientova zájmu – shodně 29 % odpovědí u těchto dvou možností. Další častou činností je péče o psychiku klienta, a to podle 27 %. Nejméně často se dle výsledků podílí soc. pracovníci v komunikaci s rodinou – 9 % a při vedení dokumentace – 6 %.

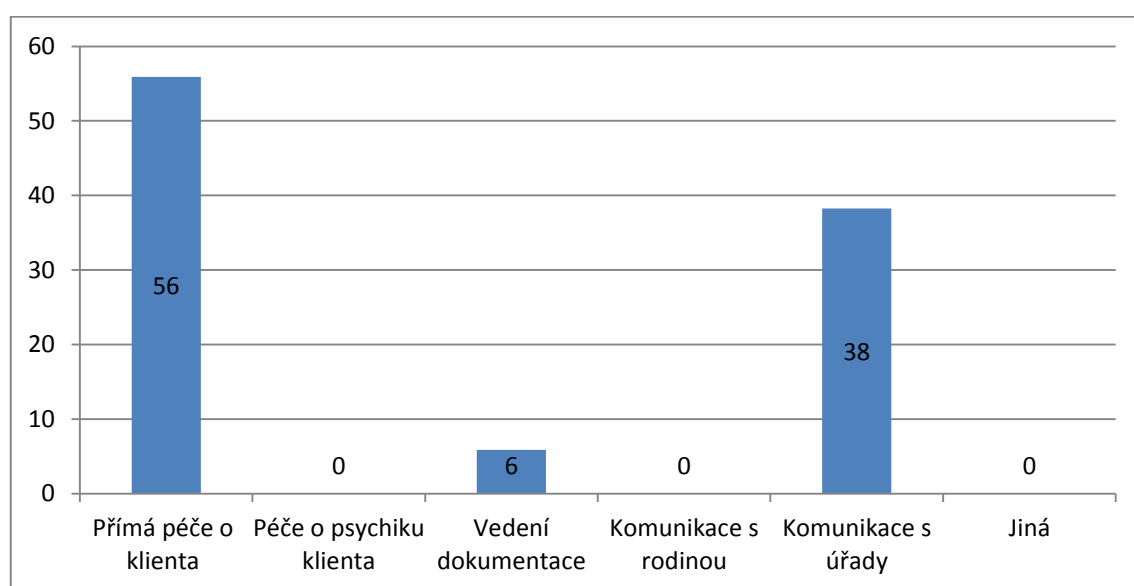


Obr. 11 Graf nejčastěji poskytované péče soc. pracovníky při péči o klienta v %

Otázka č. 12: Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují soc. pracovníci nejméně často?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace komunikace s rodinou*
- d) *Komunikace s úřady*
- e) *Jiná, jaká?*

Při vyhodnocení této otázky nastává zvláštní situace. Podle výsledků u předchozí otázky se soc. pracovníci, ve vyhodnoceném vzorku, podílejí nejčastěji na přímé péči o klienta a na komunikaci s úřady (shodně 29 %). Na otázku, při které z těchto činností se uplatňují nejméně často, ale opět vychází stejné odpovědi – přímá péče o klienta je dle respondentů nejméně častá v 56 % a komunikace s úřady ve 38 % odpovědí. Možné jsou dva důvody vzniku této situace: 1. respondenti nepochopili otázku nebo za 2. hodnocení je velmi subjektivní a záleží na konkrétních zkušenostech pracovníků. Při pohledu do tabulek četností (příloha A) je vidět, že se respondenti rozdělili na dvě skupiny, kdy jedna hodnotí tyto oblasti jako nejčastější náplň práce soc. pracovníků DS a druhá skupina přesně naopak, tedy jako nejméně časté oblasti náplně práce soc. pracovníků.

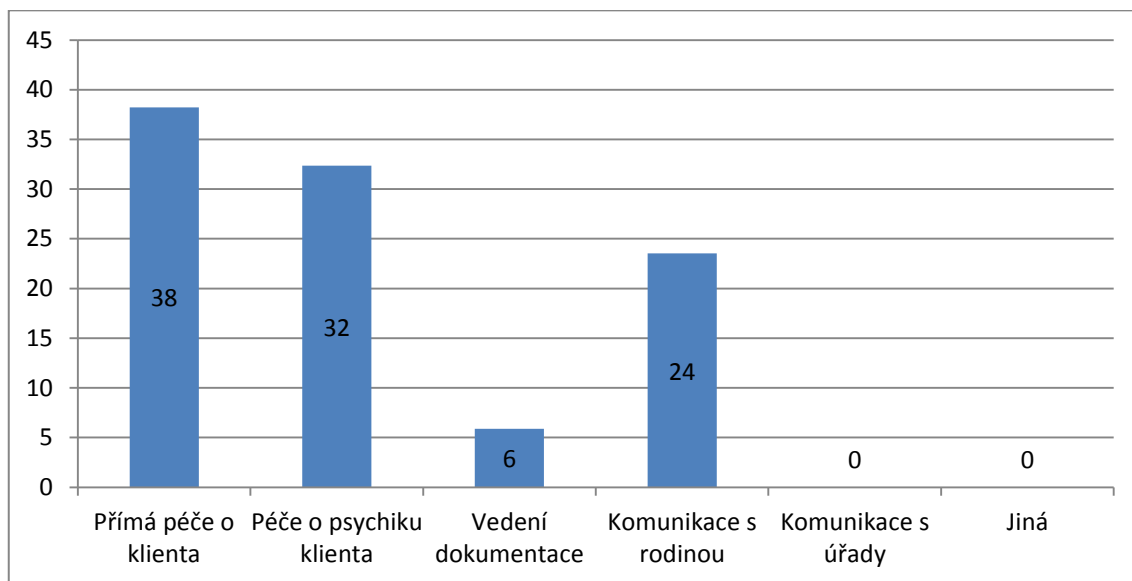


Obr. 12 Graf hodnocení oblastí péče s nejméně častým uplatněním soc. pracovníků v %

