

Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory

Alena Kubisová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Kubisová**
Osobní číslo: **H150349**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory.
Příprava metodiky výzkumné části. Vymezení kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu v pobytovém zařízení pro seniory technikou dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.

HAVLÍK, Josef a Vladimír VURM. Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. ISBN 80-7040-725-5.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-31-48-3.

MCDONALD, Ann. Social work with older people. Cambridge: Polity Press, 2010. ISBN 978-0-7456-3956-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2018

.....
Kundl Alan

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce s názvem Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory se zabývá provázaností zdravotní a sociální péče o seniory v pobytové sociální službě. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze tří kapitol a jsou zde vymezeny základní pojmy, jakou jsou stárnutí, staří a kvalita života seniorů. Dále se práce zabývá multidisciplinárním týmem v sociálních službách a vzájemnou propojeností a spoluprací v oblasti péče o seniory s akcentem na kompetence jednotlivých členů týmu, popisuje také zařízení pro seniory, strukturu a organizaci poskytování služeb z hlediska zákona a z hlediska potřeb uživatele služby.

Empirická část práce obsahuje výsledky dotazníkového šetření realizovaného u členů multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory, v němž se respondenti vyjadřují ke spolupráci v týmu.

Klíčová slova: spolupráce, multidisciplinární tým, péče, senior, zdravotně sociální pracovník.

ABSTRACT

The bachelor's thesis, entitled The Collaboration of a Multidisciplinary Team in the Care of the Elderly deals with the interconnection of health and social care for the elderly in the residential social service. The thesis is divided into the theoretical and empirical part. The theoretical part consists of three chapters and there are defined basic concepts such as aging, old age and the quality of seniors' life. In addition, the thesis deals with a multidisciplinary team in social services and mutual interconnection and cooperation in the area of care for seniors with emphasis on the competencies of individual team members, also describes the facilities for seniors, the structure and organization of service provision from the point of view of the law and the needs of the service user.

The empirical part of the thesis contains the results of the questionnaire survey conducted by the members of the multidisciplinary team dealing with the elderly, in which the respondents express their opinion on team cooperation.

Keywords: collaboration, multidisciplinary team, care, seniors, health and social worker.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své poděkování vedoucí práce paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, podporu a podnětné připomínky při řešení mé bakalářské práce. Rovněž děkuji rodině a blízkým přátelům za podporu a oporu, kterou mi byli po dobu studia. Mé poděkování patří i zařízením, které umožnily zaměstnancům vyplnit dotazníky.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

*„Lidé jsou jako vitráže. Třpytí se a září, když venku svítí Slunce,
jak ale přijde tma, jejich krásu prozradí jedině světlo uvnitř.“*

Elisabeth Kübler Ross

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	14
1.1.1 Stáří	14
1.1.2 Stárnutí	15
1.1.3 Změny ve stáří	16
1.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	18
1.2.1 Problematika seniorů	18
1.2.2 Nemoci ve stáří	19
1.2.3 Senior a společnost	20
1.3 PÉČE O SENIORY	21
1.3.1 Potřeby seniorů	23
1.3.2 Senior a rodina	25
1.3.3 Komunikace se seniory	26
2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	28
2.1 SPOLUPRÁCE A CÍLE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	29
2.1.1 Komunikace v týmu	30
2.1.2 Výhody a nevýhody multidisciplinárního týmu	31
2.2 ČLENOVÉ TÝMU V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	32
2.2.1 Všeobecná sestra	33
2.2.2 Pracovník v sociálních službách	35
2.2.3 Sociální pracovník	36
2.2.4 Zdravotně sociální pracovník	37
3 SENIOŘI V SOCIÁLNÍM SYSTÉMU	40
3.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ SLUŽBY	40
3.1.1 Kvalita sociální práce a sociálních služeb	41
3.1.2 Sociální služby	42
3.1.3 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	43
3.2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	45
3.2.1 Zřizovatelé a uživatelé sociálních služeb	46
3.2.2 Registr poskytovatelů sociálních služeb	46
3.2.3 Ochrana práv seniorů při poskytování sociální služby	47
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
4 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI	50
4.1 CÍLE VÝZKUMU	50
4.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	51
4.3 TECHNIKY VÝZKUMU	51
4.3.1 Dotazník	51
4.3.2 Pozorování	52

4.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU	52
4.5	ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	53
4.6	ORGANIZACE VÝZKUMU	56
4.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	57
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	59
5.1	DEMOGRAFICKÁ ČÁST	59
5.2	SPOLUPRÁCE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	64
5.3	PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	70
5.4	PÉČE O SENIORY V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	76
5.5	SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	82
6	DISKUZE	85
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	89
	ZÁVĚR	90
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
	SEZNAM GRAFŮ	96
	SEZNAM TABULEK	97
	SEZNAM PŘÍLOH	98
	PŘÍLOHA P I: MASLOVA PYRAMIDA POTŘEB	99
	PŘÍLOHA P II: VZÁJEMNÁ DŮVĚRA	100
	PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK	101
	PŘÍLOHA IV: INFORMAČNÍ LETÁK	109

ÚVOD

Pro tuto bakalářskou práci jsme si zvolili téma Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. S problematikou stáří i se seniory se setkáváme již několik let a čím dál častěji nás napadá, jak sobecky se chová naše společnost k lidem v seniorském věku. Přitom právě tato skupina populace budovala celou tuto společnost a její dnešní hodnoty. Proto bychom měli na seniory pohlížet s úctou a hledat východiska, která by jim umožnila žít smysluplně i přes vyšší věk, a to nejen v jejich domovech, ale také v různých zařízeních sociálních služeb. V současné době se značně zvedá průměrná délka života, která znamená narůstající část seniorské populace. Tím se můžeme setkat s problémem týkající se zajištění plnohodnotného života ve stáří. Za vyspělou společnost se považuje právě ta, která se umí postarat o nemohoucí a starší občany.

V dnešní době se klade mnohem větší důraz na kvalifikované pracovníky, kteří dokážou efektivně spolupracovat a společně pomáhají seniorům při plnění jejich cílů a přání. Jistě byl každý z nás někdy součástí kolektivu, nebo určitého týmu. S multidisciplinárním týmem se autorka seznámila, v rámci své dřívější, dlouholeté profese v pobytovém zařízení sociálních služeb. V tomto zařízení převážnou část zmíněného týmu, tvoří ženy. Tým pobývá spolu, dá se říci celý den a dochází mezi nimi k jisté interakci. Je zapotřebí, aby interakce mezi pracovníky měla pozitivní vliv, aby se spolupracovníci mezi sebou dokázali navzájem respektovat a brát jeden druhého takového, jaký je. Uvědomit si, že záleží na nich, jaké vztahy si mezi sebou vybudují, a že skvělý pracovní tým má nejen obrovský význam v péči o seniora a pozitivní vliv na seniory samotné, ale ovlivňuje i mnohé pracovníky.

Dané téma si autorka vybrala, právě proto že si dříve moc neuvědomovala, jak je samotná komunikace v multidisciplinárním týmu, ale i mimo něj, nezbytnou součástí vzájemné a dobré spolupráce. Během své praxe se autorka setkala se špatným pochopením ze stran pracovníků, kteří nebyli ochotni spolupracovat s ostatními členy týmu. Hlavním důvodem bylo, že jim nepřišlo důležité, některé informace sdělovat a to vedlo mnohokrát k nekvalitní či nedostačující péči o seniory. Na pracovišti také dochází z důvodu nedostatku času k neefektivní komunikaci mezi pracovníky v sociálních službách a managementem organizace a tím se často stává, že spolupráce vážne a má mnohem složitější průběh k plnění určitých cílů. Dobrá spolupráce by měla být na takové úrovni, aby se zajistil lepší

chod určitého oddělení a spokojenost seniorů. Přitom právě pro ně tu jsme a je třeba jim vycházet vstříc, což si bohužel někteří pracovníci neuvědomují a svým chováním a určitými skutky snižují kvalitu péče o seniory. Vždyť multidisciplinární tým se neskládá z jednoho pracovníka a nepěkné světlo ze špatně vykonané práce je právě vizitkou celého týmu.

Tato skutečnost se bohužel odráží v některých zařízeních a vede k tomu, že rodinní příslušníci jsou přístupem personálu zklamáni a dochází ke stížnostem. Proto by si někteří zaměstnanci měli uvědomit, že jejich prioritou by nemělo být, uspokojovat své potřeby, ale odvádět kvalitní péči, která vede ke spojenosti seniorů, rodinných příslušníků, nových potencionálních zájemců, ale určitě i jich samotných z dobře vykonané práce.

Hlavním cílem bakalářské práce zjišťujeme, zdali a jak spolupracuje multidisciplinární tým v péči o seniory v pobytových sociálních službách. Dále také jestli pracovníci jsou členy multidisciplinárního týmu a jak jej vnímají. K tomuto cíli, představujeme další čtyři dílčí cíle, kde zjišťujeme, jakým způsobem funguje vzájemná spolupráce multidisciplinárního týmu a zdali je přínosem v poskytování kvalitní péče seniorům. Těchto cílů chceme dosáhnout tak, že v teoretické části popisujeme na základě odborné literatury týmovou spolupráci a sociální služby pro seniory. Přestože na téma multidisciplinárního týmu v péči o seniory, není mnoho napsaných publikací, využili jsme nejvíce knihy Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních od Evy Malíkové nebo Kvalita života seniorů v domovech pro seniory od Dagmar Dvořáčkové a Týmová spolupráce od Lenky Kolajové. Důležitým přínosem bakalářské práce je autorčina praxe v pobytovém sociálním zařízení pro seniory, které se věnujeme v praktické části a je spojená s pracovníky v rámci týmové spolupráce. Tato spolupráce se odráží na kvalitě péče o seniory, pro které by měl být dobře fungující multidisciplinární tým obrovským přínosem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ

Počátek 3. tisíciletí je vyznačován několika sociálními jevy, které stanovují chod naší společnosti. Mezi toto pojetí patří i problematika stárnutí, stáří a života seniorů. Už nyní i v dalších letech bude tato oblast z ekonomických, politických a v neposlední řadě sociálních příčin. Stárnutí a stáří je nejen jednotlivým, ale i celospolečenským problémem. Je nevyhnutelný jiný postup naší společnosti v řadě oblastí, jako je stárnutí populace, ale i pohled celé společnosti ke starším lidem, který je mnohdy spojen a propojen se stereotypním a ageistickým názorem. Aby mohlo dojít k transformaci zmíněných stereotypů, neobejde se to bez rozboru životních potřeb a porozumění problémům dnešních seniorů. Je naléhavé snažit se a usilovat o větší zájem pochopení jejich potřeb, aby příští vývoj nevedl ke snížení kvality života seniorů. Tento přístup bude vyžadovat komplexní pohled a součinnost celého spektra vědních i společenských oborů. A proto je nutné, aby poskytovatelé sociálních služeb, které mají sloužit seniorům a ovlivňovat kvalitu jejich života, znali rysy a potřeby samotných seniorů. Zkoumáním právě těchto faktorů, které ovlivňují kvalitu života ve stáří, nabývá na významu prodlužující se délka života seniorů naší společnosti, neboť senior i člověk je bytost bio – psycho – sociální i spirituální. Výše jmenované roviny jsou spojeny s kvalitou života individuálních potřeb jednotlivců i s historickým, ekonomickým, společenským a geografickým kontextem. Pohled na kvalitu života se může měnit vzhledem k zdravotnímu stavu, věku, sociálnímu postavení a je ovlivněn životními zkušenostmi a podmínkami i vnímáním jednotlivce. Do popředí hodnotového systému se u seniorů dostává zdraví a osobní i sociální pohoda. (Dvořáčková, 2012, s. 7)

V České republice v 60. letech vznikl model, který příznivé stárnutí spatřoval v myšlence: „Napracoval jsem se dost a dost, odpočinek si zasloužím“, což znamená, pobývat v klidu doma a tím trávit svůj volný čas. Dobrovolně snášet sociální osamělost ve stáří a postupně přijmout přeměnu společenských i životních rolí. Hlavní příčinou bylo, že ani naše společnost nemá dobré programy pro seniory, neboť se společnost nějak zvlášť nepřipravovala na odchod člověka do penze. Člověk určitého věku dostal etiketu: „Důchodce“ a tím zmizel jeho životní příběh. Většina současných seniorů je hluboce zasažena minulostí, ve které prožili svůj život, to znamená jednu, někdy i dvě světové války, mnoho politických změn po roku 1989. Proměny doby přinesly mnoho ztrát, poznamenaly hodně lidských osudů a ve větším množství vzaly jednotlivým seniorům pohled na současnost a vizi jejich budoucnosti. Život je naučil si odříkat a myslet na horší časy, šetřit a přitom očeká-

vat pomoc od druhých a té se bohužel v naší společnosti nedostává. Chybí domovy pro seniory, je více nesplněných poptávek o zdravotní a sociální péči a i přístupu k osobám vyššího věku, které mají své potřeby. V neposlední řadě chybí rehabilitační programy, které by umožnily seniorům návrat do jejich přirozeného prostředí nebo v něm zůstat. Lidé, kteří se dokážou o seniory v zařízeních sociální i zdravotní péče postarat, je stále nedostatek, protože naše společnost je stále dostatečně neoceňuje. (Klevetová, 2017, s. 16-17)

1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Dvořáčková, 2012, s. 9)

Existuje mnoho definic vymezujících pojmů stáří a stárnutí, kdy ale nastává to zvláštní období, kterému říkáme stárnutí? Kdy vlastně jedinec vnímá, že začíná stárnout a pozná to na sobě? V dnešní době už víme, že není určená forma stárnutí, ale že ze všeho nejvíce stáří a stárnutí koresponduje se stylem života a to hlavně ve středním věku. Tito lidé již netvoří jednu skupinu, neboť stárnutí je individuální a každý člověk má jinou genetickou vybavenost. Nejen genetická dispozice, ale i sociální prostředí a zvolený styl života se podepisuje a proto je známo, že organismus každého člověka je odlišný a jinak se vyrovnává s fyzickou, psychickou zdatností i stravovacími návyky, neboť nikdo není zcela izolován od společnosti. Stáří a stárnutí jsou pojmy staré jako lidstvo samo. Každý z nás si tyhle jevy definuje po svém. Někdy se setkáváme s názorem, že jde vlastně jen o ubývání duševních a fyzických vlastností, jindy šedivění ve vlasech i vráskovatění pokožky a v neposlední řadě větší náchylnost k nemocem, neboť už rodný list ukazuje počet prožitých let. Můžeme se setkat i s frází člověk je starý, jak staře myslí. Neznamená, ale stáří také více zkušeností? (Křivohlavý, 2011, s. 16-21)

1.1.1 Stáří

Konečná vývojová etapa lidského života se nazývá stářím z důvodu, že končí smrtí. Jedná se o vyjádření následku a projevu involučních změn (morfologických a funkčních). Tyto změny jsou vymezeny genetikou, ale i způsobem života a dalšími faktory, jako je nemoc a životní styl. Pojetí slova stáří nemá jednotnost ani v různé odborné literatuře a rozchází se i v periodizaci stáří. Běžně se, ale setkáváme se shodou v rozdělení na stáří kalendářní,

biologické a sociální. Do kalendářního stáří se vztahuje dosažení určitého věku a chronologicky věk je dán datem narození. Největší význam má kalendářní věk v procesu demografickém a statistickém. Jak jsme se již zmínili o periodizaci stáří, mezi autory neexistuje úplná shoda. Za uznávanou se pokládá patnáctiletá periodizace lidského věku dle Světové zdravotnické organizace: (Příbyl, 2015, s. 10)

- 60 - 74 let - stárnutí, rané stáří, senescence;
- 75 - 89 let - vlastní stáří, kmetství, senium;
- 90 a více let - dlouhověkost, patriarchium.

Vzhledem k dnešním seniorům, vychází většina autorů z členění:

- 65- 74 let - mladší senioři (young - old);
- 75 - 84 let - starší senioři (old - old);
- 85 a více let - velmi staří senioři (oldes - old, very old - old). (Příbyl, 2015, s. 10-11)

Průměrný věk populace roste nejen u nás, ale i v ostatních zemích. Naše společnost proto pátrá po všech dostupných možnostech, které by poskytly lidem ve vyšším věku žít smysluplně, prožívat své radosti, vědět na koho se obrátit při starostech, ale i se zajímat o své okolí a to zejména, aby jim to dovolilo jejich zdraví. Biologické stáří je dáno množstvím involučních změn, která jsou individuální u každého člověka. Ač je to neuvěřitelné tak již ve věku 25 až 30 let se může vyskytnout pomalý pokles fyzických i duševních sil. Setkáváme se s třemi základními typy změn:

- úbytek funkcí a to tkáňových, molekulárních, ale i orgánových;
- značný pokles buněčných zásob, které se nejvíce projevují v zátěžových situacích;
- zrychlený pokles většiny funkcí např. vysušení kůže, šedivění vlasů a ochlupení, poruchy zraku a sluchu, změny postavy i chůze, rychlejší únava atd. (Příbyl, 2015, s. 10-11)

Z náboženského hlediska je stáří plné zkušeností a nadějí. Je potřeba tuto ctnost stále očišťovat, aby zrála. Naděje pomáhá překonávat bolest stáří a obtíže.

1.1.2 Stárnutí

Stárnutí je fyziologický proces v životě lidí, rostlin i zvířat, kdy v orgánech dochází k degenerativním změnám. Tyto změny se objevují v různou dobu v průběhu života člověka a jdou individuálně kupředu. U každého jedince je to jinak, někdy jsou změny velmi

rychlé a u jiného zase pomalejší. Rychlost stárnutí je geneticky dána a ovlivněna nejen životním stylem, ale i prostředím, ve kterém jedinec žije a také prací, kterou vykonává a stresem, kterým prochází. (Mlýnková, 2011, s. 13)

Pod pojmem stárnutí si také lze představit intenzivní zranitelnost a pokles výkonnosti jedince, u kterého dochází ke změnám ve struktuře a funkcích organismu. Jedná se o součet změn, kterým se organismus v průběhu času poddává. Singulární systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně, neboť stárnutí je asynchronní a individuální. Tyto změny se neodvíjí synchronně a lze tedy pokládat stárnutí za dočasnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. (Dvořáčková, 2012, s. 9-10)

V současné době můžeme stárnutí kategorizovat do dvou typů, které jsou charakterizovány takto:

- stochastické teorie - teorie náhodných změn, opotřebováním, selháním a poškozením buněčného řízení, které jsou sloučené s plynoucím časem a spojené s věkem;
- nestochastické teorie - teorie naprogramování, míní, že stárnutí je především předurčeno geneticky. Rodiče se dožijí vysokého věku a je velká pravděpodobnost, že vyššího věku se dožijí i jejich děti. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 21)

1.1.3 Změny ve stáří

Stáří je součástí našeho života. Každý z nás se jednou zamyslí, kde by chtěl své stáří prožít a hlavně s kým. Medicína sice už dnes umožňuje prodloužit život mnoha lidem, ale všichni si uvědomujeme a víme, že bychom ono stáří prožít v nemocnici nechtěli, i když je plné změn. Změny ve stáří se odehrávají na základě změn tělesných, psychických i sociálních. Tyto změny jsou vzájemně propojeny, i když každý z nás prožívá svůj život osobitým způsobem, lze se shodnout na podstatných okamžicích, které přicházejí s vyšším věkem.