Otázka č. 13: Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení je spolupráce soc. a zdr. pracovníků nejčastější?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)***
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)***
- c) *Komunikace s rodinou***
- d) *Komunikace s úřady***
- e) *Jiná, jaká?***

Z otázky na spolupráci soc. a zdr. pracovníků při péči o klienta vychází jako nejčastější oblast spolupráce přímá péče, kterou jako nejčastější hodnotí 38 %. Druhou nejčastější oblastí spolupráce, podle dotazovaných je péče o psychiku klienta (32 %) a třetí nejčastější oblastí je komunikace s rodinou (24 %). Spolupráce není naopak vůbec v oblasti komunikace s úřady.

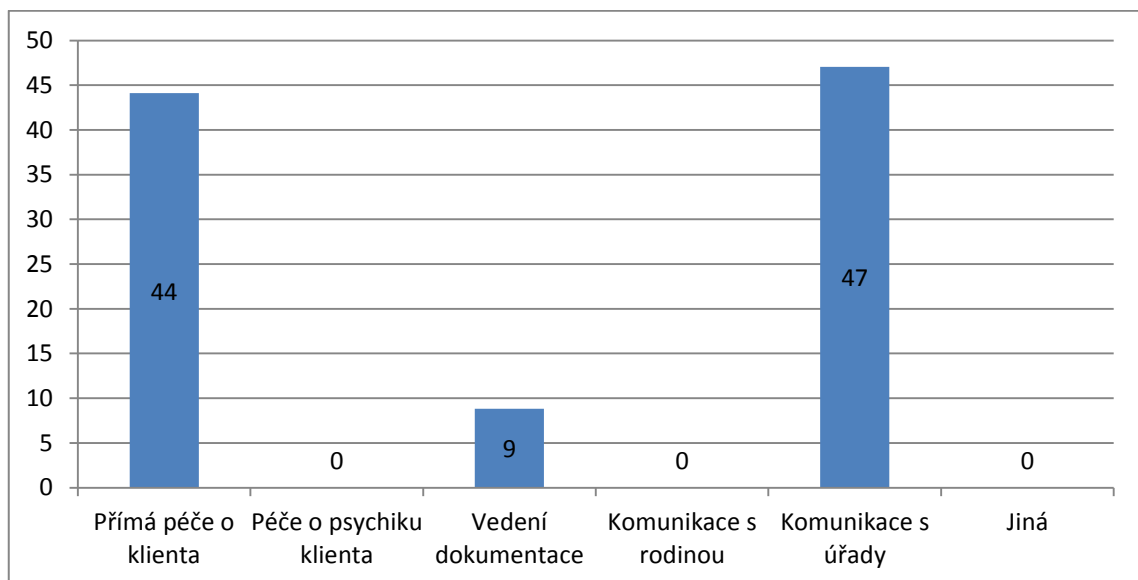


Obr. 13 Graf hodnocení nejčastější oblasti spolupráce zdr. a soc. pracovníků při péči DS v %

Otázka č. 14: Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení je spolupráce soc. a zdr. pracovníků nejméně častá?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Komunikace s rodinou*
- e) *Komunikace s úřady*
- f) *Jiná, jaká?*

Další byla opět otázka opačná, tedy ve kterých oblastech péče o klienta je spolupráce soc. a zdr. pracovníků nejméně častá. Podle výsledků průzkumu je nejméně častou oblastí je spolupráce při komunikaci s úřady, na čemž se shodlo 47 %. Tento výsledek by tedy potvrzoval výsledek předchozí otázky. Ovšem druhou nejméně častou oblastí spolupráce, dle dotazovaných, přímá péče o klienta (44 %).

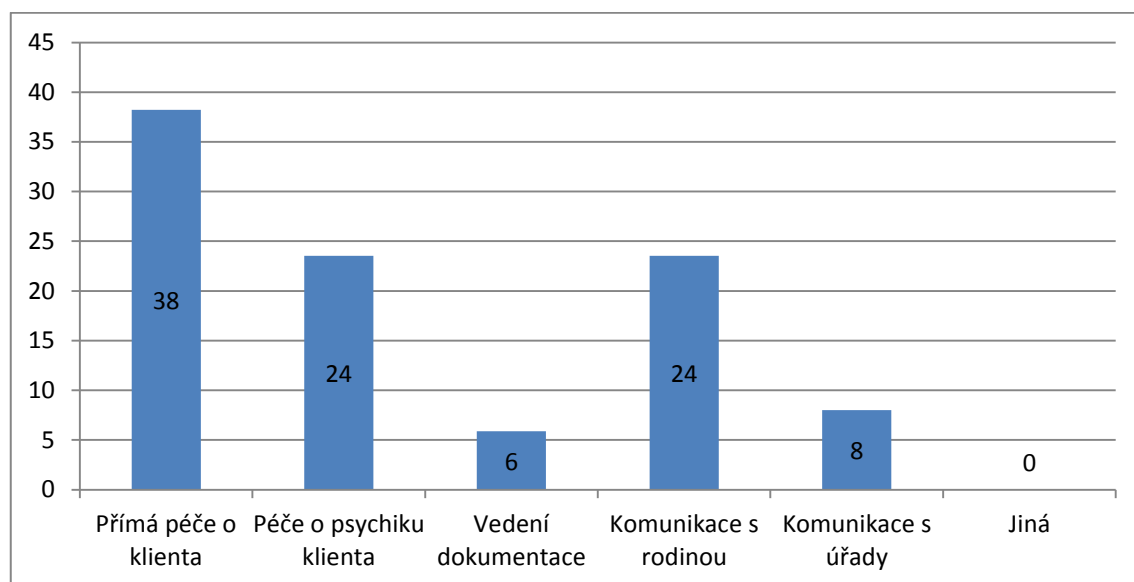


Obr. 14 Graf hodnocení nejméně časté oblasti spolupráce pracovníků při péči v DS v %

Otázka č. 15: Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení považujete spolupráci soc. a zdr. pracovníků za nejvíce efektivní?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Komunikace s rodinou*
- e) *Komunikace s úřady*
- f) *Jiná, jaká?*

Na otázku, ve které z nabízených oblastí, je spolupráce pracovníků v sociálních službách v DS nejefektivnější, odpovědělo 38 % první možností, tedy přímá péče o klienta. Jako druhou nejefektivnější oblast spolupráce vyhodnotili respondenti shodně oblast péče o psychiku klienta a komunikaci s rodinou (24 %). Nejméně efektivní je dle výsledků z průzkumu spolupráce při komunikaci s úřady – 8 % a při vedení dokumentace – 6 %.

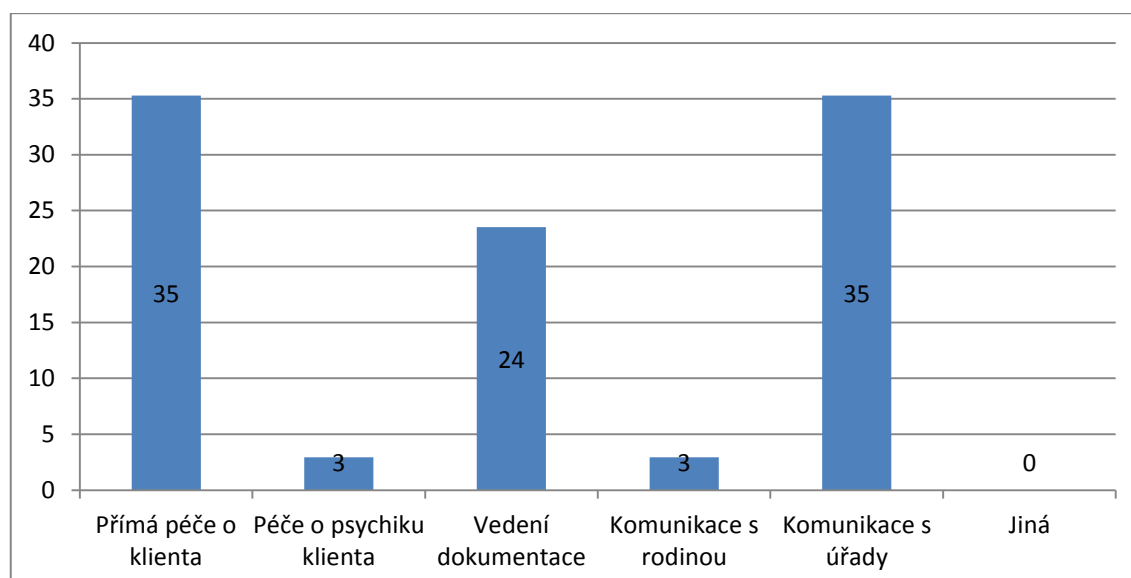


Obr. 15 Graf hodnocení nejvíce efektivní oblasti spolupráce zdr. a soc. pracovníků v DS v %

Otázka č. 16: Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení považujete spolupráci soc. a zdr. pracovníků za nejméně efektivní?

- a) *Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy, ...)*
- b) *Péče o psychiku klienta (rozhovor, ...)*
- c) *Vedení dokumentace*
- d) *Komunikace s rodinou*
- e) *Komunikace s úřady*
- f) *Jiná, jaká?*

Na opačnou otázku, která oblast spolupráce soc. a zdr. pracovníků je nejméně efektivní odpovědělo 35 % respondentů odpovědí první, tedy přímá péče o klienta a shodně (také 35 %) i oblast komunikace s úřady. Jako třetí nejméně efektivní oblast vyhodnotili dotázaní pracovníci spolupráci při vedení dokumentace – 24 %. Opět se tedy respondenti rozdělili na dvě skupiny, kdy oblast, kterou jedna skupina považuje za nejefektivnější oblast spolupráce zdr. a soc. pracovníků, považuje druhá skupina za oblast naopak spolupráce nejméně efektivní.



Obr. 16 Graf hodnocení nejméně efektivní oblasti spolupráce zdr. a soc. pracovníků DS v %

DISKUZE

V diskuzi odpovídám na výzkumné otázky průzkumu diplomové práce.