Pro úplnost představy změn ve stáří nabízíme přehlednou tabulku:

Tab. 1 Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny kloubů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny sexuální aktivity	změny vnímání	
změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	zhoršení úsudku	
změny vylučování moči (častější nucení)		

Zdroj: vlastní zpracování dle Venglářové (2007, s. 12)

Čeledová, Čevela a Kalvach (2012, s. 20-21) uvádějí, že změny ve stáří mohou být regresivní, negativní, involuční, které se postupně objevují v různých orgánech i systémech a u každého jedince v různém věku, kdy jeho tělo je připraveno na sexuální dospělost. Nejvíce se objevují změny, které závisí na procesu asynchronním a disociovaném tudíž z části daném geneticky a z části rozvojem chyb, poruch a jevů. Může se jednat o začátek andropauzy, menopauzy, somatopauzy. Morfologicky jde o věkově přiměřenou atrofii, která působením zevních vlivů, skladbou potravy, životním stylem, změnou biorytmů a zhoršenými reakcemi ovlivňuje proces stárnutí. Objevují se stresy, dochází k zátěži a zhoršuje se nejen fyzická výkonnost, organizmus se dostává za svůj zenit. Obrovským podílem na stárnutí je nečinnost. Tady se objevují involuční změny, které se střetávají se změnami chorobnými. Dnes se často vidí fenotyp starších lidí, kteří zlepšují zdatnost, jsou pohybově aktivní a to i bez zásahů neznámých procesů involuce. Není krásné, když sedmdesátiletá paní může odpovídat výkonnosti sedavě žijící padesátnici?

1.2 Kvalita života seniorů

Lidský život se bez přestání realizuje v stanovených společenských podmínkách a určitém kulturně - historickém prostoru. Můžeme ho dělit na individuální, společenský, bohatý, chudý, biologický, duchovní, šťastný i nešťastný. Každý z nás svůj život z hlediska společenského prožívá jinak, může to být život rodinný, organizovaný, skupinový, ale může být i pěkně chaotický. Pokud tedy mluvíme o kvalitě života, musíme mít na paměti hlavně jeho hodnotu, která je chráněna mezinárodním právem na život. Právo na život je jedním ze základních lidských práv. Pokud je tato hodnota naplněna na úrovni humánního optima, mluvíme o kvalitě života. Můžeme se setkat i s jinou hodnotovou úrovní a ta souvisí nejen skupinově, ale i individuálně rozlišenou hodnotovou orientací jakékoliv bytosti. Někteří autoři používají ekvivalent atributy jádra, jako jasný princip pro ukázkou základních vlastností kvality života a jejich cílem je vyhýbání se bolesti a ubližování. Uspokojování základních lidských potřeb je minimální prahový standard pro život člověka, který je odkázán na pomoc druhé osoby, neboť může být již v seniorském věku nesoběstačný. Při uspokojování potřeb u starých lidí je velmi důležitý přístup ošetřovatelského personálu a pečujících osob, neboť starý a nemocný senior není často schopen signalizovat své potřeby. Pokud máme uspokojeny základní potřeby, máme možnost hledat aktivitu, která v nás probudí radost. Druhým atributem kvality života se zabývá autonomie působení. Není sice tento atribut pevný jako první, ale pokud autonomie působení není zneužitá, žádný z odborníků ji neodmítá. Ve třetím základním atributu se vyžaduje, aby vlastní pocity i emoce seniora byly brány vážně. Subjektivní stránka naplnění obsahující smysl života a osobní růst je kladena do popředí vnitřní pohody. Touhami, nadáním, talentem a hodnotami člověka se zabývá čtvrtý základní atribut a pátý na něj navazuje. To znamená, že poslední pátý atribut pokračuje v akceptování jedince a jeho názorů a používá sociální inkluzi jako přístup založený na uspokojování sociálních potřeb ve spojitosti s chudobou. (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s. 20-24)

1.2.1 Problematika seniorů

Říká se, že stáří je vinobraním života a stáří není nemoc. V době kdy se objeví stáří, mnozí lidé zaujmají postavení očekávání. Snad důvodem je, že se objevují zdravotní, ale i existenční problémy, ubývá sil a narůstá nesoběstačnost. Někteří moudří starší lidé vědí, že nemohou očekávat nemožné. Proces stárnutí není třeba vnímat jako deptající a žalostnou prohru, ale proč stáří nevnímat s vděčností? Jaké mám štěstí, že jsem se dožil tak vy-

sokého věku? Jenže tohle nejde říct u každého seniora. Příčinou zhoršené soběstačnosti nemusí být vůbec nemoc, ale i rizikový faktor úplně jiného rázu jako je finanční zabezpečení, nefunkční bytové podmínky, nedostupnost pečovatelských služeb a nejvíce bolí neochota v poskytnutí péče ze strany rodiny. Velmi těžko se problematika seniorů popisuje, neboť každý jedinec ji vnímá jinak, ale většina seniorů se shoduje, že oni nechtějí být závislý na druhých, nechtějí být „břemenem“ pro druhé a především by chtěli mít zachovanou fyzickou soběstačnost. Dalo by se mluvit o autonomii, která je pokládána za důležitou životní hodnotu. Pojem autonomie obsahuje nezávislost, samostatnost, volnost a kontrolu rozhodování. Ve stáří však dochází k určité závislosti jedince na svém okolí a ona hodnota se v ten moment mění, dostává jiný rozměr. Dnes už spousta seniorů ví, že nemohou možnosti a šance srovnávat s úspěchy předešlých let. A pak stojíme nad otázkou, že zdravotní stav je prostě nejdůležitější a ve stáří obzvlášť. Zdraví nebo naopak nemoc vždy výrazně ovlivňuje prožívání života, ať už samotného seniora tak i jeho životního partnera. Zdravotní stav kompletně stanovuje a determinuje všechny každodenní činnosti starších jedinců, ať eventuálním setrváním v zaměstnání nebo naopak odchodem do důchodu. (Dvořáčková, 2012, s. 46-77)

1.2.2 Nemoci ve stáří Uchování tělesného i duševního zdraví jedince je potřebná jistá vyrovnanost ve vztahu k vnějšmu okolí. V současnosti péče o stárnoucí obyvatelstvo prochází řadou změn a tím dochází k prolínání oblasti zdravotní i sociální. Pak se jedná o péči vnější a její kvalita je ovlivněna množstvím různých faktorů. K nejvýznamnějším z nich patří nemoc, neshody v rodině, osamělost, nelidský přístup, finanční situace. Jistě nám dáte za pravdu, že nemoc je pro organismus, který se s tím má vyrovnat nejtěžší situací. Mezi závažné onemocnění, kterého se většina z nás bojí, můžeme zahrnout onemocnění pohybového aparátu. Toto onemocnění upoutá člověka na lůžko a může způsobit bezmoc a závislost na jiné osobě. Během života jsme vystavováni různými zátěžemi vnějšími a vnitřními vlivy, ať už špatnou stravou, stresem, vlivem slunečního záření. Dříve lidé umírali na zápal plic, ale i mnoho infekčních nemocí jako byla tuberkulóza. Dnes víme, že člověk je dokonalá bytost a i když na něho působí různé zničující příznaky, přesto je vybaven množstvím faktorů, které vyvažují a vrací organismus zpět do rovnováhy. Záleží samozřejmě na genetických předpokladech, ale nejen na nich, také na míře zatížení. Čím větší zatížení je, tím více dochází k vyčerpání kapacity regulačních mechanismů, které nazýváme biochemický stres. Z aspektu psychosomatického nepovažujeme samotné stáří za rizikový faktor, ale za tzv. období presenia, které nastává mezi 50 a 60 rokem života. Nadchází období vel-

ké zátěže a to psychické i fyzické, období zvýšených nároků, kdy nám stárnou rodiče, děti odchází z domu, rostou finanční i pracovní nároky, které již nezvládáme jako dříve. Blíží se odchod do starobního důchodu, pokles tělesných sil, narůstají zdravotní problémy, ať už choroby kardiovaskulární, metabolické, psychické, hormonální, ale i problémy s dýcháním a další choroby. (Holmerová, 2014, s. 18-19) Pozorování zrodu i průběhu těchto nemocí dokazuje, že v jejich začátcích se dá spekulovat, že rozhodující úlohu hraje stres. Je tedy patrné, že dřívější biomedicínké pojetí, které má podíl na prodlužování lidského života, ustává a již není tak významným a neúčinnějším činitelem. Dlouhodobě se uvádí, že jej nahradilo involuční akcentování tzv. bio-psycho-sociální přístup. Což v tomto směru znamená provázanost organismu, kdy psychická onemocnění a psychické stresy detekují somatickou dekompenzaci a naopak choroby somatické se ukazují jako dekompenzace psychických funkcí. V bio-psycho-sociálním přístupu se jedná i o vzájemné vztahy mezi lidmi, o frustraci sociálních potřeb i o sociální disharmonii a harmonii. (Kalvach, 2008, s. 30-31)

1.2.2 Senior a společnost

Celou čtvrtinu populace tvoří senioři a každým dnem se počet zvyšuje. Stáří přináší schopnost seniora adaptovat se na změny a to výrazně ovlivňuje proces stárnutí. Důchodový věk je brán jako handicap. Odchod do důchodu snižuje počet sociálních kontaktů člověka a je vnímán jako konec aktivního života, přitom druhá strana mince dává prostor k oddechu, péči o sebe sama a k novým aktivitám, k hledání nového programu. Zdraví a příležitost k práci stále zůstávají pro důchodce nejvýznamnějšími proměnnými. Obě dvě jmenované složky hrají právě ve vyšším věku podstatnou úlohu ve trávení volného času. Člověk může volný čas trávit, jak si sám přeje, ale pro mnohé seniory bývá často spojen s poklesem příjmu. Peníze nejen u seniorů umožňují každému žít dle svých představ, být nezávislým a postarat se sám o sebe. Jenže akceptovat nižší finanční příjmy a zkoordinovat je se svými potřebami bývá pro penzistu velmi těžké. Stává se, že díky své nižší finanční situaci se musí jedinec ve stáří vyrovnat s přemístěním, změnou bydliště. Každé takové odhodlání změnit bydlení je pro seniora obrovským stresem, především pokud se jedná o úplně nové prostředí s neznámými lidmi. Mnohdy se setkávají s nedostatečným respektem a nižším uznáním svého okolí. Často podléhají pocitu, že už sem nepatří, nikdo je už nepotřebuje a většina společnosti se chová diskriminačně, neboť všude se poukazuje na krásu, zdraví, obdiv a na mládí. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 43-45)

Pokusíme se nastínit pohled na problematiku z hlediska sociální patologie. Zde můžeme zahrnout sociální stránku neúspěšného stárnutí a maladaptace na stáří, osamělost sociální izolace, sociální segregace i participace, ageizmus, ale i nevhodné chování, zanedbávání ba dokonce někdy i týrání z důvodu zdravotní i funkční křehkosti. Tady narážíme právě na změnu bydlení z důvodu materiálního nezabezpečení nebo chudoby.

Neúspěšné stárnutí a patologické stáří se vyznačuje:

- psychicky – nespokojeností, úzkostí, depresí;
- zdravotně a funkčně – nízká odolnost a úroveň schopnosti zdraví, závažné choroby i demence;
- vzájemné působení s prostředím – nesoběstačností;
- spirituálně – pocity nenaplněnosti, nesmířenosti marnosti života;
- sociálně – vysoká míra nutné péče a podpory, při jejím neposkytnutí sociální exkluze. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 106)

Staří lidé ještě nedávno formulovali, tvořili i řídili tuto společnost, tak by neměli být osamoceni a žít na okraji společnosti. Seniors je třeba začleňovat dále k ostatním do společnosti a jejich problémy řešit a posuzovat k hodnotám celé společnosti a ne je od ní oddělovat. Ovšem, že podporu by zajisté měli hledat a nacházet ve své rodině u nejbližších přátel a vrstevníků, kteří byli součástí jejich pracovních týmů.

Jinou formu pomoci představují zařízení sociálních služeb, nebo bydlení v domech s pečovatelskou službou. Členem společenství je kterýkoli starší a stárnoucí člověk. Společnost má za úkol se snažit ovlivňovat lidské jednání a stáří přijímat jako přirozenou realitu. U starší subpopulace vytvářet etický vztah, jako neoddělitelnou součást její sociální, ekonomické a společenské struktury celé společnosti. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 45)

1.3 Péče o seniory

Je možné dát všeobecný návod na spokojený život ve stáří? Každý má úplně jiné návyky, cíle, dispozice. Co nejvyšší míra autonomie, soběstačnosti seniorů v jejich přirozeném prostředí patří mezi hlavní cíle péče o seniory. Většina statistik ukazuje, že asi 80 % jedinců starších 65 let je soběstačných a občas jim dopomůže rodina. Do 15 % potřebují senioři pomoc s domácností, jako jsou nákupy nebo úklid a 5 % se neobejde bez domácí péče ve větším rozsahu a jen snad 3 % mají být ti, kteří potřebují 24 hodinovou péči. Nejen většina autorů, ale i sociální pracovníci v pobytových zařízeních se shodují, že je dnes

v institucionální péči mnohem více seniorů, než je opravdu nutné. Příčiny jsou různé, ale v první řadě mnoho dysfunkčních rodin, které nejsou schopni nebo nemohou převzít péči o svého starého člena rodiny. Velkou roli také hraje ekonomický status a nezávislost, což jsou hodnoty, které jsou v některých rodinách víc, než jejich blízký senior. Dá se i pokázat na nedostatečnou provázanost a místní dostupnost kvalitních a podporujících sociálních i zdravotních služeb, které by mohli pomoci seniorovi v jeho domácím prostředí. Tohle je několik faktorů proč jedinec staršího věku nemůže zůstat doma a pro rodiny se stává nejspíše nejlepším řešením Léčebna dlouhodobě nemocných, nebo i pobytová sociální služba, jako je domov pro seniory. (Příbyl, 2015, s. 14-15)

Domovy pro seniory jsou často situovány do měst. Na jedné straně je město pro seniory prostranstvím, které přináší spoustu problémů, místem které přináší mnoho překážek v každodenním životě a přesto je místem, které je známo příležitostmi pro kvalitní život seniorů. (Vidovičová, 2013, s. 12)

V historii a vůbec v dějinách lidstva až do 19. století se neobjevuje žádné zařízení, které by zaměřovalo výhradně na péči o nemocné a nesoběstačné seniory. Ve středověku vznikaly nemocnice v kláštrech, které byly vyhrazené pro nemocné příslušníky řádu. Později péči o chudé, ale i sirotky a umírající přebraly zakládané hospice, hospitály. Péče byla na bázi střechy nad hlavou, potravy a možnost se vyspat. V té době vznikly základní špitály, které zakládaly většinou církevní řády a poskytovaly péči nemocným. Mezi prvními církevními řády byl řád Maltézských rytířů, řád Křížovníků s červenou hvězdou. Hospice, ale i nemocnice neměli dostatek lůžek a jejich význam nebyl zdaleka léčebný, ale charitativní. O ošetrovatelské péči na vysoké úrovni se dá mluvit až v roce 1605 a to příchodem řádu Milosrdných bratří, kteří zakládali špitály nejen ve Valticích, ale i v Brně a jiných městech. Starali se o nemohoucí a chudé jedince, většinou o muže, výjimečně o ženy. Řád, který se staral o ženy a založil první nemocnici v Praze, ve které poskytoval kvalitní ošetrovatelskou péči, byl řád sv. Alžběty. Zvýšená péče o zdraví seniorů nastala v době vlády Josefa II., který pokračoval v započatých reformách jeho matky Marie Terezie. V roce 1781 vydal Josef II. zákon, na jehož principu došlo k založení specializovaných lůžkových zařízení ve všech početných městech. Jednalo se o porodnice, všeobecné nemocnice, chorobince, ale nalezince a ústavy pro nevyléčitelně nemocné. Později s postupem času vznikaly další ošetrovatelské a léčebné ústavy i pražské nemocnice a modernizovaly se stávající-

cí. V 50. letech začínaly postupně vznikat domovy důchodců, které se budovaly z církevních budov a klášterů, dnes používáme název domovy pro seniory. Nesoběstačným seniorům, kteří z nějakého důvodu se o sebe nedokázali postarat, nebo potřebovali doléčovací péči, sloužila léčebna pro dlouhodobě nemocné nebo taktéž nazvané oddělení v rámci nemocnice. Po roce 1989 se profiluje nový trend péče o nemocné umírající a to hospicová péče, která u nás dříve neobjevovala. V dnešní době je péče o seniory mnohem kvalitnější, nejen po stránce zdravotní, ale i po stránce denních aktivit, která umožňuje seniorům trénovat paměť a procvičit jemnou i hrubou motoriku či jinou aktivizaci např. canisterapie, muzikoterapie a další. Slouží k tomu odborné léčebné gerontocentra, která mají k dispozici lůžkovou část i část denního stacionáře. (Mlýnková, 2011, s. 60-62)

1.3.1 Potřeby seniorů

Každý v životě potřebuje uspokojovat všechny své potřeby, stejně tak senior. Tady můžeme podotknout, že častokrát se setkáváme s tím, že senior je odkázán na pomoc svého okolí. To, že člověk potřebuje uspokojovat své každodenní potřeby, je spojeno se soběstačností a poklesem funkčních schopností, ale určitě to primárně není věk. Než se pustíme do vymezení potřeb u seniorů, lze připomenout obecné potřeby, bez jejichž naplnění je spokojenost málo pravděpodobná. Patří k nim zabezpečení, nezávislost, participace, smysluplnost a důstojnost. Lidské potřeby jedince se v průběhu života mění a vyvíjí se dle obsahu a možností uspokojování. Jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je pouze v tom, jakým způsobem má možnost jedinec tyto potřeby uspokojovat. Právě ve stáří dochází k tomu, že jedince opouštějí psychické i fyzické síly a již nedokáže své potřeby plnit obvyklým způsobem. Pak se jeví jako významný koncept sociálního fungování, který lze objasnit na základě následujících principů a to interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém onen jedinec žije. Tam kde je, tato rovnováha porušena dochází k problémům sociálního fungování. Jestliže své sociální fungování a společenské role jedinec zvládá, měl by dokázat a naplnit i své potřeby, které jsou důležité pro jeho další život. Matoušek ve slovníku sociální práce popisuje potřebu jako motiv k jednání. Pokud lidské potřeby uspokojovány nejsou, vede to k strádání a deprivaci. (Matoušek, 2008, s. 147)

Většina lidských potřeb je dělena typologicky na okruhy vztahující se k psychické pohodě, tělesné pohodě, ke společenskému uplatnění, vztahy s blízkými a na okruh spirituálních potřeb. Důležité pro spokojenost a potřeby seniora je v největší míře obsažen pocit jistoty

a bezpečí, ať už fyzického, ekonomického či psychického. Pomáhat starším lidem vyžaduje od pomáhajícího, aby byl pozorný a rozpoznal, co starý člověk potřebuje, ale zároveň, aby jeho snaha nevedla k přílišné ochraně a k nechtěné závislosti seniora na okolí. (Dvořáčková, 2012, s. 38-40)

Podle Armstronga (2002, s. 158) je potřeba základním zdrojem motivace, ale také určitý stavu nedostatku, nebo nadbytku něčeho. Nemusí být uvědomovaná, ale je vždy pociťována například jako nepříjemné vnitřní napětí. Působí činně do té doby, dokud není uspokojena.