1. Výzkumná otázka

V otázce číslo jedna jsem se ptala, zda je podle sledované skupiny respondentů zdr. pracovník nezbytný pro efektivní fungování pracovního týmu v domovech pro seniory. Cílem bylo zjistit, jak sledovaná skupina respondentů hodnotí zdr. pracovníky při péči o klienta.

Respondenti v průzkumném šetření hodnotili uplatnění zdr. pracovníků v sociálních službách. Naprostá většina respondentů, celých 68 %, hodnotí uplatnění zdr. pracovníků v sociální sféře jako efektivní, a necelá jedna pětina (18 %) dotázaných dokonce jako velmi efektivní. Přibližně čtvrtina pracovníků v sociálních službách, kteří se účastnili mého průzkumu, se domnívá, že by jejich uplatnění mělo být efektivnější. Pouze 6 % uvedlo, že uplatnění zdravotníků je v této oblasti obecně v ČR neefektivní.

Hodnocení, jak respondenti vnímají efektivitu uplatnění zdravotníků, ve svém domově pro seniory bylo jako efektivní hodnoceno ve většině případů – 97 %. V 76 % odpovědí bylo hodnoceno dokonce jako velmi efektivní při péči o klienta DS, jen 3 % respondentů se domnívá, že uplatnění by mělo být efektivnější

2. Výzkumná otázka

Ve druhé výzkumné otázce jsem si kladla za cíl zjistit, jaké činnosti a úkony provádí při péči o klienta v domovech pro seniory zdr. pracovník ve sledovaném vzorku respondentů.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že zdr. pracovníci v domovech pro seniory vykonávají úkony a činnosti ve všech oblastech péče o klienta těchto zařízení. V možnostech na výběr byla oblast přímé péče o klienta, která zahrnovala péči a pomoc s hygienou, stravováním, ošev. úkony aj., oblast o psychiku klienta, vedení dokumentace a možnost, která dávala prostor pro vlastní vyjádření. Nejčastěji a nejefektivněji se ovšem, podle respondentů z mého dotazníkového šetření, uplatňují zdravotníci v oblasti přímé péče, a to ve více než podle poloviny odpovědí. Možnost, která dávala prostor pro vlastní vyjádření, uváděli prakticky všichni respondenti, že nedokáží zhodnotit, ve které oblasti péče o klienta se uplatňují zdr.

pracovníci nejčastěji či nejefektivněji. V jednom případě se objevila jako jiná oblast péče plánování volnočasových aktivit pro klienty. Nejméně se zdr. pracovníci podle výsledků věnují péče o psychiku klienta – jako nejčastější náplň jejich práce tuto činnost hodnotí pouze 9 %.

3. Výzkumná otázka

U otázky číslo 3 bylo výzkumným cílem zjistit, při kterých aktivitách péče o klienta, spolupracují zdr. a soc. pracovníci ve sledovaných domovech pro seniory.

Na otázku, ve které oblasti péče o klienta je spolupráce zdr. a soc. pracovníků nejčastější, ve zkoumaných domovech pro seniory je, dle průzkumu, přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. péče aj.) a péče o psychiku klienta. Přímá péče je nejčastějším předmětem spolupráce dle respondentů ve 38 % a péče o psychiku klienta ve 32 % odpovědí. Ale diskutabilní je komparace s následující otázkou (č. 14) která vypovídá něco jiného. Jako nejméně častou oblast spolupráce zdr. a soc. pracovníků vybrala téměř polovina (49 %) dotázaných komunikaci s úřady. Hned jako druhá nejčastější odpověď, tedy druhá nejméně častá oblast spolupráce ovšem vyšla oblast přímé péče o klienta (44 %). Tento výsledek si lze vysvětlit dvěma způsoby. Prvním vysvětlením může být, že respondenti nepochopili otázku, ale vzhledem k tomu, že pouze dva dotazníky jsem byla nucena vyřadit pro špatné pochopení respondenty, tuto možnost nepředpokládám. Druhou možnou variantou vysvětlení je, že dotazovaní nemají zcela jasno v kompetencích jednotlivých pracovníků DS či že pracovní vytížení a náročnost péče o klienty jim nedovoluje zcela jasně rozdělit oblasti péče na úkony a činnosti pro zdravotníky a sociální pracovníky. Práce v oblasti zdravotní a sociální péče je velmi náročná a na pracovníky klade veliké nároky jak psychické, tak fyzické.

Vzhledem k těmto výsledkům by byl velmi zajímavý další výzkum v oblasti jednotlivých úkonů a činností péče o klienty v sociálních službách a rozdělení úkonů a činností mezi zdr. a soc. pracovníky a také by byl jistě zajímavý a přínosný výzkum v oblasti spokojenosti těchto pracovníků s jejich kompetencemi, povinnostmi a tím, jaké mají možnosti vzájemné spolupráce.

4. Výzkumná otázka

Výzkumným cílem 4. otázky bylo zjistit, které činnosti a úkony jsou při spolupráci zdr. a soc. pracovníků nejefektivnější při péči o klienta DS podle sledovaných respondentů.

Respondenti průzkumu jako nejčastější nejvíce efektivní oblast spolupráce zdr. a soc. péče o klienta DS uváděli oblast přímé péče a potom stejně často oblast péče o psychiku klienta a komunikaci s rodinou. V následující otázce, která byla opět položena opačně, tedy ve které oblasti spolupráce zdr. a soc. pracovníků považují respondenti spolupráci za nejméně efektivní, byla nejčastější odpovědí (nejméně častou oblastí spolupráce) uváděna komunikace s úřady. Stejně často byla ovšem (shodně ve 35 %) uváděna jako nejméně častá oblast spolupráce také oblast přímé péče o klienta. Opět se domnívám, že vysvětlení tohoto výsledku jsou dvě, stejná jako u předchozí výzkumné otázky.

Pro zdánlivou nejasnost uvádím v příloze A tabulky četností každé otázky, aby bylo jasné, že výsledky průzkumu jsou zpracovány správně.

2.4 Ověření hypotézy

2.4.1 Pracovní hypotéza

Existuje vztah mezi délkou působení v poskytování sociálních služeb a hodnocením mezirezortní spolupráce MZ a MPSV ČR?

Tabulka č. 1: Porovnání hodnocení spolupráce při délce působení v poskytování sociálních služeb méně než 5 let a více než 5 let

Hodnocení	Délka působení méně než 5 let	Délka působení více než 5 let
<i>Je velmi efektivní</i>	0	0
<i>Je celkem efektivní</i>	7	6
<i>Měla by být efektivnější</i>	7	10
<i>Není efektivní</i>	2	2

Tabulka č. 2: Tabulka četností odpovědí pracovníků s délkou působení méně než 5 let

Délka působení méně než 5 let	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní četnost v %
<i>Je velmi efektivní</i>	0	0	0	0
<i>Je celkem efektivní</i>	7	7	18,9	18,9
<i>Měla by být efektivnější</i>	7	14	37,8	56,7
<i>Není efektivní</i>	2	16	43,3	100
celkem	16		100	

Tabulka č. 3: Tabulka četností odpovědí pracovníků s délkou působení více než 5 let

Délka působení méně než 5 let	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní četnost v %
<i>Je velmi efektivní</i>	0	0	0	0
<i>Je celkem efektivní</i>	6	6	15	15
<i>Měla by být efektivnější</i>	10	16	40	55
<i>Není efektivní</i>	2	18	45	100
celkem	18		100	

Tabulka č. 4: Kontingenční tabulka absolutních četností odpovědí pracovníků s délkou působení méně než 5 let a více než 5 let

Hodnocení mezirezortní spolupráce	<i>Je velmi efektivní</i>	<i>Je celkem efektivní</i>	<i>Měla by být efektivnější</i>	<i>Není efektivní</i>	celkem
<i>Pracovníci s délkou působení méně než 5 let</i>	0	7	7	2	16
<i>Pracovníci s délkou působení více než 5 let</i>	0	6	10	2	18
celkem	0	13	17	4	34

H_0 : Mezi délkou působení v poskytování sociálních služeb a hodnocením mezirezortní spolupráce MZ a MPSV ČR neexistuje vztah

H_A : Mezi délkou působení v poskytování sociálních služeb a hodnocením mezirezortní spolupráce MZ a MPSV ČR je vztah.

Vzorec:

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

Hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti pro danou kontingenční tabulku: **3**

Vypočítaná hodnota pomocí vzorce: **0,49**

Kritická hodnota pro daný stupeň volnosti a stanovenou hladinu významnosti je podle tabulek: **7,815**

Závěr:

Vypočítaná hodnota chí kvadrátu je menší než kritická hodnota 7,815, proto na hladině významnosti 0,05 **přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.**

2.4.2 Ověřená a dokázaná hypotéza

Mezi délkou působení v poskytování sociálních služeb a hodnocením mezirezortní spolupráce MZ a MPSV ČR neexistuje vztah.

3 ZÁVĚR

3.1 Teoretická část

Cílem diplomové práce bylo v části teoretické zmapovat propojení zdr. a soc. péče, jejich problematiku, možnosti a nástroje spolupráce pracovníků v domovech pro seniory astručnou analýzou z. č. 108/2006 Sb. Dále se diplomová práce v této části zabývala a popisovala změny organismu a potřeb seniorů celkově ve vyšším věku a také v DS. Dvě kapitoly teoretické části diplomové práce byly věnovány multidisciplinárnímu týmu, který tvoří soc. a zdr. pracovníci a společně vytváří prostředí DS a pečují o jejich klienty. Práce se věnovala možným úskalím spolupráce a jednotlivým oblastem činností péče o klienty a také komunikací mezi členy týmu, klienty a jejich rodinami.

3.2 Praktická část

V praktické části – v průzkumu mapuji uplatnění zdr. pracovníků sociálních službách, konkrétně v domovech pro seniory, v mnou vybraném souboru poskytovatelů soc. služeb. Tento soubor byl tvořen 34 pracovníky v soc. službách, a to zdr. pracovníky různých úrovní a soc. pracovníky.

Zjistila jsem, že dle respondentů mnou vybraného souboru, je zdr. pracovník efektivní posilou pro fungování pracovního týmu domova pro seniory. Toto mínění mají respondenti jak na obecné úrovni propojení sociálního a zdravotního rezortu při poskytování soc. služeb v České republice, ale také při hodnocení fungování pracovních týmů domovech pro seniory, ve kterých byl průzkum prováděn.