Tyto potřeby dělíme do několika skupin:

elementární životní potřeby, sexuální potřeby, potřeba jistoty, potřeba podmětu změny a činnosti, potřeby sociálního styku, potřeba výkonu a společenského uznání, potřeby poznávací estetické, potřeba uskutečňovat v životě záměr a určitý cíl.

Základními lidskými potřebami se zabýval proslavený autor Abraham Maslow, který napsal, že lidské potřeby jsou uspokojovány jen tehdy, pokud jsou stanoveny cíle – tedy progresivně. Maslowova hierarchie potřeb je nejslavnější klasifikací potřeb. Dříve se domníval, že existuje pět hlavních kategorií potřeb, které jsou společné pro všechny generace a bývala zpravidla zobrazována ve formě pyramidy. (viz příloha 1)

1. Fyziologické – potřeba kyslíku, vody, potravy, sexu.
2. Bezpečí a jistoty – potřeba ochrany proti nedostatku fyziologických potřeb a nebezpečí.
3. Sociální - potřeba přátelství, lásky a akceptace jako člena určité skupiny.
4. Uznání – potřeba mít ustálené a pevné vysoké hodnocení sebe sama a být respektován druhými lidmi.
5. Seberealizace – potřeba dále rozvíjet své dovednosti a schopnosti.

Maslow také řekl, že „člověk je živočich s přáními“. Ona teorie říká, při uspokojování nižších potřeb se stává převažující vyšší potřeba a pozornost jedince je koncentrována na uspokojování potřeby vyšší. Právě neuspokojená potřeba může vyvolat chování a zdůvodňovat chování vyšší dominantní potřeba je pak motivátorem chování. (Forsyth, 2000, s 14-15)

Postupně svůj model doplňoval a rozšiřoval na současný osmiúrovňový, kde na vrcholu stojí sebetranscendence. Potřeby rozdělil do dvou skupin a to D – potřeby a B – potřeby. D potřeby označujeme potřeby nedostatku, kdy člověk pociťuje úzkost nebo potřebuje

chybějící potřebu něčím nahradit. B potřeby jsou spojené s bytím člověka, kdy při naplnění potřeb existuje dobrý pocit a s tím roste i motivace dosáhnout ještě výše. (Příbyl, 2015, s. 34-35)

I Helena Chloubová, psychoterapeutka Domova pro seniory Ďáblice, odborná asistentka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze, vychází z filozofie Maslowa z hierarchicky uspořádaných potřeb, které rozvinula na komplexní a holistické v domě životních potřeb. Stabilita domu je nutností pevných základů to znamená tělesných potřeb, jako je výživa, hydratace, duševní i tělesná aktivita, odpočinek, spánek, pohodlí, hygiena, sexuální a mateřské potřeby, eliminace bolesti, ale i vyprazdňování. Je všude známo, že oblast tělesných potřeb je pro seniory prioritní. Psychosociální potřeby se rozvíjí v souvislosti jedince a jeho adaptací na prostředí. Tyto potřeby bývají velmi často opomíjené z důvodu, kdy už se senior nedokáže vyjádřit slovy. Neumí své potřeby pojmenovat a identifikovat z důvodu nemoci. Pro seniory je, ale důležitý řád, mít vše nalajnované, mít rituály, na které byli celý život zvyklí. Nepříjemné symptomy se objevují, pokud dojde u seniora k změnám, ať už oslabením soběstačnosti, nebo změnou prostředí. Každý z nás potřebuje určitý svůj čas, aby se přizpůsobil novým změnám, v seniorském věku to platí dvojnásob. Všechny lidské potřeby tvoří komplex spojující psychickou, fyzickou i sociální stránku člověka. A nejen u starší generace se celostní pohled na jedince rozlišuje o rozměr duchovní. Tohle všechno bychom měli mít na paměti u seniora, který je nově přijat do pobytového zařízení sociálních služeb, nebo nemocnice. (Příbyl, 2015, s. 40-41)

1.3.2 Senior a rodina

Pro člověka seniorského věku v dnešní době je důležité vědět, více než jindy, že je potřebný a nezbytný nejen pro společnost, ale hlavně pro rodinu. Po psychické stránce má pro seniora obrovský význam cítit, že je milován a není sám. Tyto potřeby plní zejména rodina, která vytváří člověku prostor jeho citového zázemí a prostor emocionálního a citového soužití. Základní a nejstarší jednotka lidského společenství, je rodina, jehož nejsilnější součástí je starší člověk. Být s rodinou v těžkých chvílích a v poslední závěrečné etapě života je nenahraditelné a v mnohých případech je to pro seniora to nejhezčí a dožívá se i delšího věku. Rodina je nejdůležitější a tím, že zůstává starý člověk zapojen do rodinného života, zdaleka netrpí tak jak ten, který je vyhoštěn z rodiny či trpěn jako neužitečné břemeno. Být svědkem minulostí a učitelem moudrosti pro mladší členy rodiny, připadá seniorovi jako cenná úloha a rodina se tak stává školou plnějšího života. Zkušenos-

ti a moudrost se může předávat z generace n generaci. Vždycky je velmi hezké vnímat emocionální vztahy, založené na výchově, úctě, lásce a toleranci. Stává se, že rodiny, které se rozhodly převzít zodpovědnost a péči za svého seniora na sebe, bývají společensky nedoceny, a přitom starat se o nemocného starého člověka vyžaduje obrovské úsilí a trpělivost a je velmi náročné. Rodina se stává příjemcem sociálních dávek, tím že opouští zaměstnání a nikdo jim nekompensuje ušlý zisk. Je nucena změnit své dosavadní zvyklosti, protože se rozhodla o svého blízkého postarat. Přitom by bylo až nadmíru pěkné, kdyby každá taková rodina měla podporu nejen ekonomickou, ale zejména jim poskytnout pomoc poradenskou, psychologickou a v neposlední řadě i odbornou lékařskou. Rodiny, ale mohou využít i pomoci různých služeb, ve kterých jim zkušení pracovníci s úsměvem pomohou, ať už v rámci domácí péče ošetrovatelské nebo pečovatelské. Jistě by pak rodinná péče byla efektivnější a ucelenější. Ale, ne vždy se může každá rodina o svého blízkého člena postarat, je někdy jediné řešení a to pobytové zařízení. Tím, že seniorovo zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci. Nitro seniora je zraněné a mohou narůstat pocity méněcennosti i nejistoty, nepotřebnosti a osamění, které vedou k různým psychózám a neurózám. Na tomto podkladě se pracovníci pobytových zařízení, ale i rodina mohou setkávat s nevděkem, s tím, že je senior obviňuje, je k nim neurvalý a má neslušné a neuctivé chování. V takových to případech je potřeba tyto projevy chování zdravotními a sociálními pracovníky chápat a rodině vysvětlit správnou komunikací, že jde o začínající projevy degenerace a změny neuropsychického systému starého člověka. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 46-47)

1.3.3 Komunikace se seniory

V současném stupni navýšení naší stárnoucí populace ve společnosti, je komunikace nedílnou součástí prakticky pro všechny generace každodenní zkušeností. I mladší vrstevníci, pokud se dožijí seniorského věku, se nakonec ocitnou v naprosto stejné rovině, jen na druhé straně komunikačního procesu nebo bariéry. Zvláštnosti komunikace se začínají objevovat v seniorském věku, kdy se mění fyziologické a patologické procesy organismu. Můžeme se zmínit o výšce hlasu i síle, postupné ztrátě sluchu, ale i ubýváním mentální kapacity či degenerativním onemocněním nervové soustavy. Narušená komunikační schopnost vede ke ztrátě soběstačnosti a zhoršení kvality života jedince. Pokud komunikujeme se seniorem, měli bychom volit partnerský, nediskriminující přístup a vycházet především z celkového vnímání jejich pozice i druhu zdravotního postižení. V zařízení pobytových služeb a nemocnicích by pracovníci neměli seniora vidět pouze, jako společenskou přítěž

nebo závislého na sociální pomoci, ale hledat partnerské porozumění, neboť senior si zaslouží úctu, vstřícnost a respekt okolí. Metoda hodnocení věku seniora a schopnost sebereflexe každého člověka vzhledem k vlastní budoucnosti jsou vnímána jako důležité faktory určující vlastnost a způsob komunikace v tomto věku. (Slowík, 2010, s. 145-149)

Základem každého vztahu je dobrá komunikace, proto tohle platí i v případě mezi pečujícími a příjemci péče. Komunikace se děje cestou verbální a neverbální, je zdrojem předávání informací k druhým lidem, ale i pocitů. Málo kdo si z nás uvědomuje, že většinu informací přijímáme mimoslovně, neboť se zdá, že světem vládne slovní či psaný projev. Již z dětství si dokážeme vzpomenout, kdy rodiče poznali, že neříkáme úplnou pravdu a tenkrát jsme vůbec netušili, že nás prozradil pohled, mimika, gesto a že tenhle neverbální projev byl ten, který nás prozradil. Kdo umí velmi dobře naslouchat druhým lidem, vždy sleduje i mimoslovní komunikaci. Poznává, jestli v hovoru pokračovat, ptát se, nebo mlčet a cítit jestli má zůstat či odejít. Říkat věci pravdivě s celkovým projevem člověka, je předpoklad příjemné a jasné komunikace. (Venglářová, 2007, s. 74)

Správná komunikace je základem každého rovnocenného vztahu. S komunikací se potkáváme den co den a v různých situacích. V současné velmi hektické době je komunikace obzvláště důležitá, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním a problémům. V oblasti pracovních vztahů, vzájemných úkolů pracovníků je tolerance v podobě komunikační spolupráce, respektu základem každé dobré týmové spolupráce multidisciplinárního týmu.

2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Ve vyspělých zemích se v současné době můžeme setkat s větším množstvím seniorů, kteří se dožívají vysokého věku, díky kvalitní medicínské péči. S takovouto péčí o seniory se můžeme setkat především v zařízeních, kde pracují sociálně zdravotní týmy, neboť péče o seniory obsahuje zdravotní i sociální činnosti. Při poskytování péče klientům, by mělo být nejdůležitější vidět seniora jako celek bio – psycho – spirituální - sociální bytost, to znamená z pohledu holistického. Sociálně zdravotní týmová péče by tedy měla být vnímána, jako celkové propojení všech profesí, a to nejen předáváním informací, ale i sdílením postojů, znalostí a taktéž emocí celého týmu. V týmu odborníků starajících se o seniora zaujímá i důležité postavení rodina a přátelé seniora. Ve středu tohoto přístupu mají všichni pracovníci rovnocenné postavení a do ústředí centra se dostává senior, na kterém se účinná kooperace mezi jednotlivými členy týmu pozitivně promítá. (Krátká, 2008, s. 6-7)

Kolajová (2006, s. 12) definuje tým jako tři a více osob, kteří na sebe vzájemně působí a současně se ovlivňují, mají dojem společné identity, snaží se dosáhnout společného cíle a vnitřně jsou spjati s vědomím „my“. Všichni společně a dobrovolně dodržují nepsané pravidla podle, kterých spolu jednájí a pracují. Poukazuje i na koncepci týmu s tím, že se jedná o nejsilnější, prožívané stanovisko života každého jedince a jeho sounáležitost s jakoukoli skupinou. Můžeme tím rozumět nejen rodinu, ale i přátelé, spolupracovníky nebo jen členy zájmového kroužku. Anglicky TEAM lze přeložit společně dosáhneme více. Každé písmeno obsahuje zkratku klíčových slov: Together, Everybody, Achieves, More.

Ve světě je pojem tým nejčastěji spojen s průmyslem, ve kterém pracuje skupina lidí a nějaké činnosti. Má se za to, že určitá skupina lidí už je tým. Občas každý z nás zaslechne rozhovor manažera firmy, který mluví o svém týmu jako o stádu ovcí a tohle stádo je potřeba zahnat do ohrady. (Belbin, 2012, s. 102)

Pojmy, se kterými se můžeme setkat ve spojení týmová práce či spolupráce je několik. Obvykle se o všech pojmech hovoří jako o synonymech, neboť jsou si podobné, přesto různí autoři se domnívají, že v nich je rozdíl. V propojení sociální a zdravotní práce se setkáváme s pojmy interdisciplinární tým a multidisciplinární tým. Mezioborový interdisciplinární tým je typický a význačný, neboť má jasně vymezený cíl a vzájemnou provázanost

oborů, které jsou zastoupeny v týmu. Svoji pomoc tým vidí v integrovaném plánu péče orientovaného na klienta. (Kuzníková, 2011, s. 24-25)

Opakem jmenovaného týmu je tým multidisciplinární, kterému se v této kapitole budu více věnovat.

Slovo multidisciplinární nám udává spojení slov „MULTI“ a „DISCIPLÍNA“

Výraz multi je možné obměnit jednoduše za slovo mnoho a disciplína znamená obor. Dá se říci, že se stýká větší množství oborů, neboli pracovníků různých pozic, které mají vliv na potřeby seniora. Spoluúčast zdravotního a sociálního přístupu znázorňuje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Spojuje je společné prostředí, v němž jsou zkoumány různé fenomény naplno vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín. (Jankovský et al., 2015, s. 5)

2.1 Spolupráce a cíle multidisciplinárního týmu

Jestliže má být seniorovi věnována úplná, komplexní péče, která by vedla k jeho povzbuzení i uzdravení v co nejkratším čase je potřeba spolupráce celého týmu. Péče i pomoc by měla na sebe vzájemně, navazovat a nejdůležitějším momentem je její propojenost. Hovoříme o multidisciplinárním týmu. Multidisciplinární týmová práce je základní element skutečného i účinného poskytování zdravotní a sociální péče. Multidisciplinární tým lze jednoduše definovat, jako kolektiv vzájemně spolupracujících pracovníků, neboli rovnat se znamenat vzájemné důvěře. Vzájemná důvěra celé hierarchie zdravotní i sociální péče je nesmírně důležitá. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 60)

Členové týmu jsou všichni, kteří jsou v pobytovém zařízení nápomocni seniorovi. Lékař, vedoucí pracovník, vrchní sestra, sociální pracovník, psycholog, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, praktická sestra, pečovatel, aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách, rodina, zdravotně sociální pracovník a další. (viz příloha 2). Zdravotní i sociální péči není možné členit ani separovat, neboť v praxi se setkáváme i s problémy zdravotními, které jsou doprovázeny sociálními a zase naopak. Sociální péče je neoddělitelná součást léčebných postupů, procesů, zákroků, metod, diagnóz, ale i plánování terapie. Přístupy se rovná pomoc, ale i podpora a poradenství. Multidisciplinární spolupráce se nedá považovat pouze za jedinou možnou metodu, která je samospasitelná, aby se týmu vedlo. Souhlasíme s Kolajovou, která uvádí, že týmová spolupráce má jistě neoddiskutovatelná pozitiva. Tohle je jistě nezbytné brát v úvahu, když se člověk rozhoduje,

jestli problém řešit ihned individuálně, nebo počkat na tým. Pokud je správně sestavený tým, je plnění zřetelného a konkrétního cíle mnohem jednodušší a při pohledu na danou problematiku podporuje snadnější řešení. (Kolajová, 2006, s. 15)

Aplikování spolupráce multidisciplinárních týmů je v praxi sociální práce ohromně cenná, nejen při dosahování kladných výsledků intervencí, ale zejména ve prospěch seniorů v nesnadných, nebo složitých situacích, jejichž řešení se nalézá na pomezí působnosti více resortů či institucí. Principem dobré sociální služby, je věnovat se seniorovi co nejvíce individuálně, s ohledem na jeho současné i konkrétní potřeby a k tomu pomáhá individuální plánování. To je taktéž výsledkem spolupráce multidisciplinárního týmu. (Jankovský et al., 2015, s. 8-10)

Jak jistě víme, každý v životě má své tužby přání a dosahuje to splněním určitých cílů, které si nastaví. Nejdůležitější by mělo být, aby tým měl jasnou představu, o tom co dělá a jak daleko jsou výsledky k danému cíli, neboť cíl dává smysl každé cestě. V zájmu multidisciplinárního týmu by mělo být základním mottem kvalitně poskytovaná péče o seniora a jeho rodinu. K plnění seniorových potřeb by cíle pracovníků měli být společné a všichni pracovníci týmu by měli za celkové výsledky v péči o seniora nést zodpovědnost. Důraz na seniorovi individuální potřeby je ve většině zařízení pomocí Individuálního plánu péče. Zapojit seniora i jeho rodinu je obrovské plus a rodí se otevřený přístup k seniorovi. Základním a jedním z nejdůležitějších cílů multidisciplinárního týmu by měla být ohleduplnost, pochopení a naslouchání. Emotivní jednání a lidský přístup by žádnému pracovníkovi neměl být cizí, neboť kvalitní komunikace uvnitř týmu je základem každého týmu. Každý v týmu by měl vědět, jaká je jeho role a kde má své místo. (Jankovský et al., 2015, s. 15-19)

2.1.1 Komunikace v týmu

„Na začátku bylo slovo, to slovo bylo od Boha, a Bůh byl to slovo, “říká evangelium svatého Jana. „Jenže do naší komunikace se vloudilo i dílo d’áblovo, a tak se slova zamíchala s mimoslovními projevy.“ (Novák, 2003, s. 142)

Ne všichni mají ten dar, dát se do řeči s neznámým člověkem. V týmu kde je komunikace základním faktorem by to nemělo být problém, přesto všechno se dá ještě říci, že i dnes pro většinu osob v týmu je tento úkol značně nelehký a mnohem těžší. Pod pojmem komunikace najdeme v literatuře mnoho nejasných definicí. Jednoznačně a pravidelně se setká-

me s tím, že onen pojem komunikace evokuje společnost zejména, jako proces dorozumívání. Zjednodušeně se jedná o výměnu informací, neboť člověk je tvor společenský a je pro něho důležité nebýt sám. Především komunikace v týmu označuje širokou škálu způsobů kontaktů mezi lidmi, ať již ryze lidské, nebo jiné se kterými se můžeme setkat u odlišných živočišných druhů. (Slowík, 2010, s. 11)

Pokorná (2010, s. 11) komunikaci v týmu chápe, jako děj předávání údajů, sdělení mezi dvěma i více komunikujícími subjekty. Jde o vztah, kde se dají informace, ale i jiné lidské aktivity, nejen předávat, ale i přijímat, prožívat i vnímat určité stanovisko k dané situaci. Výsledkem multidisciplinární komunikace je tedy ona situace a to, jak ji společně vnímají či řeší sami komunikující. Jedná se o transakční proces, ve kterém jakákoliv osoba může vykonávat současně funkci, jako mluvčí a zároveň, jako posluchač. Lidská komunikace zachvacuje veškeré oblasti lidské činnosti, přesto si však troufnu říci, že v oboru zdravotnictví a ošetrovatelství je obrovským lékem a zároveň občas i zabijákem lidských duší.

Novák (2003, s. 140) se vyjadřuje: *„Že číst a poslouchat mezi řádky jsme se naučili téměř dokonale, ale do našich vzájemných každodenních kontaktů to neproniklo.“*

Komunikační zručnosti a obratnosti využíváme jako prostředku, hlavně v praxi, kde uvádíme etické hodnoty a nejen svým přístupem k nemocnému, ale i v našem pracovním kolektivu. Komunikace je celoživotní vývoj učení. V ošetřování nemocného člena rodiny, seniora nebo i v zdravotnických či sociálních zařízeních se jedná o důvěrnou cestu personálu mezi sebou a zároveň klienta i jeho rodiny. (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 61)

Také je v praxi důležité vědět k jakému cíli má komunikace sloužit. Jestli je určena pro diagnostiku, plánování, nebo kontrolu i jaké informace je třeba zjistit a s jak velkým množstvím a kterým způsobem se dají získat. Už víme, že k efektivní komunikaci patří aktivní naslouchání. V týmu je velmi důležité slyšet, co druhý sděluje, také porozumět obsahu, který říká a v neposlední řadě umět správně interpretovat či parafrázovat co nám pracovník sdělil. Velkým uměním je se ptát a tím předcházet nedorozuměním a vidět v týmu pozitiva. (Havlík a Vurm, 2004, s. 70-71)

2.1.2 Výhody a nevýhody multidisciplinárního týmu

Vzájemnou komunikací, jak už víme, se rozvíjí každý jedinec daného týmu. Tým má synergický účinek, což znamená, vyjádřeno matematicky výkon týmu přesahuje součet

schopností všech pracovníků týmu. Týmová spolupráce spojuje členy, kteří se inspirují, vzájemně doplňují, podněcují a tím zvyšují tvůrčí jiskru každého člověka v týmu. Dobrá spolupráce týmu při řešení společného cíle, různorodé nahlížení na problém je obrovskou prevencí pro zlepšení psychického i fyzického stavu seniora. Nadměrné pozitivum vnímáme při řešení problémů. Pracovník vnímá, nejsem sám, mám za sebou psychickou oporu, podporu a důvěru personálu. Dobrý tým zvyšuje u svých pracovníků sebevědomí a poskytuje jim určité uznání. Pokud je příjemná pracovní atmosféra, rovná se menšímu riziku syndromu vyhoření. Tým ví víc, neboť jednotliví členové týmu mají své zkušenosti i dovednosti a dokážou je kombinovat. (Kolajová, 2006, s. 17)

Jak již víme, určitý stupeň pravidel k plnění daných úkolů napomáhá k fungování celého týmu. Přesto se můžeme setkat i s nevýhodami, které se mohou v týmu objevit. Většina z nás se přikloní k názoru, že čím menší počet členů týmu tím se lépe spolupracuje. Jistá náročnost se objevuje s přicházejícími novými členy týmu. Stává se, že tým nezná vzájemně své kompetence. Velkým problémem bývá přetíženost personálu a tím hrozí konflikty. Tým vyžaduje přizpůsobení se pravidlům a normám, což může být pro některé členy týmu až hrozbou. Největším problémem v týmu může být nepochopení, neefektivní předávání informací, což může být obrovským rizikem poškození pacienta. (Kolajová, 2006, s. 18)

Podle Hayese, který znaky dobrého týmu spatřuje v jasném vědomí, že tým musí být schopen pozitivní interakce i s ostatními lidmi. Tým je přeci celek a to mu pomáhá lépe fungovat. Členové týmu musí umět mezi sebou vzájemně komunikovat a tím dokážou více, než samostatní jedinci. (Hayes, 2005, s. 25-26)

V další kapitole se budeme podrobněji věnovat jednotlivým členům multidisciplinárního týmu pečující o seniory v pobytových sociálních službách.

2.2 Členové týmu v pobytových sociálních službách

Uspokojování seniorových potřeb je nejvíce založené na týmové spolupráci. Jak již víme, komplexní holistické pojetí v péči o seniora žádá velmi dobrou organizaci práce a záraz efektivní komunikaci mezi personálem, uvnitř týmu, ale také s klientem v pobytových sociálních službách. (Krátká, 2008, s. 18)

Pracovníci, kteří uplatňují v oboru sociálních služeb odbornou práci, jsou vymezováni zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V pobytových sociálních službách se může-

me setkat s pracovníky různých oborů a jejich spolupůsobení je charakteristickým rysem sociálních služeb. V těchto službách provádějí odbornou činnost tito pracovníci a to sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. (Malíková, 2011, s. 86)

Kvalitnímu životu svých seniorů a jejich rodin přispívají sociální služby týmem, který má společný cíl. Součástí multidisciplinárního týmu by mělo být zařazení rodinných příslušníků seniora, a také i sám senior. Jedině v tomto složení týmu může být opravdu zachována důstojnost seniora a mohou být individuálně řešeny všechny potřeby seniora. Do multidisciplinárního týmu sociálních služeb by měli především patřit tyto profese vedoucí pracovník, lékař, vrchní sestra, všeobecné sestry, praktické sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut, psychiatr, sociální pracovník, pečovatel, aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách, rodina, zdravotně sociální pracovník. (Marková, 2010, s. 35)

Ve většině pobytových sociálních zařízení se nejvíce setkáváme s všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, sociálními pracovníky a nově i se zdravotně sociálními pracovníky. V následujících kapitolách popíšeme náplň a kompetence těchto pracovníků.

2.2.1 Všeobecná sestra

S kategorií všeobecná sestra a vrchní sestra se můžeme setkat i v pobytových zařízeních sociálního typu, jako jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. K výkonu činností, které souvisí s poskytováním zdravotní péče, musí nelékařští zdravotní pracovníci splňovat podmínky zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., a vyhláška č. 391/2017 Sb., která změnila vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Podle novely přinesl zákon model pracovní nazvaný „4+1“, který nahradil dosavadní povinné tříleté studium na vysoké nebo vyšší zdravotnické škole. Již nemusí „zdravotní sestry“ povinně absolvovat vysokoškolské studium, ale např. pro získání kvalifikace všeobecné sestry stačí střední zdravotnická škola

a jeden rok studia na vyšší odborné škole. Změny v novele č. 201/2017 Sb. se vztahovaly i na současné studenty. U vybraných specializací, jako např. u intenzivní péče, zůstane vysokoškolské vzdělání povinné. Před vstupem novely v platnost se ten, kdo vystudoval jen střední zdravotnickou školu, stal zdravotním asistentem s omezenými kompetencemi a mohl pracovat jen pod dozorem řádně vystudované zdravotní sestry. Díky novele č.201/2017 Sb., získali absolventi zdravotních středních škol, nově zavedenou kvalifikaci praktická sestra (dříve Zdravotnický asistent). Praktické sestře, tedy k výkonu povolání stačit jen maturita, má nižší kompetence než sestra všeobecná, a také nižší platové ohodnocení, je ale způsobilá k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Novelou č. 201/2017 Sb. se v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, se zrušila i povinnost vysokoškolského vzdělání pro pracovníky, kteří ve zdravotnictví pracují už dlouhou dobu. (Zákony pro lidi, © 2018)

Podle etického kodexu sester vypracovaný mezinárodní radou sester mají sestry čtyři základní povinnosti. Pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů. (Česká asociace sester, © 2018)

Všeobecná sestra v pobytových sociálních službách, vykonává všechny činnosti v souladu s platnou vyhláškou č. 391/2017 Sb. a je řízena koordinátorkou zdravotně sociálního úseku a spolupracuje s dalšími nelékařskými pracovníky určitého zařízení a dohlíží na pracovníky v sociálních službách, které má ten den ve směně. Náplň práce všeobecné sestry se mění pouze na základě určitého pracoviště a zařízení, kde sestra pracuje. Vždy plní úkoly zadané vrchní sestrou, o problémech informuje lékaře a řeší s dalšími pracovníky. V potřebném rozsahu realizuje edukaci a s rodinou klienta spolupracuje na tvorbě ošetrovatelského plánu. Cíleně a aktivně plánuje a poskytuje individuální základní, nebo specializovanou ošetrovatelskou péči na podkladě holistického přístupu. Vypracovává a pracuje formou ošetrovatelského plánu, pozoruje a hodnotí a zaznamenává stav seniora, řeší jeho

ošetřovatelské problémy. Podílí se na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. Umí vést ošetřovatelskou dokumentaci a dodržuje ochranu osobních údajů klienta, neboť je vázaná mlčenlivostí. Posiluje životní aktivizaci seniora a uspokojuje jejich psychosociální potřeby. Dodržuje etický kodex a i nadále se celoživotně vzdělává a uplatňuje své poznatky v praxi. Důstojně prezentuje svoji profesi a vystupuje na profesionální vysoké úrovni. Z pozice vrchní sestry podporuje interpersonální vztahy a buduje na pracovišti optimální léčebné prostředí a zdravé klima, musí umět řešit konflikty, spory, nedostatky. Neustále se snaží získávat nové poznatky a seznamuje s nimi personál tím, že je zavádí do praxe. Při jednání a komunikaci s podřízenými dodržuje zásady emoční inteligence, oceňuje dosažené výsledky a motivuje k další práci. Dává podněty k určitým úpravám vedoucímu zařízení, sleduje a vyhodnocuje vytiženost ošetřovatelského personálu. Spolupracuje s odbornými guaranty a lékaři a řídí činnost na jednotlivých úsecích zařízení. Zajišťuje materiálně technickou práci, organizační činnost, činnost v personální oblasti, v oblasti zdravotně ošetřovatelské péče, v ekonomické oblasti, v oblasti evidence a odpovědnosti. Náležitě reprezentuje svoji profesi a napomáhá k zvýšení celospolečenského uznání a ohodnocení všech pracovníků v pomáhajících profesích. (Malíková, 2011, s. 97-108)

2.2.2 Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává činnost v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. a navazující vyhláškou č. 505/2006 Sb. Je podřízen vrchní sestře a za její nepřítomnosti sestře konající službu. Pro předpoklad výkonu práce pracovníka v sociálních službách je odborná i zdravotní způsobilost a splnění kvalifikačních požadavků. Po základním nebo středním vzdělání je potřeba absolvovat akreditovaný specializační kurz v minimálním rozsahu 150 výukových hodin a 50 hodin musí činit obecná část kurzu, neboť kurz je složen ze dvou částí a to obecné a zvláštní. Dále pak je zaměstnavatel povinen podle § 116 zákona č. 206/2009 Sb. svým pracovníkům za kalendářní rok 24 hodin dalšího vzdělání, čímž si pracovníci doplňují vzdělání a prohlubují kvalifikaci. Při poskytování všech druhů sociálních služeb rozdělujeme činnosti, které pracovník v sociálních službách může vykonávat a to do tří kategorií. Jedná se o přímo obslužnou péči o fyzicky a psychicky nemocné seniory. Napomáhá při oblékání, osobní hygieně i při komplexní péči o inkontinentní klienty, pomáhá s příjmem stravy, manipuluje se zvláštními pomůckami, podporuje k soběstačnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím. Dodržuje harmonogram stanovený vedoucí úseku. Dodržuje etický kodex, nesdílí dále jakékoliv informace

získané od klienta sociálních služeb, je vázán mlčenlivostí. Sleduje potřeby klienta a vede individuální záznamy o průběhu sociální služby (tzv. klíčový pracovník v sociálních službách). Další máme základní výchovnou nepedagogickou činnost, která působí na rozvíjení kognitivních funkcí. Spočívá v manuální zručnosti, prohlubuje naučené návyky díky aktivizačním činnostem. Pracovník se zaměřuje na rozvíjení osobnosti a to prováděním volnočasových aktivit. Zajišťuje kulturní společenské aktivity i osobní asistenci. Do třetí základní kategorie patří pečovatelská činnost, která se provádí v domácím prostředí klienta, ať již s fyzickými či psychickými obtížemi. Pracovníci se podílí na komplexním zajištění základních i fakultativních činností, kteří se z nějakého důvodu ocitli v nepříznivé životní situaci. (Malíková, 2011, s. 92-97)

2.2.3 Sociální pracovník

Sociální pracovník v domově pro seniory či v sociálním zařízení, musí splňovat určité kvalifikační předpoklady, které najdeme v §110 a 111 sociálního zákona. Jeho vzdělání by mělo být ukončené absolutoriem zaměřené na sociálně právní činnost, humanitární práci, sociální práci, nebo i charitativní a sociální činnost i sociální pedagogiku. Vysokoškolské vzdělání bakalářské nebo magisterské ukončené státní závěrečnou zkouškou v podobně zaměřených oborech. Sociální pracovníky může potkat i takové, kteří mají praxi více než pět let a absolvovaný akreditovaný vzdělávací kurz v rozsahu aspoň 200 hodin, taky mohou mít vysokoškolské vzdělání v jiné oblasti. Předmětem práce sociálního pracovníku je provádění cíleného sociálního šetření u jedinců, kteří se ocitli a nacházejí se v nepříznivé sociální situaci. Sociální pracovník je schopen analyzovat tuto situaci a poskytnout navazující sociální poradenství k jejímu řešení. I sociální pracovník má podle zákona povinnost se dále vzdělávat. Charakteristika činností sociálního pracovníka v pobytových službách tkví ve spolupráci se zdravotním personálem, vrchní sestrou, ergoterapeutem či aktivizačními pracovníky, ale i s pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem a taky ekonomickým úsekem v zařízení. Sociální pracovník plní obecné činnosti a řídí se platnými zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a je podřízen vedoucímu zařízení i vedoucímu sociálního úseku. Podílí se na tvorbě Standardů kvality sociálních služeb. Taktéž plní činnosti, které souvisí s jednáním před uzavřením smlouvy se seniorem a taky při přijetí nového seniora do zařízení i během pobytu v zařízení. Zabezpečuje administrativní činnost jako je podávání žádostí, kontakt s úřady, dokumentace, důchodová agenda. Vede pořadník zájemců o službu, eviduje a kompletuje žádosti do databáze. Komunikuje s veřejností, žadateli i rodinnými příslušníky a umí použít metody

zaměřené na socioterapii, psychoterapii i komunikační techniky. Seznamuje klienty s Metodickými pokyny poskytovatele, Domácím řádem, pravidla pro podávání stížností, vše ohledně Smlouvy. Sestavuje individuální plány a podílí se na nich společně s ostatními zaměstnanci nejen při adaptaci seniora, ale i následné péče. V náplni sociálního pracovníka se setkáváme i s hospodařením a nakládáním s finančními prostředky klientů. Depozitní účty, hotovostní i bankovní depozita, výběr finančních prostředků za fakultativní služby či za léky. Provádí výplatu části příjmu ze seznamu ČSSZ. Pro seniory je sociální pracovník někým kdo jim je nápomocný při obstarávání osobních záležitostí a zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a podílí se na kulturně společenském životě domova pro seniory. (Malíková, 2011, s. 86-92)

2.2.4 Zdravotně sociální pracovník

Už samotný název napovídá, že se zde kloubí zdravotní i sociální péče, která je nedílnou součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. Zajištění návaznosti péče právě patří nejvíce do kompetence zdravotně sociálního pracovníka. Než se pustíme do samotných kompetencí zdravotně sociálního pracovníka, pojďme se seznámit s hlavními důvody pro obranu této profese a její etice. Jak již víme, seniorům je velmi často nabízena zdravotní nebo sociální péče, ovšem setkat se s komplexní, profesionální zdravotně sociální péčí o to už je vidět mnohem méně. Přitom nemocní jedinci, kteří trpí např. Alzheimerovou demencí i další senioři s jakýmkoli handicapem i jejich blízcí, takovouto péčí vyžadují. Tohle je jeden značně obrovský argument pro obhajobu potřebnosti pozice zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník tedy zastává odbornou práci v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. Pracuje jako zdravotnický pracovník s kompetencemi v oboru zdravotně sociální péče. Realizuje a koná sociální šetření, vede agendu a koncepční i metodickou aktivitu v zařízeních, které poskytují zdravotně sociální prevenci, péči, sociální poradenství a rehabilitaci, ale i depistážní činnost. Jeho kompetence spadají i u řešení krizové pomoci. Výchozí a nepochybně rozhodující součástí zdravotně sociální práce je rozhovor, neboli komunikace s klientem, komunitou nebo skupinou seniorů. V praxi se druhy i techniky velmi často spojují, ale obvykle jedna vždy převládá. Nejvíce je to podmíněno obratností a způsobilostí zdravotně sociálního pracovníka, který umí provést analýzu určitého diagnostického úkolu, nebo provést sjednocení možných způsobů terapeutických řešení. Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen pozorovat, vést rozhovor i posoudit daný problém a vytvořit cíle, které vedou k vyřešení situace a to i teoretickými i praktickými vědomostmi. Měl by umět zvolit záměrný psychologický postup

při jednání se seniorem, nebo jakýmkoli klientem. Zdravotně sociální pracovník by měl ovládat i následující kompetence. Kompetence profesně odborové znamenají, jak již jsme se zmínili propojení odborných i praktických vědomostí a schopností umět odstraňovat závažné problémy a napomáhat k integraci seniorů zpět do společnosti. Tento pracovník by měl být schopen spolupracovat se sociálními zdravotními pracovníky své organizace a kontrolovat dodržování metod a standardů kvality práce. Dalšími kompetencemi je schopnost pracovníka provést sociálně anamnestické a diagnostické šetření a určení sociální diagnózy a prognózy. Pod kompetenci poradenskými a konzultačními si můžeme představit sociálně právní poradenství a správnou informovanost seniora či jeho rodiny. Zdravotně sociální pracovník by měl dále ovládat kompetence výchovné, rozhodovací, organizační, metodické, komunikativní, jazykové, a etické. Tak jako každý pracovník v pomáhající profesi, by se měl i zdravotně sociální pracovník dále vzdělávat a učit se novým poznatkům. Tyto kompetence vyžadují osobnostní zralost zdravotně sociálního pracovníka. Neboť, každá nejistota či dilema o nesprávnosti postupu může pro zdravotně sociálního pracovníka znamenat jistou frustraci a napětí, což může vést až k jeho negativnímu chování a jednání. Proto pro profesionalitu zdravotně sociální práce je důležitá etika a etické principy zdravotně sociálního pracovníka. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 68-77)

Zdravotně sociální pracovník vykonává povolání v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační, paliativní péče v oboru zdravotně sociální péče. Také má zdravotně sociální pracovník podíl na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacientů nebo klientů. Zdravotně sociální pracovník může působit v různých typech zdravotnických zařízení, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v ošetrovatelských centrech nebo v zařízeních pro seniory, nemocnice i hospice. Odborná způsobilost k výkonu zdravotně sociálního pracovníka se opírá o platnou legislativu a to zákon č. 96/2004 Sb. v § 10. o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Přesnou náplň neboli činnosti zdravotně sociálního pracovníka stanoví Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. v § 9. Zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo

nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci, provádí sociální šetření, spolupracuje s rodinou pacienta, s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovává zprávu o posouzení životní situace pacienta, zajišťuje sociálně právní poradenství pacientovi, rodině ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, vykonává činnosti související s propuštěním pacienta, zajišťuje následnou péči služeb, provádí odborné poradenství v sociální oblasti rodinám v případě úmrtí pacientů, u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím. (Zákony pro lidi, © 2018)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., prošla novelizací a změnila se na vyhlášku č. 391/2017 Sb., ale v § 9 zřejmě k novelizaci v oblasti Zdravotně sociálního pracovníka nedošlo.