Zjistila jsem, že zdr. pracovníci mají v domovech pro seniory značné uplatnění, a to ve všech oblastech péče o klienty těchto zařízení. Nejčastěji se zdravotníci uplatňují v přímé péči o klienta, kteroužto jsem v dotazníku specifikovala jako péči a pomoc s hygienou, stravováním, oš. odborné úkony apod. Uplatnění v této oblasti péče o klienta z mého průzkumu vyplynulo také jako nejefektivnější uplatnění zdr. pracovníků v domovech pro seniory, ve kterých jsem průzkum prováděla. Nejméně častou oblastí uplatnění zdr. pracovníků je dle vyhodnocení tohoto průzkumu oblast péče o psychiku klienta.

Zdravotničtí a sociální pracovníci spolupracují a vzájemně si při péči o klienta pomáhají. Hodnocení pracovníků, ve které oblasti je tato spolupráce nejčastější je ovšem značně subjektivní a značně se u pracovníků liší. Důvodem je, podle mého názoru, ne zcela jasné

stanovení kompetencí soc. a zdr. pracovníků a jejich vzájemné spolupráce při péči o klienty domovů pro seniory, ale zřejmě také pocitově velmi subjektivní hodnocení spolupráce v pracovním týmu mezi soc. a zdr. pracovníky. Z průzkumu jednoznačně vyplývá pouze to, že nejméně častou a nejméně efektivní oblastí spolupráce je oblast komunikace s úřady při zajišťování práv a potřeb klientů domovů.

Vztah mezi délkou působení v poskytování soc. služeb a hodnocením jejich mezirezortní efektivit a vzájemné spolupráce MZ a MPSV ČR jsem statisticky neprokázala. Hodnocení spolupráce pracovníků z mého průzkumu, ať již jako efektivní či neefektivní, není tedy ovlivněno délkou působení pracovníků v tomto oboru.

Vzhledem k malému počtu respondentů z mého průzkumu nelze výsledky zobecňovat pro ostatní pracovníky v soc. službách. Domnívám se, že je potřebné a žádoucí, pro zkvalitňování soc. služeb, ale také pro PSS v rámci usnadnění jejich náročné práce, provádět další výzkumy v oblasti poskytování soc. služeb a uplatnění zdr. pracovníků v nich.

POUŽITÉ ZDROJE

1. BÍLÁ KNIHA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Ministerstvo práce a soc. věcí ČR: Odbor soc. služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a soc. věcí ČR, c2003 [cit. 2013-04-17]. Články – Bílá kniha. Dostupný z: WWW <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.
2. Česko. Zákon č. 108/2006Sb., ve znění zákona č. 29/2007 Sb., zákona č. 213/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 124/2008 Sb., zákona č. 129/2008 Sb., zákona č. 274/2008 Sb., zákona č. 479/2008 Sb., zákona č. 108/2009 Sb., zákona č. 206/2009 Sb., zákona č. 223/2009 Sb., 227/2009 Sb. In *Sbírka zákonů, Česká republika. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244.*
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. EVROPSKÁ UNIE. *Evropská Charta* [online]. Brusel: Evropská Unie, c2010 [cit. 2013-04-17]. Evropská charta práv a povinností starších osob a osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc. Dostupný z: WWW <<http://www.zivot90.cz/uploads/document/156.pdf>>.
5. FORMÁNKOVÁ, Petra. Využívání příspěvku na péči o seniory k zajištění potřebné pomoci ze systému sociálních služeb. *Kontakt: Zdravotně sociální vědy*. 2010, roč. 6, č. 3, s. 315-324. ISSN 1212-4117.
6. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1999, 594 s. ISBN 80-720-3124-4.
7. GRUBER, David. *Zlatá kniha komunikace*. 3. Vyd. Ostrava: Gruber-TDP, 2009, 278 s. ISBN 978-80-85624-30-1.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
9. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-807-3675-813.
10. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
11. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
12. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
13. MINISTERSVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Ministerstvo práce a soc. věcí: Odbor soc. služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a soc. věcí ČR, c2013 [cit. 2013-04-

- 17]. Sociální služby, Sociální služby-způsoby pomoci. Dostupný z: WWW <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
14. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2013 (Kvalita života ve stáří)* [online]. Praha: Ministerstvo práce a soc. věcí ČR, c2008 [cit. 2013-04-17]. Příprava na stárnutí – dokumenty. Dostupný z: WWW < <http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.
15. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. *Souhrnný návrh zaměření budoucí kozezní politiky EU po roce 2013 v podmínkách České republiky* [online]. Praha : Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, c2011 [cit. 2013-04-17]. Národní rozvojová priorita- Podpora sociálního začleňování, boje s chudobou a systém péče o zdraví. Dostupný z: WWW < <http://mmr.cz/getmedia/7e4d838c-1926-4557-90ad-027da46020cb/Souhrnny-material-priority-kohezni-politiky-po-2.pdf>
16. OKRESNÍ SDRUŽENÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY V DĚČÍNĚ. *Okresní sdružení České lékařské komory v Děčíně* [online]. Děčín: OSČLKD, c2005 [cit. 2013-04-17]. Registrace sester přehled problematiky. Dostupný z: WWW <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Registrace/registrace_sester.html>.
17. PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 110 s. ISBN 80-247-0551-6.
18. PLAMÍNEK, Jiří. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 120 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2796-7.
19. PRŮŠA, Ladislav. Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. *Kontakt: Zdravotně sociální vědy*. 20. 6. 2011, roč. 5, č. 2. [cit. 2013-04-17], s. 157-165. Dostupný z WWW: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506095154143969.pdf>>. ISSN 1804-7122.
20. PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 87, 8 s. ISBN 978-807-4160-301.
21. SCHULZ VON THUN, Friedemann. *Jak spolu komunikujeme?: překonávání nesnází při dorozumívání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 197 s. ISBN 80-247-0832-9.
22. SLADKÁ, Iveta; MACHOVÁ, Alena. Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory v domovech seniorů. *Kontakt: Problematika generace 50 plus*. 2008, roč. 4, č. 3, s. 50-54. ISSN 1212-4117.

23. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. Zdravé stárnutí. In *Zdraví 21* [online]. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000, [cit. 2013-04-17], s. 46-51. Dostupný z: WWW < <http://www.czf.cz/soubory/zdravi21.pdf> >. ISBN 92-890-1349-9.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

SEZNAM PŘÍLOH

A: Tabulky četností.k jednotlivým otázkám dotazníku

B: Dotazník

PŘÍLOHA A: Tabulky četností k jednotlivým otázkám z dotazníku

Otázka č. 1

Tab. 5 Pracovníci DS podle oboru

Odpověď	ni	fi (%)
a) sociální pracovník	5	15
b) zdravotní sestra/bratr	23	68
c) sanitář/ka	4	12
d) ošetřovatel/ka	2	5
Celkem	34	100

Otázka č. 2

Tab. 6 Doba působení pracovníků v soc. službách

Odpověď	ni	fi (%)
a) Méně než 1 rok	4	12
b) Více než 1 rok a méně než 5 let	13	38
c) Více než 5 let a méně než 10 let	6	18
d) Více než 10 let	11	32
Celkem	34	100

Otázka č. 3

Tab. 7 Hodnocení mezirezortní spolupráce MZ a MPSV v ČR

Odpověď	ni	fi (%)
a) Je velmi efektivní	0	0
b) Je celkem efektivní	12	35
c) Měla by být efektivnější	17	50
d) Není efektivní	4	12
e) Neví	1	3
Celkem	34	100

Otázka č. 4

Tab. 8 Hodnocení uplatnění zdr. pracovníků soc. službách v ČR

Odpověď	ni	fi (%)
a) Je velmi efektivní	6	18
b) Je celkem efektivní	17	50
c) Mělo by být efektivnější	9	26
d) Není efektivní	2	6
Celkem	34	100

Otázka č. 5

Tab. 9 Hodnocení uplatnění zdr. pracovníků v zařízeních DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Je velmi efektivní	26	76
b) Je celkem efektivní	7	21
c) Mělo by být efektivnější	1	3
d) Není efektivní	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 6

Tab. 10 Hodnocení spolupráce soc. a zdr. pracovníků v zařízeních DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Je velmi efektivní	17	50
b) Je celkem efektivní	10	29
c) Měla by být efektivnější	7	21
d) Je málo efektivní	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 7

Tab. 11 Existence směrnic upravujících péči zdr. pracovníků o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Ano, je	34	100
b) Ne, není	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 8

Tab. 12 Uplatnění zdr. pracovníků v jednotlivých oblastech péče o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	19	55
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	3	9
c) Vedení dokumentace	4	12
d) Jiná	8	24
Celkem	34	100

Otázka č. 9

Tab. 13 Efektivita uplatnění zdravotníků v jednotlivých oblastech péče o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	20	58
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	4	12
c) Vedení dokumentace	4	12
d) Jiná	6	18
Celkem	34	100

Otázka č. 10

Tab. 14 Nejméně častého uplatnění zdr. pracovníků při péči o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	4	12
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	27	79
c) Vedení dokumentace	2	6
d) Jiná	1	3
Celkem	34	100

Otázka č. 11

Tab. 15 Nejčastěji poskytovaná oblast péče soc. pracovníky v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	10	29
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	9	27
c) Vedení dokumentace	2	6
d) Komunikace s rodinou	3	9
e) Komunikace s úřady	10	29
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 12

Tab. 16 Nejméně často poskytovaná oblast péče soc. pracovníky v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	19	56
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	0	0
c) Vedení dokumentace	2	6
d) Komunikace s rodinou	0	0
e) Komunikace s úřady	13	38
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 13

Tab. 17 Nejčastější oblast spolupráce zdr. a soc pracovníků při péči o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	13	38
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	11	32
c) Vedení dokumentace	2	6
d) Komunikace s rodinou	8	24
e) Komunikace s úřady	0	0
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 14

Tab. 18 Nejméně častá oblast spolupráce zdr. a soc. pracovníků při péči o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	15	44
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	0	0
c) Vedení dokumentace	3	9
d) Komunikace s rodinou	0	0
e) Komunikace s úřady	16	47
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 15

Tab. 19 Nejvíce efektivní oblast spolupráce zdr. a soc. pracovníků při péči o klienta DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	13	38
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	8	24
c) Vedení dokumentace	2	6
d) Komunikace s rodinou	8	24
e) Komunikace s úřady	3	8
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

Otázka č. 16

Tab. 20 Nejméně efektivní oblast spolupráce pracovníků při péči o klienta v DS

Odpověď	ni	fi (%)
a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování...)	12	35
b) Péče o psychiku klienta (rozhovor...)	1	3
c) Vedení dokumentace	8	24
d) Komunikace s rodinou	1	3
e) Komunikace s úřady	12	35
d) Jiná	0	0
Celkem	34	100

PŘÍLOHA B: Dotazník

DOTAZNÍK – Uplatnění zdr. pracovníků při poskytování sociálních služeb

Dobrý den, jmenuji se Šárka Elefantová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia na FZS UPCE, oboru ošetrovatelství. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako podklad pro výzkum k mé diplomové práci na téma – Uplatnění zdravotnických pracovníků při poskytování vybraných sociálních služeb. Všechny údaje jsou anonymní a budou použity jako podklad pro napsání této diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu. Šárka Elefantová

(pod pojmem soc. pracovník a zdr. pracovník rozumím jak muže tak ženu, pohlaví dále nerozlišuji pro větší přehlednost textu)

Prosím, zaškrtněte vždy jen jednu odpověď. Řádek Komentář slouží k Vašemu širšímu vyjádření, poznámce či postřehům.