3 SENIOŘI V SOCIÁLNÍM SYSTÉMU

Struktura péče o seniory, kteří již vzhledem ke svému zdraví potřebují nějaký druh pomoci, je umožněn především zdravotními a sociálními službami. Péče o nejstarší seniory by měla poskytovat co nejširší škálu služeb, které reagují jejich rozdílným potřebám a životním situacím. Zvolit si formu péče a určitou službu je možné jen na základě informovanosti o všech dostupných možnostech. Poradenské služby by měly být přístupné a dostačující. V okruhu profesionální péče by bylo vhodné provázání zdravotnických, sociálních a ostatních služeb prováděných v domácím prostředí. Mimořádná pozornost by měla být dána rozvoji specializované geriatrické péči a její komplexní diagnostice. V zařízeních sociálních služeb má senior právo čekat, že bude vytvořen plán péče, který bude ze strany pracovníků pravidelně kontrolován a bude zohledňovat jeho potřeby a také se bude podílet, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života. Jeho působnost mimo zařízení nesmí být nijak omezována včetně kontaktu návštěv či doručení pošty. V rámci pečovatelských domů jej tato instituce bude pravidelně kontrolovat a to z toho důvodu, aby byla zajištěna kvalitní péče. Starším lidem je také poskytována péče v rodinném prostředí, především partnery a dětmi. Role rodiny nemusí být pouze jen v péči, ale také k zajištění pomoci a podpory. Poskytnutí péče je důležitá sociální událost, která zatěžuje jedince a především rodinu, kdy také dochází ke změně způsobu života obou stran. (Arnoldová, 2015, s. 164)

3.1 Sociální práce a sociální služby

Sociální práce se podílí na řešení sociálních problémů a je prováděna jak na úrovni praxe organizací sociální práce, tak i na půdě akademické. Sociální práce je společenskovední obor a také zároveň oblast praktické činnosti, kdy jejím hlavním cílem je objasňování a řešení sociálních problémů. Také se opírá o rámec společenské solidarity a ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci napomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám docílit způsobilosti k sociálnímu uplatnění a také pomáhají k jejich příznivým společenským podmínkám. Základním řešením sociální práce je její etická dimenze. Vychází tedy z etických hodnot a legislativních norem, kdy k základním hodnotám patří lidská práva, humanizmus a sociální spravedlnost. Z těchto hodnot se rodí etické principy profesionálního konání sociálních pracovníků, mezi které patří především respekt ke klientovi a jeho právo na samostatné rozhodování, nepoškození klienta, dobročinnost, spravedlnost, spolehlivost a pravdomluvnost. Etické princi-

py jednání sociálních pracovníků jsou začleněny v etických kodexech. Další důležitou složkou sociálního pracovníka by měly být odborné znalosti a jejich adekvátní aplikace, přiměřené osobnostní charakteristiky nebo osobní odpovědnost. Sociální práce také využívá mnoho prostředků ke zlepšení nepříznivé sociální situace lidí ve společnosti, ať už po stránce finanční nebo materiální pomoci, osobní služby či výzkumné aktivity. V tomto textu chápeme sociální služby jako služby, které sami sociální pracovníci poskytují nebo sjednávají. V této souvislosti se používá definice služby sociální práce, které určují komplexy činností s určitými klienty, které napomáhají k realizaci záměrů sociálních pracovníků. Česká legislativa zahrnuje do sociálních služeb jen ty služby, které patří do rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Dle zákona o sociálních službách je sociální služba definována takto „ činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. Sociální práce se podílí tedy na sociálním začleňování a také na ochraně práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci. (Malík Holasová, 2014, s. 10-11)

3.1.1 Kvalita sociální práce a sociálních služeb

Kvalitu nelze úplně jednoznačně vymezit, protože tento pojem je používán rozdílným způsobem a vztahuje se k několika fenoménům. Zároveň také podléhá stálému vývoji a společenským a politickým změnám. Různé skupiny subjektů mají odlišné vize o kvalitě a nárocích na ni. Jednotná definice neexistuje. Kvalitu tedy můžeme chápat, jako konstrukt, který je spjatý se společenskými a osobními normami, hodnotami, cíli a očekáváními. Kvalitní služby sociální práce jsou takové, které jsou přiměřené pro svůj účel s rozumnými náklady a se stupněm dosažitelnosti zasvěcené volby, kdykoliv je to uskutečnitelné. Také je u sociální práce nejdůležitější aspekt etické a normativní zaměření kvality. Nejedná se jen o to, jak efektivně služba pracuje, ale také o to, jak se přitom klient cítil, zda mu něco dodalo povzbuzení apod. Sociální pracovníci se zabývají řešením sociálních a osobních problémů klientů holisticky a mají úctu ke klientům. Rozumí, že proces a vztah je součástí toho, co stanoví dobré výsledky pro uživatele služeb. Podstatnou roli při chápání kvality služeb sociální práce, je orientovaná se na kvalitu života. Hlavním cílem sociálních služeb je zvýšení nebo udržení kvality života. Samotnou kvalitu života lze také pochopit jako vnímání jedince a jeho postavení v životě v souvislosti kultury a hodnotového systému, ve kterém žije, a také ve vztahu k jeho cílům, očekáváním a zájmům. Vyjadřuje subjektivní zhodnocení komplexu somatického zdraví, psychického stavu, stupně nezávislosti na okolí, sociálních vztahů jedince v určitém prostředí. Určení kvality v sociální práci

podléhá mnoha aktérům. Důležitý není jenom klient, ale také zadavatel služeb, občané a poskytovatelé sociálních služeb. Kvalita je určena ve střetu zákonem stanovených cílů, individuálních očekávání a profesních cílů v kontextu aktuální společenské a odborné debaty a v návaznosti na dostupné finanční zdroje. Záměrem zajištění kvality sociálních služeb je obrana zranitelných skupin obyvatelstva před nekvalitně poskytnutými službami a především před poškozením práv klientů a zneužití moci pracovníků služeb. Kvalitu sociálních služeb lze posoudit zejména dle vyřešení problému, spokojenosti klienta a jeho rodiny a také splněním standardů procesních nebo výstupových. (Malík Holasová, 2014, s. 22-23)

3.1.2 Sociální služby

Sociální služby jako takové se kryjí s širší kategorií veřejných služeb a ty jsou poskytované v zájmu veřejnosti. Na rozdíl od služeb komerčních jsou placeny z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji popsány legislativou než jiné služby a z tohoto důvodu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služba může být také dána i jako služba komerční, a to na základě obchodní smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem. Sociální služby jsou udělovány lidem společensky znevýhodněným, kde je kladen důraz zlepšit kvalitu jejich života, v maximální možné míře je opět navrátit do společnosti nebo ji ochránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby tedy zohledňují nejenom osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do které patří, popřípadě širší společnost. Také je možno se na sociální služby zaměřit v užším, rezortním pojetí a to především, že jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativa je umísťuje do oblasti tzv. sociální pomoci. Sociální pomoc kromě sociálních služeb obsahuje finanční a věcné dávky, zaměřené na občany, kteří se ocitli ve stavu hmotné nouze. Sociální služby mohou být také dány i mimo státní sociální pomoc – mohou být placeny příjemcem na základě smlouvy jako jakákoli jiná služba a jejich poskytovatelem může být i nestátní subjekt, který je uživateli dává zdarma. Sociální služby ochraňují uživatele tím, že v jeho prospěch něco dělají. Poskytují je instituce veřejnoprávní nebo soukromoprávní a v tomto případě je stát garant, protože je zde kladen důraz na dodržování základních lidských práv. Stát je tedy povinen formou pravidelného prověřování činností těchto subjektů a udílením licencí zaručit občanům, že tyto instituce, budou provádět to, k čemu se uvázaly. (Matoušek, 2007, s. 9-11)

Mc Donald (2010, s. 33) popisuje sociální systém ve Skotsku, kde se v roce 2005 uskutečnila rozsáhlá revize poskytování sociálních služeb s názvem Sociální práce z 21. století, která zhodnotila současný stav a povědomí o sociální péči. Mezi předloženými příspěvky byla jedna, která se jmenovala Efektivní sociální práce se staršími lidmi. Klíčovou otázkou bylo, zda a jak se potřeba sociální práce může zvýšit v kombinaci s věkem. Obecně lze konstatovat, že starší lidé nepotřebují sociální pracovníky jen z důvodu svého věku, ať už se objevují nebo se opakují náhlé změny, nebo když se postupně mění, ale že sociální pracovníci mohou účinně zasáhnout kdykoliv. Skotsko poskytlo stejnou úroveň bezplatné osobní péče pro starší osoby, které jsou způsobilé pobírat, ve vlastních domácnostech, jak je poskytováno v rezidenční péči. Přesto podíl starších lidí ve Skotsku ve věku 65 let, kteří jsou v rezidenční péči, je 4 %, oproti 2,5 % v Anglii. Výdaje na osobu v rezidenční péči ve Skotsku jsou o třetinu vyšší než výdaje v Anglii. Curtice a Petch připisují takovou odlišnost odlišné hodnotové a postojové základně ve Skotsku s větší podporou veřejných výdajů. Až 62 % nárůst počtu osob, kterým byla v letech 2002 až 2005 poskytnuta osobní péče ve Skotsku, nelze vysvětlit demografickými trendy, vyšší mírou zdravotního postižení nebo snížením neformální péče, ale je pravděpodobné, že je to kvůli odhalení nesplněné potřeby. Zkušenosti ve Skotsku tak odhalují jak poptávku způsobenou péčí o starší lidi, tak i potenciál systémů se mění v reakci na výzvu k tradiční hodnotové základně péče o starší lidi, založené na přidělu a nedostatku služeb.

3.1.3 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tento zákon zanesl do systému sociálních péče v České republice mnohem více změn, než by se na první pohled zdálo. Pokud jde o správné pochopení zákona o sociálních službách, je tato právní norma rozdělena na dva cíle a to především zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nutně potřebují a také na nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a především jejich uživateli. Před rokem 1989 byl sociální systém docela solidně propracován, byl dosažitelný pro všechny občany, kteří sociální péči potřebovali. V této době byl zájem zaměřen na zajištění péče, ale již nebyla dostatečně respektována lidská práva a důstojnost uživatelů sociálních služeb. A právě tady zákon o sociálních službách donesl zásadní změnu. Vytvořil vhodné prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli a jejich vztah je založený především na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, individuálnímu přístupu, na snaze o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí ze společnosti. Je zde kladen důraz na vzájemnou spolupráci mezi poskytovateli, uživateli a osobami jim blízkými,

kdy hlavním cílem je mobilizovat uživatele sociálních služeb k přebrání spoluodpovědnosti za řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních služeb. Jako každá služba tak i sociální služby jsou poskytovány na smluvním základě, kde účastníci sjednávají podmínky poskytnutí služby. Potencionální zájemce o službu sjednává dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem za určitých podmínek, na nichž se obě strany dohodnou. Důraz na respektování práv uživatelů a jejich lidské důstojnosti pak vyznačuje povinnost poskytovatele plnit tzv. standarty kvality sociálních služeb, vyhlášené jako příloha prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách. Zákon také utvořil lepší podmínky pro jednotlivce, aby i oni měli možnost se na procesu poskytování sociálních služeb lehčeji participovat. Pozoruje tím pevnější zakotvení adresátů sociálních služeb v jejich přirozeném sociálním prostředí a také motivaci ke vzájemné spolupráci při vyřešení jejich nepříznivé sociální situace. Zákon formuluje tedy základní zásady, které jsou uvedeny v § 2 a to především:

- bezplatné sociální poradenství
- zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a příslušným zájmům
- individuální přístup
- aktivizace k samostatnosti
- podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí
- rovnoprávnost
- dobrovolnost

Na základě těchto zásad byly vytvořeny standarty kvality sociálních služeb, a aby tyto úmysly byly splněny, objevily se v něm nové instituty. Jejich hlavním úkolem je vytvořit podmínky naplnění cílů právní úpravy a patří sem:

- příspěvek na péči
- registrace poskytovatele sociálních služeb
- smlouva o poskytování sociálních služeb
- standarty kvality sociálních služeb
- inspekce poskytování sociálních služeb (Čámský, Krutilová a Sembdner, 2011, s. 16-17)

3. 2 Pobytové sociální služby pro seniory

Za poslední dobu se výrazně změnil charakter posledních dní života člověka, výrazně také vzrostl počet úmrtí v nemocnicích a v zařízeních sociálních služeb. Neustále více lidí neumírá nečekaně v různých etapách života, ale ve vysokém věku. Tito lidé jsou na konci života omezeni ve své schopnosti konání a postihují je zdravotní problémy a poruchy a jsou proto závislá na poskytování sociální nebo zdravotní péči. Tato péče přesahuje velmi často meze ambulantních služeb. Nynější sociologické změny v rodině a ve společnosti nejsou schopny, aby péče o seniora nebo člověka se zdravotním postižením v posledních etapách jeho života mohla být poskytována doma a to z důvodu, že tito lidé potřebují nepřetržitou celodenní péči. Celková péče a doprovod jednotlivých obyvatel a jejich rodinných příslušníků na sklonku života nabývá proto stále větší význam v domovech pro seniory, pečovatelských zařízeních a domovech pro postižené. Je důležité zmínit, že v domovech pro seniory kromě paliativní péče zaujímají stále velký místo v geriatrické a sociálně pedagogické péči. K nim patří např. rehabilitace, péče o osoby s demencí, úprava životního prostoru a podpora při zvládání běžného dne. V zařízeních dlouhodobé péče žijí lidé odlišnými tělesnými, psychickými a duševními omezeními, přičemž potřebují specifickou péči a vyžadují péči přizpůsobenou své situaci. Všichni by měli mít díky kvalitní péči v poslední fázi zažít vysokou kvalitu života. K tomu zejména patří respektování psychických, sociálních, kulturních a duševních potřeb a utvořit prostor, které individuálně odpovídá člověku na konci života. Lidé by tedy v kontextu dlouhodobé péče měli prožívat takové podmínky, které poskytují důstojné umírání. Důležitým faktorem je zapojení rodiny a blízkých osob, které jsou důležité pro člověka žijící v domově. V této době nastupuje do domova stále více lidí teprve při vyšší potřebnosti péče nebo po pobytu v nemocnici. Jejich délka života v domově je většinou velmi krátkodobá, převážně trvá několik týdnů nebo měsíců. Ošetřující personál se musí velmi rychle seznámit s jejich životní situací, s jejich individuálními potřebami. Zdravotní situace starších občanů ke sklonku života je velmi nestabilní. Častěji se v těchto případech objevují krizové situace vyžadující zvýšenou intenzitu pečovatelských a ošetrovatelských služeb. Nejdůležitější je samozřejmě poskytnutí základní péče a zmírnění bolesti v těchto pobytových sociálních službách. (Horecký, Průša, 2012, s. 37-38)

3.2.1 Zřizovatelé a uživatelé sociálních služeb

Zřizovateli zařízení umožňující sociální služby v rezortní koncepci mohou být v České republice obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obce mohou zakládat v rámci své samostatné působnosti sociální služby a to buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které vlastní samostatnou právní subjektivitu. Také kraje mohou poskytovat služby ve svém rezortu, založené na stejném principu jako obce. A poslední možností zřizování sociálních služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí, kdy je poskytovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností. Financování těchto služeb je buď v plném rozsahu, nebo jen zčásti pokryto z rozpočtu obce, kraje či Ministerstva práce a sociálních věcí. Zřizovatelem sociálních služeb mohou být v České republice i nestátní neziskové organizace. Tito činitelé mohou získat dotace na vykonávanou činnost z veřejných rozpočtů, tj. z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev. Nestátní poskytovatelé jsou právnické osoby od roku 1990, do té doby nebyla možnost poskytovat sociální služby ze strany nestátních subjektů. Dalším výjimečným útvarem neziskového nestátního subjektu jsou nadace. Ty však mohou činnost poskytovatelů sociálních služeb jen finančně dotovat, nemohou samy služby umožňovat. Poskytovateli sociálních služeb mohou být v České republice i fyzické osoby. Všechny druhy organizací poskytující sociální služby můžeme pojmenovat dle odborné literatury krátce agenturami. Jako zřizovatel se v tomto prostředí určuje subjekt, který je za pracovní činnost poskytovatele zodpovědný. Je důležité také zmínit, že ten, kdo používá sociální služby, je popisován jako uživatel, popřípadě klient. V případech, kdy chceme zvýraznit jeho role jakožto partnera poskytovatele, způsobilý podílet se na vymezení kontraktu o službě, používá se pro něj i termín zákazník. (Matoušek, 2007, s. 12-15)

3.2.2 Registr poskytovatelů sociálních služeb

Na principu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je v České republice s účinností od 1. 1. 2007 vytvořen Registr poskytovatelů sociálních služeb, který výrazně napomáhá informovanosti, dostupnosti i skutečnému využívání sociálních služeb. V sérii případů klient nebo jeho rodina bloudí a nemají dostatečné informace jak o sociálních službách obecně, tak o poskytovatelích v daném okrese či kraji. Současně je registr důležitým nástrojem kontroly ve smyslu, kdy si můžeme potvrdit, zda subjekt, který nějakou sociální službu dává, je opravdu registrován, a tedy i odborně a právně příslušný k jejímu poskytnutí. Registr poskytovatelů sociálních služeb je přístupný na webové adrese <http://iregis.mpsv.cz>.

Na hlavní stránce registru je zřejmé, že ke dni 6. 4. 2015 poskytoval řádově tisíce sociálních služeb v České republice a to v širokém měřítku tak, jak jsou popsány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na podobném principu jako je centrální registr poskytovatelů sociálních služeb pracují i různé oblastní registry a portály, poskytující vyhledávání poskytovatelů sociálních služeb dle lokality i typu postižení, respektive poptávané služby. V případě sociálních služeb je to bohužel mnohdy neinformovanost, která přivodí nedostatečné naplnění některých služeb, což může mít za příčinu snížení sociálního pohodlí a kvality života některých jedinců, tedy případných uživatelů těchto služeb. Z výše popsaného je evidentní, že informovanost a osvěta o sociálních službách je dosažitelná a to ať prostřednictvím internetu nebo sociálních pracovníků obecních nebo státních úřadů. (Kaczor, 2015, s. 232-233)

3.2.3 Ochrana práv seniorů při poskytování sociální služby

Kterákoli aktivita prováděná člověkem by měla být tvořena zcela přirozeně a synchronně s vnitřními morálními zásadami a principy, které máme v sobě zakotveny. To vyžaduje, aby si všichni pracovníci při umožňování sociální služby v pobytovém zařízení stále chápali jedinečnost každého klienta, jeho osobnost a vše, co k němu patří. Vzájemné respektování originality každého člověka v běžném životě tvoří předpoklad respektu, úcty a tolerance a podporuje k celkovému zlepšení mezilidských vztahů. Při pomoci potřebnějším na každý den doprovází hodně situací, kdy jsme svědky devalvace, diskriminace a jiných negativních činností vůči osobám v komplikovanější situaci. Odlišnost okolností nikdy nedává možnost druhé straně zneužívat situace ve svůj prospěch a omezovat práva druhých osob. Důležité je zmínit, že s lidskými právy se rodíme a provází nás celý život. Ale z důvodu toho, že morální aspekty nejsou ve společnosti na potřebné výši, vytvořila se řada dokumentů, které člověka upozorňují na práva těchto skupin a garantují je. Vyskytuje se celá řada písemností, kdy jejich hlavním úkolem je ochrana práv občanů dané země. Některé vznikly v České republice, jiné jsou z dalších zemí. To je dokladem toho, že skupiny slabších osob jsou závislé na pomoci a potřebují ochranu a zajištění svých práv téměř všude. Zde jsou uvedeny pouze ty, které se k poskytování sociální služby aplikují na skupinu starších osob neboli seniorů:

- Listina základních práv a svobod
- Práva seniorů

- Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí
- Práva hospitalizovaných osob
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů
- Etický kodex sester
- Charta principů pro péči o člověka s demencí a jeho pečujícího
- Charta základních práv Evropské unie
- Deklarace OSN o právech hluchoslepých lidí
- Charta práv tělesně postižených osob
- Práva pacientů
- Charta práv umírajících
- Evropská charta pacientů seniorů
- Kodex správné praxe týkající se práv a kvality života lidí s roztroušenou sklerózou (Malíková, 2011, s. 49-50)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část bakalářské práce se zabývá přípravou, realizací a vyhodnocením získaných dat výzkumu. Cílem práce je vyhodnocení spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. Dané téma jsme si zvolili na základě cílové skupiny. Chtěli jsme zhodnotit konkrétní spolupráci týmu a přínos týmové spolupráce. Na podkladu získané praxe v pobytovém zařízení jsme se přesvědčili o tom, že spolupráce zdravotní i sociální péče o seniory je velmi důležitá. Použití výrazu výzkum v kontextu sociální práce, může znít cize, protože mnozí chápou sociální práci jako ryze praktický obor. Je tedy možné ovlivnit a tím i více porozumět praxi sociálního pracovníka prostřednictvím výzkumu? Možná nám to přijde, jestli je to vůbec potřeba, vždyť stále se objevuje nějaký problém, kterému je potřeba porozumět, utvořit cíl, zvážit metody a řešit. Často se v sociální práci setkáváme s bilancováním silných a slabých stránek, jež nás napadají při postupech a řešení dané situace klienta. Dalo by se tedy říci, že sociální pracovník je „výzkumník“ každý den ve své praxi, jelikož uplatňuje výzkumné postupy při životních problémech klientů. Z druhé strany, výzkum označuje specifickou aktivitu. Jejichž cílem, je propojení teorie i praxe, abychom porozuměli danému problému a dokázali pořizovat písemné či jiné záznamy o veškerých krocích. S výzkumem v oboru sociální práce se můžeme setkat všude tam, kde se zjišťují názory pracovníků, lidí, klientů, ale i veřejnosti, ať už se jedná o sociální potřeby seniorů, formou komunitního plánování sociálních služeb, nebo spokojenost managementu v organizaci. (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 525)

V jednotlivých kapitolách se budeme zabývat metodikou výzkumu.

4.1 Cíle výzkumu

Náš výzkum směřuje k zjištění podvědomí zaměstnanců konkrétních organizací o multidisciplinárním týmu a jeho spolupráci.

Aby mohl být dodržen stanovený cíl bakalářské práce, je zde uvedena hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky, které z tohoto cíle vychází:

Hlavní výzkumný cíl zní:

HVC: Zjistit, zdali a jak funguje spolupráce multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory?

Dílčí cíle zní takto:

1. DVC: Zjistit jak si zaměstnanci v rámci multidisciplinárního týmu předávají informace?

2. DVC: Zjistit jak napomáhá multidisciplinární tým při péči o seniory?
3. DVC: Zjistit jaké je povědomí o náplni práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?
4. DVC: Zjistit jak zaměstnanci dané organizace vnímají pozici Zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

4.2 Charakteristika vzorku respondentů

V této bakalářské práci byli osloveni zaměstnanci z pobytových sociálních služeb. Hlavním aspektem oslovených respondentů bylo jejich pracovní zařazení, jelikož vytvořený dotazník (viz příloha 3) obsahoval otázku, která se týkala jejich pracovního zařazení. Dle této otázky byli osloveni tito zaměstnanci, kteří vykonávali převážně tyto pozice: pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, sociální pracovník, ergoterapeut, fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník. Na věku či délce praxe v daném zařízení nezáleželo. Celkem oslovených respondentů v daných zařízeních bylo 120, kteří byli zaměstnanci sociálních služeb. Z toho 60 respondentů z městské pobytové služby a 60 z pobytové sociální služby, která se nachází na okraji obce. Většina oslovených respondentů byla ochotna spolupracovat a dotazník vyplnit. Z obou zařízení se dohromady vrátilo 103 dotazníků.

4.3 Techniky výzkumu

Z hlediska výzkumného cíle lze rozlišovat kvalitativní metodu výzkumu a kvantitativní metodu výzkumu. Postupem času se setkáváme s názorem, že každý člověk v sociálním světě se svými znalostmi pomáhá v kvalitativním i kvantitativním výzkumu. K uchopení zkoumané problematiky se dá využít i smíšeného výzkumu, který jsme v naší práci použili, neboť kombinujeme kvantitativní i kvalitativní přístupy v rámci jedné studie současně. Smíšený výzkum je relativně nový komplexní způsob uchopení zkoumané oblasti. (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 133-135)

V této bakalářské práci jsme použili smíšený výzkum za pomoci dotazníkového šetření, které bylo doplněné pozorováním.

4.3.1 Dotazník

Kvantitativní výzkumná strategie této bakalářské práce, byla zpracována pomocí standardizovaného dotazníku, který byl osobně předán zaměstnancům obou jmenovaných zaříze-

ní. Při předání jednotlivým zaměstnancům byl stručně vysvětlen postup při vyplnění dotazníku.

Dotazník je metoda kvantitativní vybudovaná na subjektivní výpovědi daného respondenta, což znamená, že osoba může odlišným způsobem zpracovávat i usměrňovat své odpovědi. Dotazník je písemný způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí. V dotazníku by mělo být uvedeno, že je anonymní, měl by být na jasném tiskopise a úvod by měl obsahovat jednoduché vysvětlení, za jakým účelem se dotazujeme, aby dotazovaní věděli, zdali budou schopni a ochotni sdělit své odpovědi. Otázky dotazníku musí být zřetelně formulované a srozumitelné. V dotazníku (viz příloha 3) se objevují otázky otevřené, uzavřené, polozavřené a škálové. (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56)

4.3.2 Pozorování

Mezi další výzkumné metody patří pozorování. Mezi další výzkumné techniky patří pozorování, které je bráno jako nejstarší vědecká technika k získávání poznatků, je ji ale nutné rozpoznat od běžného pozorování. U běžného pozorování si pozorovatel předem určuje co a jak bude pozorovat. Podle Kutnohorské (2009, s. 35) se jedná o promyšlené, cílovědomé, úmyslné, systematické sledování stanovených jevů, které jsou spojené s registrací charakteristických údajů. Úspěšnost této techniky je závislá na perspektivě, aktivitě, role pozorovatele a na kvalitě informací o dané problematice. Samotnou technikou může být jen přímé, zúčastněné pozorování, kdy se výzkumník pohybuje v daném prostoru a tím se stává součástí. Pozorováním má dosáhnout objektivních popisů daných jevů a umožnit následnou analýzu.

4.4 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník (viz příloha 3) byl originálně konstruován pro tento účel výzkumu, obsahuje 26 otázek, které byly směřovány k zjištění, zdali a jak funguje spolupráce multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory. Na začátku dotazníku je představen autor, dále za jakým účelem byl dotazník vytvořen a že se jedná o dotazník zcela anonymní. Posléze je uvedeno, jakým způsobem se má dotazník vyplnit. Samotný obsah dotazníku je rozčleněn do baterií otázek, které jsou orientované na určité ukazatele:

baterie č. 1 - demografické ukazatele (otázka č. 1. - 5.);

baterie č. 2 - zaměřena na povědomí zaměstnanců o multidisciplinárním týmu (otázka č. 6. – 10.),

baterie č. 3 - zaměřena na podávání informací v multidisciplinárním týmu (otázka č. 11. - 17.);

baterie č. 4 – je zaměřena na péči o seniory v rámci multidisciplinárního týmu (otázka č. 18. – 23.),

baterie č. 5 – je zaměřena na sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka (otázka č. 24. – 26.).

Zaměstnanci tento dotazník vyplnili, posléze odevzdali pověřeným osobám. Návratnost dotazníků byla úspěšná.

4.5 Zařízení sociálních služeb

Oslovená pobytová zařízení se nachází v Olomouckém kraji. Z toho je jedno situováno v městské části, která má cca 43 000 obyvatel a druhé zařízení se nachází na okraji obce, která má pouze do 1000 obyvatel. Prvním zařízením, ve kterém se výzkum realizoval, byl domov pro seniory a domov se zvláštním režimem v městské bytové zástavbě. Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem spadá pod Sociální služby města a je příspěvkovou organizací. Sociální služby, mají již dvacetiletou tradici a jsou největším poskytovatelem sociálních služeb ve městě a jeho místních částí. Na základě registrace udělené Krajským úřadem Olomouckého kraje poskytují v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, šest druhů sociálních služeb vymezených zákonem. Jedná se o sociální poradenství, osobní asistence, denní stacionář, pečovatelská služba, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Organizace ještě provozuje městské jesle, i když nespádají, svým charakterem do oblasti sociálních služeb. Zmiňujeme je pro úplnost, neboť organizace je provozuje v souladu s obecně platnými právními předpisy a Zřizovací listinou. Sociální služby města mají otevřený závazek a to formou sociálních služeb zabezpečit nezbytnou odbornou podporu i pomoc osobám, které zejména z důvodu věku, zdravotního stavu, mentálního a kombinovaného postižení se ocitly v nepříznivé sociální situaci, nebo mají z výše vypsanych důvodů sníženou soběstačnost a jsou odkázány na pravidelnou pomoc druhé osoby. Domov je vybudován z bývalého areálu základní školy, která byla postavena více než před čtyřiceti lety. Provoz zařízení byl slavnostně zahájen v září 2008, kdy se do domova stěhovali první uživatelé. Celý areál domova je bezbariérový, umístěn v klidné zastavěné části města s bytovými domy. Dopravní dostupnost je zajištěna městskou hromadnou dopravou, místní komunikací, což přispívá ke zpříjemnění po-

bytu klientům a jejich blízkých. Cílem organizace je poskytování odborné, kvalitní, i bezpečné služby ke spokojenosti uživatelů. Při poskytování sociálních služeb, uplatňovat principy základních lidských práv, respektovat lidskou důstojnost, rovnost, jedinečnost, flexibilitu a uplatňování vlastní vůle uživatele. (Sociální služby města Přerova, © 2018)

Jak již jsme na začátku zmínili, tato služba je rozdělena na domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Domov pro seniory má kapacitu 40 míst a je rozčleněn na pavilony B a D. Poskytuje sociální službu seniorům od 60 let, kteří vzhledem ke svému věku a dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí a potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Cíle poskytované sociální služby uvádí, že jsou zaměřené na udržení a rozvíjení stávajících schopností a dovedností, a zejména řízené na individuální potřeby uživatelů formou a to motivací k volnočasovým i aktivizačním činnostem, účastí uživatelů na společenském životě a s podporou vazeb na rodinné příslušníky, vrstevníky a známé. Domov se zvláštním režimem má kapacitu 42 míst a je umístěn v pavilonech E a F. Poskytuje sociální službu seniorům od 60 let s diagnózou Alzheimerovy choroby, nebo jiným typem demence, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby při zajištění podpory, pomoci a péče o vlastní osobu. Celková kapacita domova pro seniory je 82 uživatelů, z toho 19 uživatelů bydlí v jednolůžkových pokojích a 64 uživatelů ve dvoulůžkových pokojích s vlastním sociální zázemím. Všechny pokoje uživatelů jsou opatřeny signalizačním zařízením, mají telefonní a internetová připojení. Pokoje uživatelů jsou vybaveny nábytkem sestaveným z pojízdných polohovacích postelí, křesel, nočních stolků a skříní. Od roku 2013 má domov vybudovanou víceúčelovou fototerapeutickou místnost, která je vedle místnosti ergoterapie a je určena uživatelům k načerpání energie, taktéž k získání dobré nálady ze slunce. Celodenní strava je v domově pro seniory zajištěna dodavatelským způsobem a uživatelům je podávána dle jejich potřeb na společných jídelnách, nebo přímo na pokojích. Ošetrovatelská a obslužná péče je zabezpečena týmem pracovníků, který se skládá z všeobecných sester, pracovníků v sociálních službách ergoterapeuta i fyzioterapeuta a další. Každý uživatel má vlastní individuální plán, který spolu s ním vytváří klíčový pracovník. Obslužná péče zahrnuje podporu, pomoc a péči při osobní hygieně, úkonech péče o vlastní osobu, asistence u podávání stravy, doprovod při chůzi, přesun na lůžko nebo vozík, oblékání, orientaci v prostředí. Uživatelé mohou využít také sociálně terapeutických a volnočasových činností, jejichž účelem je aktivizovat mentální a fyzické schopnosti uživatelů a udržovat je v dobré kondici přiměřeně jejich věku a možnostem. (Sociální služby města Přerova, © 2018)

Druhé zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, se nachází na konci menší obce. Dnešní areál domova je z bývalého zámku, který byl postaven v roce 1898 a patří k němu i překrásný rozlehlý park s dvěma letohrádky. Domov je rozdělen na tři pavilony a to zámek, pavilon Marie a pavilon Eliška. Cílem poskytované služby je nabídnout seniorům důstojné a plnohodnotné prožití života respektující jejich schopnosti a dovednosti. Za naplňování cíle odpovídají všichni zaměstnanci Domova. Cílovou skupinou celého domova mohou být uživatelé služeb, kteří dosahují mladší věk a to 60 až 80 let, nebo starší věk nad 80 let. Domov poskytuje sociální pobytové služby seniorům se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, kterou není možné zajistit v domácím prostředí. Celková kapacita domova je 122 míst. Dříve měl domov mnohem více míst a to 189. Snížit množství míst bylo potřeba z důvodu přebudování pokojů na zámku. Ubytování je poskytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Soukromí ve dvoulůžkových pokojích je zajištěno teleskopickými zástěnami, případně skládací zástěnou. Pokoje jsou vybaveny základním nábytkem, jako je postel, noční stolek, šatní skříň s uzamykatelným trezorkem, polička, stůl, židle, příp. servírovací stolek. Uživatelé mají možnost dovybavit si pokoj osobními věcmi a vlastními doplňky, na pokojích mohou používat vlastní televizi, rozhlasový přijímač, ledničku a varnou konvici. Domov má nastaveny Zásady pro poskytování sociální služby, které mají za úkol plnit všichni zaměstnanci domova. Respektovat svobodnou volbu uživatelů při naplňování osobních potřeb a přání a to pomocí a podporou individuální, respektovat soukromí uživatelů a zachovat lidskou důstojnost, respektovat práva na přirozené riziko, pokud se jedná o osobní rozhodnutí uživatele. Podporování nezávislosti uživatelů na poskytované sociální službě. Další Zásady pro poskytování sociální služby je týmová spolupráce a jednotný přístup spolu s dalšími odborníky, lékaři a terapeuti, spolupracovat s rodinou, podporovat uživatele při vytváření vztahů nejen uvnitř domova. Zajištění stejné nebo podobné kvality života, která uživatelům přiblíží způsob života v domácím prostředí a otevřenost sociální služby vůči veřejnosti prostřednictvím společenských, sportovních i volnočasových aktivit. Celodenní stravu uživatelů připravuje i expeduje domov, neboť má vlastní stravovací provoz. Součástí poskytované pobytové sociální služby je zdravotní péče, která je uživatelům poskytována v souladu s § 36, písmeno b), zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Ošetřovatelskou péči zajišťují všeobecné sestry bez odborného dohledu, přímou obslužnou péči pracovníci v sociálních službách, rehabilitační péči fyzioterapeutka. Domov nabízí velkou škálu aktivizačních činností a podporuje duševní

a tělesné schopnosti uživatelů. Při plánování aktivizačních činností vychází z předpokladu, že uživatelé mohou zlepšit svou kvalitu života tím, že se zapojí do aktivit, které pro ně mohou být smysluplné. (Domov Alfreda Skeneho © 2018)

4.6 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován v měsíci únoru i březnu a bylo do něj zapojeno celkem 120 zaměstnanců z obou zařízení. Z toho odpovědělo a dotazník (viz příloha 3) odevzdalo 103 zaměstnanců. I tento počet dotazníků považujeme za velmi úspěšnou návratnost. 17 dotazníků se vůbec nevrátilo. V dotazníku (viz příloha 3) jsou otázky, kde mohli respondenti označit více odpovědí, proto počet vyhodnocovaných odpovědí je větší než počet respondentů. Např. u otázky č. 12 Kdo je podle Vás zodpovědný za předání informací ve Vašem týmu? A u otázky č. 20 Kdo je podle Vás z týmu nejvíce nápomocný při adaptaci seniora?

Prvním krokem výzkumu bylo rozdání dotazníků zaměstnancům. Před samotným vypracováním dotazníků byly poskytnuty potřebné informace, jak dotazník správně vyplnit. Dotazník byl zcela anonymní, což bylo uvedeno v začátku dotazníku a bylo zde vysvětleno, k čemu dotazník slouží a jak má respondent při vyplňování postupovat. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci pracují v třísměnném provozu, dotazníky odevzdávali vrchní sestře.

Dalším krokem mého výzkumu bylo pozorování a možnost zapojení se do samotné práce se zaměstnanci jednoho zařízení. Samotné pozorování probíhalo po dobu 5 dnů v určitém časovém rozmezí, přibližně od 7: 00 hod do 19: 00 hod, nebo do 16: 00 hod. Nejvíce záleželo především na denním rozdělení vykonávané praxe, nebo jakou činnost vykonávali pracovníci v sociálních službách. Dva dny byla možnost pozorovat při práci všeobecnou sestru, která byla ten den na směně. Všeobecná sestra přichází v 6:45 hod na předání služby, které se účastní všichni pracovníci vykonávající ten den službu (vrchní sestra, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, staniční sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut, aktivizační pracovník). Další informace předává vrchní nebo staniční sestra v rámci organizace celého dne (výjezdy do nemocnice, mimořádné události, stížnosti, denní aktivizační činnosti a také rozdělení pracovníků na patřičná oddělení. Předávání těchto informací trvalo přibližně 15 minut, po té personál odchází na svá oddělení. Během celého dne byla možnost pozorovat všeobecnou sestru při její práci, ať už rozdávání léků nebo plnění ošet-

řivatelských procesů a zároveň nahlédnout na spolupráci i předávání informací mezi všeobecnou sestrou a ostatními pracovníky daného oddělení. Další dny praxe byla na sociálním oddělení. Zde byla možnost nahlédnout, jak funguje spolupráce sociální pracovníce a ostatních složek týmu při adaptaci nového uživatele složky a zároveň jednání se zájemcem o službu (šetření v domácnosti). Při své práci sociální pracovníce komunikovala převážně s vrchní sestrou a ředitelkou organizace.