- 1) Jsem soc. pracovník / zdr. pracovník (všeobecná sestra, všeobecný bratr, zdr. asistent/ka, ošetrovatel/ka, sanitář/ka) – prosím, zakroužkujte správné tvrzení - i v závorce.
- 2) Jak dlouho pracujete v soc. službách?
 - a) Méně než 1 rok
 - b) Více než 1 rok a méně než 5 let
 - c) Více než 5 let a méně než 10 let
 - d) Více než 10 let
- 3) Jak hodnotíte mezirezortní spolupráci MZ a MPSV ČR? (informace z tisku, internetu, TV, tiskových zpráv aj.)
 - a) Je velmi efektivní
 - b) Je celkem efektivní
 - c) Měla by být efektivnější
 - d) Není efektivní

Komentář:.....
.....
.....

4) Jak hodnotíte uplatnění zdr. pracovníků při poskytování soc. služeb obecně v ČR?
(informace z tisku, internetu, TV, tiskových zpráv aj.)

- a) Je velmi efektivní
- b) Je celkem efektivní
- c) Mělo by být efektivnější
- d) Není efektivní

Komentář:.....

.....

.....

5) Jak hodnotíte uplatnění zdr. pracovníků při péči o klienta ve Vašem zařízení?

- a) Je velmi efektivní
- b) Je celkem efektivní
- c) Mělo by být efektivnější
- d) Není efektivní

Komentář:.....

.....

.....

6) Jak hodnotíte spolupráci soc. a zdr. pracovníků ve Vašem zařízení při péči o klienta(

- a) Je velmi efektivní
- b) Je celkem efektivní
- c) Měla by být efektivnější
- d) Je málo efektivní

Komentář:.....

.....

.....

7) Je ve Vašem zařízení nějaká směrnice, která upravuje péči o klienta pro zdr. pracovníky

- a) Ano, je (prosím, uveďte jaká)
- b) Ne, není

- 8) Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejčastěji?
- a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy ...)
 - b) Péče o psychiku klienta (rozhovor,....)
 - c) Vedení dokumentace
 - d) Jiná,
jaká?.....
- 9) Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejefektivněji?
- a) Přímá péče o klienta (hygiena, stravování, oš. postupy....)
 - b) Péče o psychiku klienta (rozhovor,....)
 - c) Vedení dokumentace
 - d) Jiná,
jaká?.....
- 10) Ve které oblasti v péči o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují zdr. pracovníci nejméně často?
- a) Přímá péče o klienta
 - b) Péče o psychiku klien
 - c) Vedení dokumentace
 - d) Jiná,
jaká?.....
- 11) Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení se uplatňují soc. pracovníci nejčastěji?
- a) Přímá péče o klienta (hygiena, strava, oš. postupy....)
 - b) Péče o psychiku klienta (rozhovor,....)
 - c) Vedení dokumentace
 - d) Komunikace s rodinou
 - e) Komunikace s úřady
 - f) Jiná,
jaká?.....

12) Ve které oblasti péče o klienta se ve Vašem zařízení uplatňují soc. pracovníci nejméně často?

- a) Přímá péče o klienta
- b) Péče o psychiku klienta
- c) Vedení dokumentace
- d) Komunikace s rodinou
- e) Komunikace s úřady
- f) Jiná,
jaká?.....

13) Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení je spolupráce soc. a zdr. pracovníků nejčastější?

- a) Přímá péče o klienta
- b) Péče o psychiku klienta
- c) Vedení dokumentace
- d) Komunikace s rodinou
- e) Komunikace s úřady
- f) Jiná,
jaká?.....

14) Ve které oblasti péče o klienta ve Vašem zařízení je spolupráce soc. a zdr. pracovníků nejméně častá?

- a) Přímá péče o klienta
- b) Péče o psychiku klienta
- c) Vedení dokumentace
- d) Komunikace s rodinou
- e) Komunikace s úřady
- f) Jiná,
jaká?.....

15) Ve které oblasti péče o klienta považujete spolupráci soc. a zdr. pracovníků za nejvíce efektivní?

- a) Přímá péče o klienta
- b) Péče o psychiku klienta
- c) Vedení dokumentace
- d) Komunikace s rodinou
- e) Komunikace s úřady
- f) Jiná,

jaká?.....

16) Ve které oblasti péče o klienta považujete spolupráci soc. a zdr. pracovníků za nejméně efektivní?

- a) Přímá péče o klienta
- b) Péče o psychiku klienta
- c) Vedení dokumentace
- d) Komunikace s rodinou
- e) Komunikace s úřady
- f) Jiná,

jaká?.....

SEZNAM ZKRATEK

WHO – World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)

DS – Domov pro seniory

PSS – Pracovník v sociálních službách

RHB - rehabilitační