Tato praxe byla velkým přínosem pro ucelení významu funkce multidisciplinárního týmu v dané organizaci. Důležitým pojetím praxe bylo pochopit, jak zaměstnanci při své práci komunikují s ostatními členy týmu a jak jejich vzájemná spolupráce se odráží na kvalitě péče o seniora.

V druhém zařízení po domluvě s paní ředitelkou jsem odnesla dotazníky zaměstnancům a sdělila, co dotazník obsahuje a čeho se týká. Paní ředitelka sdělila datum, do kdy mají být dotazníky vyplněné. Vyplněné dotazníky autorka za doprovodu paní ředitelky a sociální pracovníce vyzvedla na každém oddělení. Díky tomu, byla možnost nahlédnout na provoz jednotlivých oddělení. Během prohlídky autorka zjišťovala informace, jak spolupracují složky zdravotní a sociální péče v rámci multidisciplinárního týmu. Následovalo poděkování a rozloučení.

4.7 Zpracování získaných dat

Data, která byla získaná pomocí dotazníku, jsou následně analyzována a uspořádána do tabulek absolutních a relativních četností. Absolutní četnost respondentů se v tomto případě vyjadřuje počtem vyplněných dotazníků, což se rovná počtu respondentů. Relativní četnost r u jednotlivých otázek udává zastoupení zvolené varianty odpovědi v dané otázce. Hodnota v procentech $r = \frac{z_a}{S} \times 100$ kde S je počet respondentů (statistický soubor) = počet odpovědí na otázky (kromě otázek 10, 12, 15, 20) z_a je počet odpovědí dané varianty v dané otázce. (Kladivo, 2013, s. 11)

K dalšímu výpočtu byl použit modus (otázka č. 9). Modus je statický výpočet hodnoty, která se v souboru získaných dat objevuje nejčastěji. (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 66)

Tabulky i grafy jsou vytvořeny za pomoci systému Microsoft office Excel 2013 a Microsoft office Word 2013. Hodnoty v tabulkách představují absolutní a relativní četnost variant v dané otázce. Nejvyšší hodnoty, které vyšly, jsou v tabulce označeny tučnou černou barvou a řádek s touto hodnotou je označen šedou barvou. V bakalářské práci jsou i některé otázky zpracovány pomocí grafu, které jsou sloupcové a použity u otázek, v nichž mohli respondenti označit více odpovědí (otázky č. 10, 12, 15, 20). Což znamená v dotazníku počet odpovědí a ne respondentů. U otevřených otázek (č. 6, 7, 11, 18, 24, 25, 26), které umožnili respondentům volnou tvorbu odpovědí, byla vytvořena tabulka nebo graf, ve kterých jsou uvedeny kategorie shodných či podobných odpovědí. Dotazník (viz příloha 3) je postavený výše a dále jeho podkapitoly budou pojmenované jako konkrétní baterie otázek.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této podkapitole uvádíme jednotlivé výsledky dotazníkového šetření, u kterých je krátce vylíčeno, jakým způsobem respondenti na danou otázku odpovídali. Jednotlivé podkapitoly jsou směřovány dle baterií otázek.

5.1 Demografická část

První baterii otázek se věnovala demografickým ukazatelům a to, že se oslovených respondentů ptala na jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, jak dlouho pracují v daném zařízení a jaké mají v současném zaměstnání zařazení, neboli na jaké pozici jsou. Tato kolekce otázek je důležitá z důvodu, aby bylo patrné a zřetelné, jaká skupina respondentů na dané otázky odpovídala.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tab. 2 Pohlaví

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
ŽENA	94	91,26
MUŽ	9	8,74
CELKEM	103	100,00

Komentář: Tabulka 2 prezentuje pohlaví oslovených respondentů. Více respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, tvořily ženy celkem 94 (91,26 %) a 9 (8,73 %) respondentů tvořili muži.

Otázka č. 2: Váš věk je?*Tab. 3 Věk*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
18 - 20	2	1,94
21 - 30	14	13,60
31 - 40	17	16,50
41 - 50	38	36,89
51 - 60	32	31,07
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 3 je zapsán věk respondentů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvyšší procento zaměstnanců je ve věku 41 - 50 let a to celkem 38 (36,89 %), dále pak zaměstnanci ještě starší a to ve věku 51 - 60 let, kterých je 32 (31,07 %). Uprostřed se objevil věk zaměstnanců 31 – 40 roků a to s počtem 17 (16,50 %). Na předposledním místě se objevili zaměstnanci ve věku 21 – 30 s počtem 14 (13,60 %) a poslední místo obsadil věk 18 -20 let s počtem 2 (1,94 %). Z tabulky je patrné, že nejvíce byla zastoupena věková skupina zaměstnanců v pobytových službách, v rozmezí 41 - 50 let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*Tab. 4 Nejvyšší vzdělání*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Střední odborné učiliště	27	26,21
Střední odborné s maturitou	53	51,46
Vyšší odborné	4	3,88
Vysokoškolské	18	17,48
Jiné - doplňte	1	0,97
Celkem	103	100,00

Komentář: Tabulka 4 znázorňuje, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli oslovení respondenti. Z celkového počtu 103 bylo zjištěno, že s nejvyšším počtem 53 (51,46 %) zaměstnanců mají vzdělání Střední odborné ukončené maturitou. Na dalším místě s počtem 27, což je (26,21 %) má Střední odborné učiliště, to znamená vyučení. Vysokoškolské vzdělání se umístilo uprostřed a to, jako nejvyšší možné dosáhlo 18 zaměstnanců, to je (17,48 %). Předposlední místo v tabulce s vyšším odborným vzděláním získalo počet 4 (3,88 %) ze 103 oslovených respondentů. Pouze 1 zaměstnanec ohledně vzdělání se objevil na jiné a to, že má vystudované Postgraduální studium.

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete v současném zařízení?*Tab. 5 Délka praxe v zařízení*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
do 1 roku	8	7,77
1 - 3	24	23,30
3 - 5	15	14,56
5 - 10	29	28,16
10 a více	27	26,21
Celkem	103	100,00

Komentář: V této otázce měli respondenti odpovědět, jak dlouho pracují v současném zařízení. Údaje v tabulce 5 ukazují, že nejvíce respondentů v daném zařízení pracuje mezi 5 až 10 roky, což je (28,16 %), hned pod touto hodnotou se objevuje počet 27 (26,21 %), kteří pracují v daném zařízení 10 a více let. Dalších 24 (23,30 %) zaměstnanců pracuje v daném zařízení 1 – 3 roky. Předposlední počet respondentů 15 (14,56 %) v daném zařízení pracuje 3 – 5 let. Nejmenší počet respondentů 8 (7,77 %) pracuje v zařízení pouze do 1 roku.

Otázka č. 5: Jaké máte zařazení v současném zaměstnání?

Tab. 6 Zařazení v zaměstnání

ZAŘAZENÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Vrchní sestra	2	1,94
Všeobecná sestra	17	16,50
Sociální pracovník	6	5,83
Zdravotně sociální pracovník	1	0,97
Pracovník v sociálních službách	66	64,08
Fyzioterapeut	2	1,94
Ergoterapeut/ Aktiv. pracovník	5	4,86
Praktická sestra/ Zdravot. asistent	1	0,97
Jiné (doplňte)	3	2,91
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 6 je současné zařazení respondentů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že velké procento tvoří zaměstnanci, jež mají zařazení Pracovník v sociálních službách a to počet 66, což je (64,08 %). Další je zařazení Všeobecná sestra s počtem 17 zaměstnanců, to je (16,50 %). Dále pak zaměstnanci, kteří jsou zařazení jako Sociální pracovník s počtem 6 (5,83 %). Zařazení Ergoterapeut/ Aktivizační pracovník s počtem 5 respondentů (4,86 %) skončil za sociálním pracovníkem. Zařazení jiné se objevilo s počtem 3 respondentů což je (2,91 %), kde zaměstnanci vypsali vedoucí oddělení, pečovatelka. Se stejným počtem 2 (1,94 %) je obsazené zařazení Vrchní sestra a Fyzioterapeut. S počtem 1 (0,97 %) je zařazení Zdravotně sociální pracovník. Stejný počet také 1 (0,97 %) má zařazení Praktická sestra/Zdravotnický asistent.

5.2 Spolupráce multidisciplinárního týmu

V této části dotazníku se zaměřujeme na povědomí zaměstnanců o multidisciplinárním týmu v pobytovém zařízení sociálních služeb. Soubor otázek svým obsahem se snaží zjistit spolupráci multidisciplinárního týmu.

Otázka č. 6: S kým podle Vás spolupracuje multidisciplinární tým? (Vypište)

Tab. 7 Kdo patří do multidisciplinárního týmu

KATEGORIE	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Se všemi zaměstnanci zařízení	27	26,21
S vyjmenovanými profesemi	28	27,18
Se všemi, kdo pečuje o uživatele	9	8,74
S rodinou a všemi zaměstnanci	39	37,87
Celkem	103	100,00

Komentář: V této otázce měli oslovení respondenti vyjádřit svůj názor, který měl směřovat k zjištění, s kým podle nich spolupracuje multidisciplinární tým. Ze získaných odpovědí vplynuli čtyři nejčastější odpovědi, které jsme zařadili do kategorií a zaznamenali do tabulky 7. Nejvyšší počet 39 (37,86 %) se objevuje u odpovědi „S rodinou a všemi zaměstnanci“. Další se objevila kategorie s počtem 28 (27,18 %), kdy respondenti vyjmenovali jednotlivé profese v zařízení a to (s všeobecnou sestrou, sociálním pracovníkem, lékařem, ergoterapeutem a pracovníkem v sociálních službách). Pouze o jednoho respondenta méně je kategorie „Se všemi zaměstnanci zařízení“ a to napsalo 27, což je (26,21 %) zaměstnanců. S počtem 9 (8,74 %) je kategorie nazvaná „Se všemi, kdo pečuje o uživatele“.

Otázka č. 7: Co si myslíte, že multidisciplinární tým znamená? (Vysvětlete)*Tab. 8 Tým znamená*

KATEGORIE	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Spolupráce všech se všemi	43	41,75
Tým zaměstnanců různých oborů	21	20,39
Týmová spolupráce	31	30,09
Nevím	8	7,77
Celkem	103	100,00

Komentář: Na otázku č. 7 byla vytvořena tabulka 8, ve které jsou uvedeny vypsané odpovědi respondentů, které jsme zařadili do vyjmenovaných kategorií. U této otázky respondenti vysvětlují, co podle nich multidisciplinární tým znamená. Mezi nejčastější odpověď, kterou zaměstnanci uvedli je, multidisciplinární tým je spolupráce všech pracovníků se všemi a to 43, což je (41,75 %). Dále se objevila kategorie s počtem 31, což je (30,09 %) a ta má název týmová spolupráce. Jedna z dalších kategorií, se kterou jsme se setkali, že multidisciplinární tým je složen, ze zaměstnanců různých oborů a to napsalo 21 respondentů, což znamená (20,39 %). Poslední odpověď zněla nevím a tu napsalo 8 respondentů (7,77 %).

Otázka č. 8: Spolupráci multidisciplinárního týmu ve Vaší organizaci považujete za?*Tab. 9 Spolupráce týmu*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Velmi dobrou	27	26,21
Dobrou	44	42,72
Průměrnou	27	26,21
Dostatečnou	2	1,94
Nedostatečnou	3	2,92
Celkem	103	100,00

Komentář: Tabulka 9 nám udává, že z celkového počtu 103 respondentů považuje spolupráci multidisciplinárního týmu za dobrou pouze 44 respondentů, což je (42,72 %). Se stejným počtem odpovědí a to 27 (26,21 %) se ztotožnila podle zaměstnanců spolupráce velmi dobrá a průměrná. Na nedostatečnou spolupráci v týmu poukazují 3 respondenti, což je (2,92 %). Na posledním místě s počtem 2 (1,94 %) je podle respondentů spolupráce dostatečná.

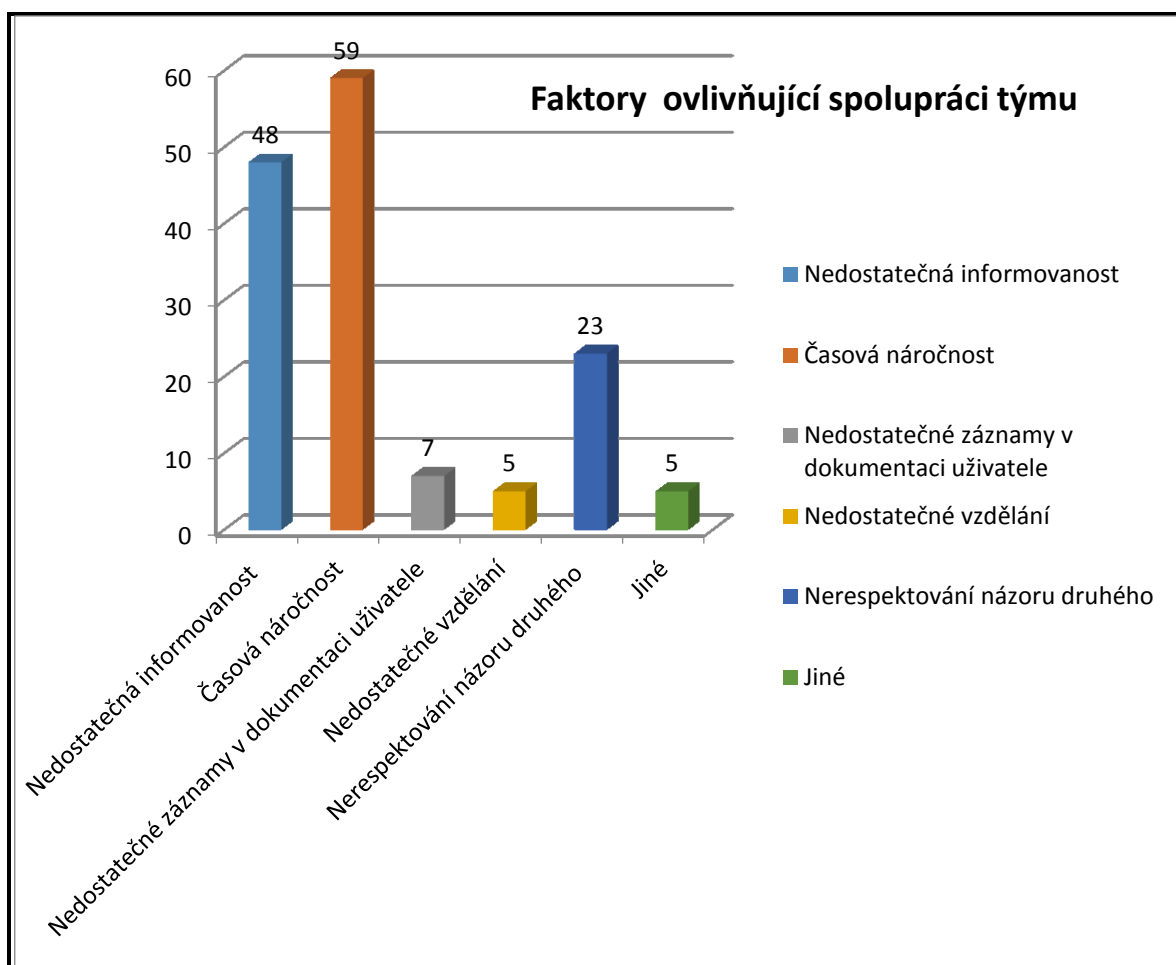
Otázka č. 9: Jak byste charakterizoval/a současnou úroveň spolupráce multidisciplinárního týmu? Ohodnoťte známkou jako ve škole.

Tab. 10 Úroveň spolupráce multidisciplinárního týmu

ZNÁMKA	POČET OHODNOCENÍ
1	14
2	49
3	33
4	4
5	3
Celkem	103

Komentář: Tato otázka byla považována za „kontrolní“. V tabulce 10 je uvedeno, jak respondenti charakterizovali, současnou úroveň multidisciplinárního týmu. Kontrolní otázka slouží k ověření odpovědi v otázce č. 8. Tuto odpověď vyjadřovali zaměstnanci známkou. K výpočtu jsme použili, statistický výpočet Modus, kdy je zřejmé dle tabulky, že nejčastější vyjádřenou hodnotou, je známka 2. Poté následuje známka 3 s počtem 33 zaměstnanců. Se známkou 1 souhlasilo 14 respondentů. Známkou 4 zakroužkovali 4 respondenti a známku 5 uvedli 3 respondenti. Pokud se podíváme na tabulku č. 9, kdy respondenti spolupráci týmu považovali za dobrou tak známka 2 nám souhlasí a dokonce i počet respondentů, který vnímá spolupráci za nedostatečnou.

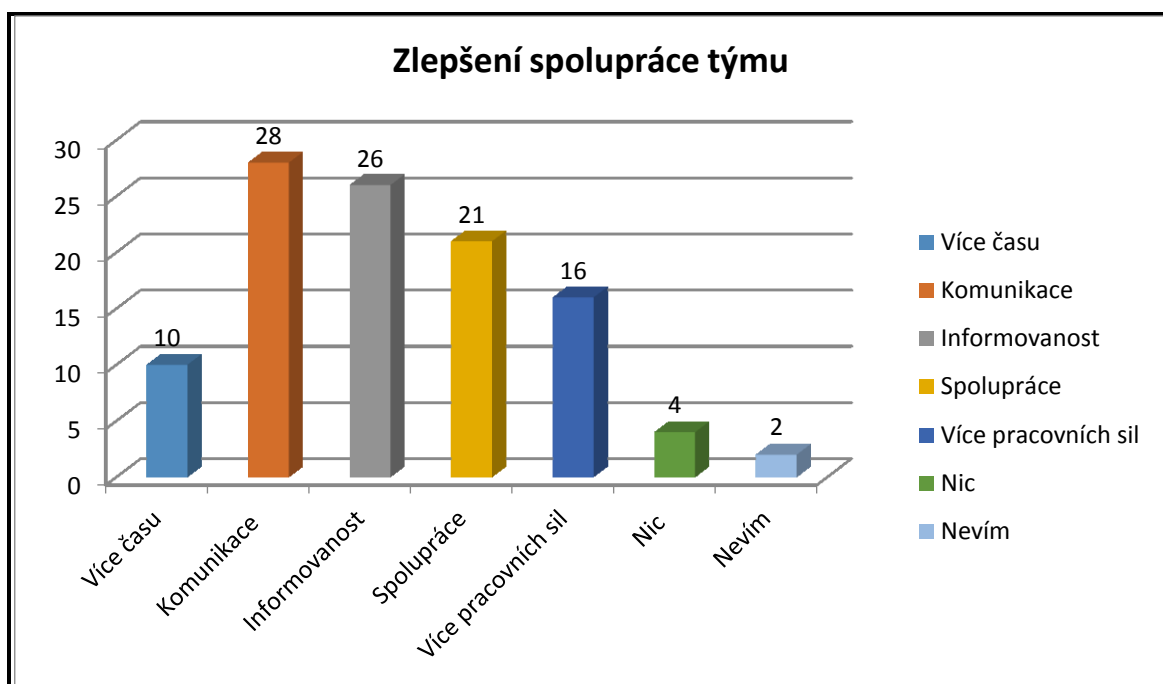
Otázka č. 10: Které faktory dle vašeho názoru ovlivňují spolupráci týmu? (Můžete zakroužkovat více odpovědi)



Graf 1 Faktory ovlivňující spolupráci týmu

Komentář: V grafu 1 jsou znázorněné faktory, které ovlivňují spolupráci týmu. Nejvyšší hodnota se objevila u faktoru časová náročnost, s počtem 59, pod ní se umístil faktor nedostatečná informovanost s počtem 48. Číslo 23 se objevilo u faktoru nerespektování názoru druhého. Dále to jsou nedostatečné záznamy v dokumentaci uživatele s počtem 7, nedostatečné vzdělání s počtem 5. Stejný počet také 5 se objevil faktor jiné. Pod faktorem jiné je napsáno - nedostatek personálu, malý plat, náročná zdravotní i sociální péče, nízká komunikace s klientem.

Otázka č. 11: Co by podle Vašeho názoru zlepšilo spolupráci týmu? (Vypište)



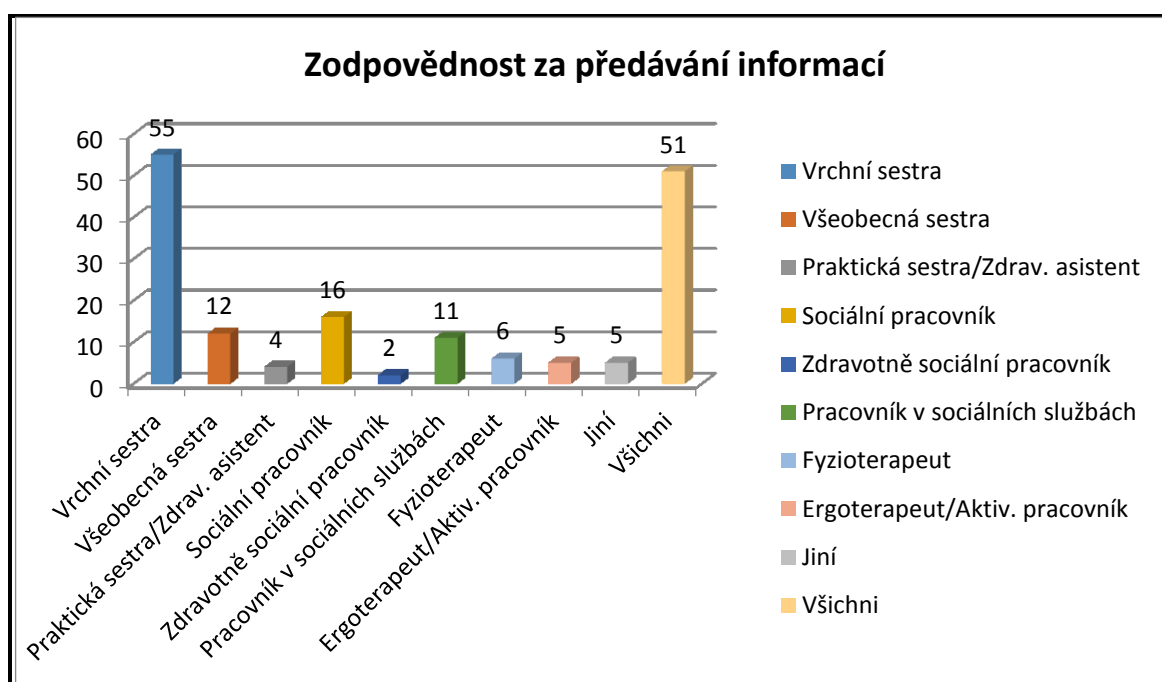
Graf 2 Zlepšení spolupráce týmu

Komentář: Graf 2 byl vytvořen, neboť u této otázky se respondenti rozepsali vlastními slovy, a tím vzniklo více daných odpovědí, než počet respondentů. Nejvyšší počet kategorie obsáhlo slovo komunikace a to napsalo 28 respondentů. Dále informovanost s počtem 26 a spolupráce s počtem 21. Objevilo se i napsané více pracovních sil to napsalo 16 respondentů a více času se objevilo s počtem 10. Čtyři respondenti napsali, že nic by podle nich spolupráci týmu nezlepšilo a 2 zaměstnanci napsali nevím.

5.3 Předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu

V rámci této baterie otázek z dotazníku, odpovídali oslovení respondenti na předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu. Jednalo se především, o otázky typu kdo je zodpovědný za předávání informací, jakým způsobem si je předávají, kdo a jaké má kompetence o předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu.

Otázka č. 12: Kdo je podle Vás zodpovědný za předávání informací ve vašem týmu? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)



Graf 3 Zodpovědnost za předávání informací v týmu

Komentář: V grafu 3 je znázorněno kdo podle zaměstnanců zodpovědný za předávání informací v týmu. Dle získaných odpovědí vyplývá, že vrchní sestra s počtem 55 je nejvíce zodpovědná za předávání informací v týmu. Jako druhá možnost dosáhla s počtem 51, odpověď všichni. Ostatní zaměstnanci volí v menším počtu odpovědi a to v pořadí 16 sociální pracovník, dále s počtem 12 všeobecná sestra, 11 pracovník v sociálních službách, s počtem 6 se setkal fyzioterapeut. Ergoterapeut/ aktivizační pracovník dosáhli počtu 5 stejně, jako odpověď jiní a to, dle respondentů se jedná o ředitelku organizace, vedoucího pracovníka, celý tým i lékař, staniční sestra a koordinátor. S počtem 4 má zodpovědnost praktická sestra/ zdravotní asistent. Nejmenší zodpovědnost s počtem 2 hlasy dostal Zdravotně sociální pracovník.

Otázka č. 13: Funguje ve Vašem zařízení předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu?

Tab. 11 Předávání informací

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	86	83,50
Ne	17	16,50
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 11 86 (83,49 %) oslovených respondentů se shodlo, že předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu funguje. Z oslovených 103 respondentů si 17 (16,50 %) myslí, že předání informací v rámci týmu nefunguje.

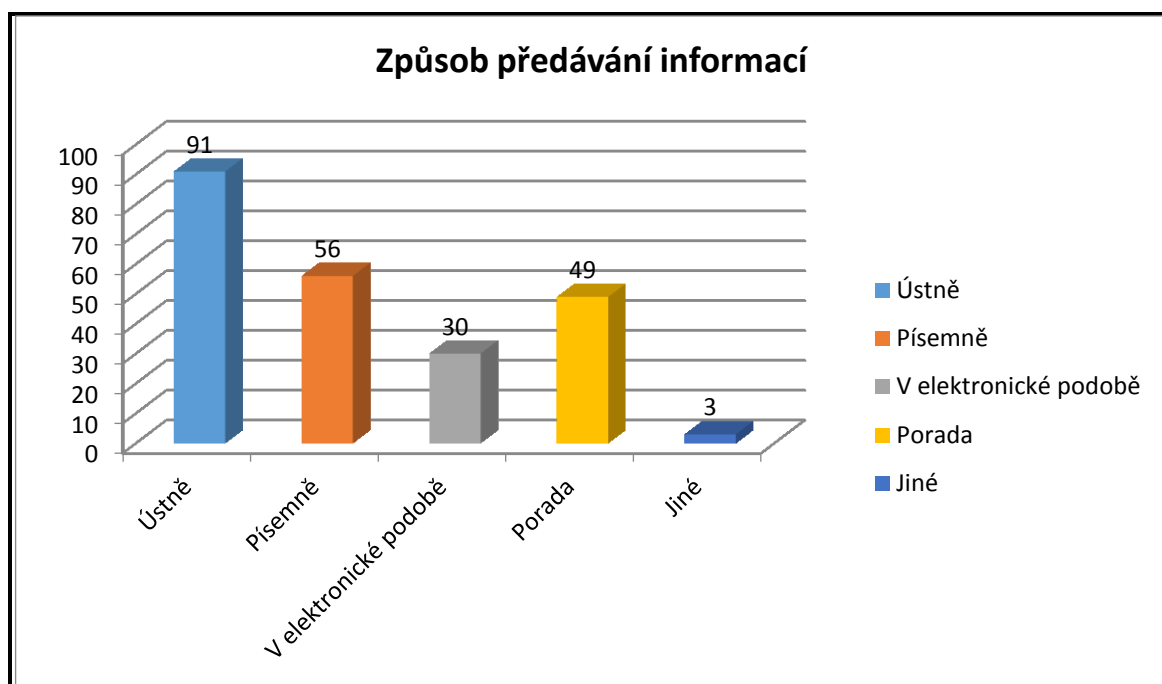
Otázka č. 14: Jak často probíhají porady multidisciplinárního týmu ve Vašem zařízení?

Tab. 12 Porady multidisciplinárního týmu

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
1x denně	53	51,46
1x týdně	18	17,48
1x za 14 dní	10	9,71
1x měsíčně	17	16,50
Jiné	5	4,85
Celkem	103	100,00

Komentář: Největší počet respondentů a to 53 což je (51,46 %), zakroužkovali v tabulce 12 porady týmu 1x denně. Druhé pořadí s počtem 18 (17,48 %) zaznamenalo porady 1x týdně. Jen o jeden počet nižší, což je 17 (16,50 %) zakroužkovalo poradu 1 x měsíčně. Předposlední místo s počtem 10 respondentů mívá porady 1x za 14 dní. Poslední počet a to 5 (4,85 %) zakroužkovalo možnost jiné a to např. dle potřeby, každé ráno jako předávka informací mezi pracovníky., ale i odpověď momentálně vůbec.

Otázka č. 15: Jakým způsobem si předáváte informace? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)



Graf 4 Způsob předávání informací

Komentář: V této otázce měli respondenti označit, jakým způsobem si předávají informace. Mohli zakroužkovat více odpovědí, z tohoto důvodu máme daných odpovědí více, než respondentů. V grafu 4 nejvyšší počet a to 91 bylo předávání informací ústně. Dále písemně a to 56. Na poradě s počtem 49 a v elektronické podobě s počtem 30 a jiné s počtem 3 kde bylo vypsáno všemi možnými způsoby a to záleží na vedení.

Otázka č. 16: Zaznamenáváte jako člen týmu, záznamy do speciální dokumentace uživatele?

Tab. 13 Záznamy

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	77	74,76
Vždy	12	11,65
Občas	3	2,91
Někdy	5	4,85
Ne	6	5,82
Celkem	103	100,00

Komentář: Tabulka 13 obsahuje počty respondentů, jako členů týmu a jejich zaznamenávání záznamů do speciální dokumentace uživatele. 77 respondentů (74,76 %) zakroužkovalo odpověď ano, že zaznamenává jako člen týmu, záznamy do speciální dokumentace uživatele. S odpovědí vždy se ztotožnilo 12 respondentů, což je (11, 65%). Další odpověď byla, že ne a to s počtem 6 (5,82 %) respondentů, což znamená, že nezaznamenávají záznamy do speciální dokumentace uživatele. Odpověď někdy tu zakroužkovalo 5 (4,85 %) zaměstnanců. Poslední počet 3 (2,91 %) zakroužkovalo odpověď občas.

Otázka č. 17: Víte, na koho se v týmu obrátit, pokud budete potřebovat radu?*Tab. 14 Rada*

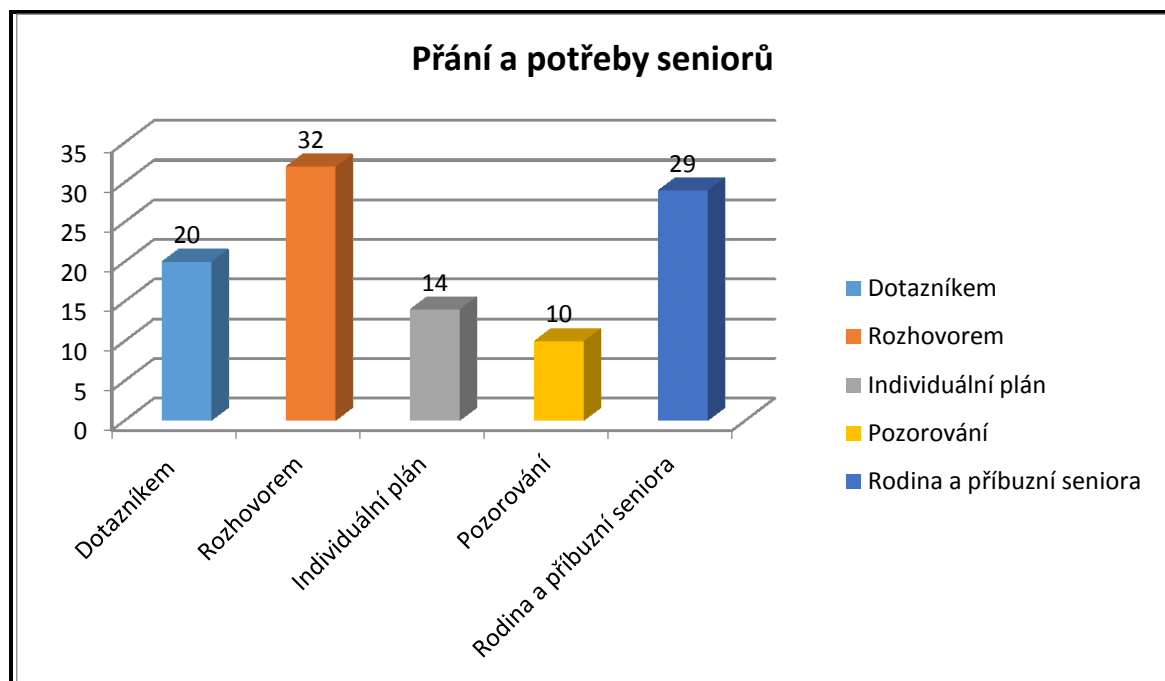
	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Určitě ano	89	86,41
Spíše ano	13	12,62
Nevím	1	0,97
Spíše ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	103	100,00

Komentář: U této otázky v tabulce 14 dominuje odpověď určitě ano, kterou zakroužkovalo 89 respondentů (86,41 %), kteří vědí, na koho se v týmu mohou obrátit, pokud budou potřebovat radu. Spíše ano souhlasilo 13 (12,62 %) respondentů. Odpověď nevím zakroužkoval 1 (0,97 %) zaměstnanec. Ostatní odpovědi nezakroužkoval žádný respondent.

5.4 Péče o seniory v rámci multidisciplinárního týmu.

V této části dotazníku jsme se zaměřili na péči o seniory v pobytovém zařízení. Soubor otázek svým obsahem se snaží zmapovat, jak napomáhá multidisciplinární tým při péči o seniora a jak zjišťuje přání a potřeby seniorů.

Otázka č. 18: Jak zjišťujete ve Vašem týmu přání a potřeby seniorů? (Vypište)



Graf 5 Přání a potřeby seniorů

Komentář: U této otázky jsme pro přehlednost vytvořili graf, ve kterém jsme zvolili kategorie stejných odpovědí, které respondenti vypsali k otázce, jak zjišťují přání a potřeby seniorů. Z toho důvodu se sešlo více odpovědí než respondentů. V grafu 5 vidíme nejvyšší počet a to 32 bylo napsáno, že přání a potřeby seniora v týmu respondenti zjišťují pomocí rozhovoru se seniorem. Dále za pomoci rodiny a příbuzných seniora a to s počtem 29. Pomocí dotazníku zjišťuje přání a potřeby 20 zaměstnanců. Počet 14 je pomocí Individuálního plánu uživatele a 10 pomocí techniky pozorování.

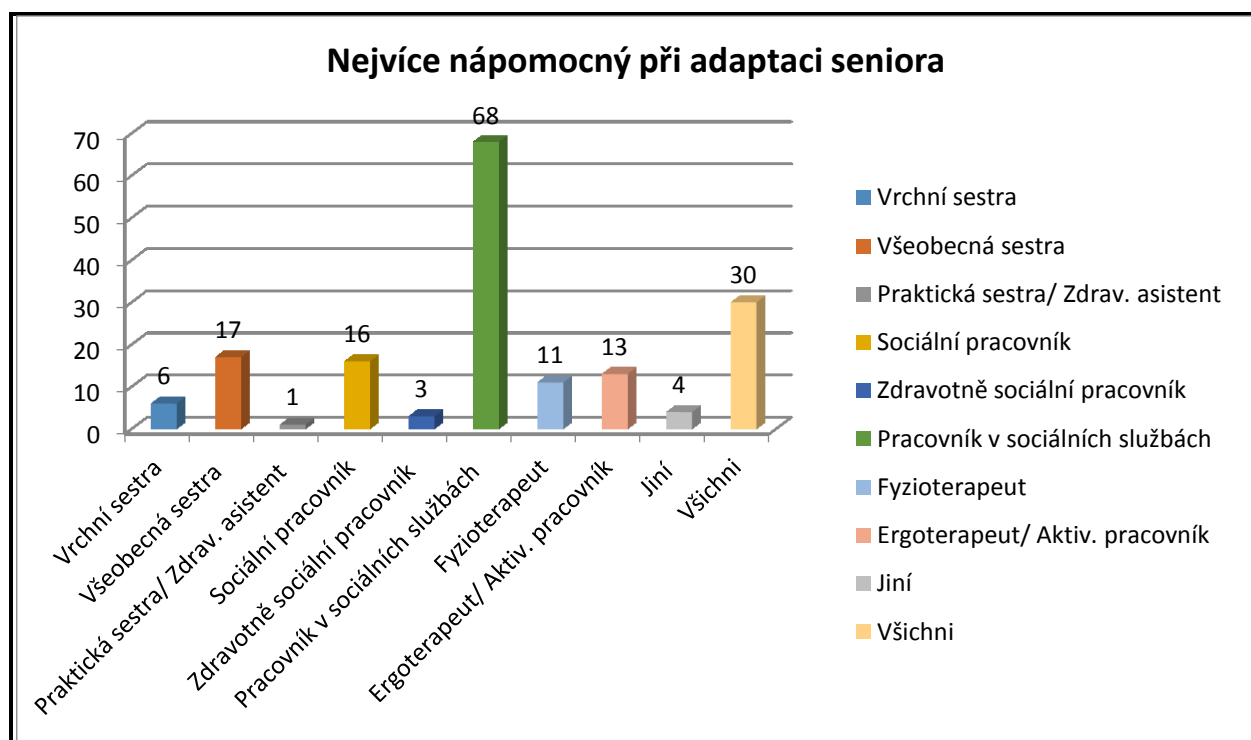
Otázka č. 19: Víte, kdo je kompetentní ve Vašem zařízení předávat informace o seniorovi rodině?

Tab. 15 Kompetence

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Určitě ano	85	82,52
Spíše ano	17	16,50
Nevím	1	0,97
Spíše ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 15 uvádíme, že 85 (82,52 %) oslovených respondentů ví, určitě no, kdo je kompetentní předávat informace o seniorovi rodině. 17 (16,50 %) zaměstnanců zakroužkovalo odpověď spíše ano. Pouze 1 (0,97 %) respondent označil nevím. Spíše ne i určitě ne neoznačil žádný z oslovených respondentů.

**Otázka č. 20: Kdo je podle Vás z týmu nejvíce nápomocný při adaptaci seniora?
(Můžete zakroužkovat více odpovědí)**



Graf 6 Nejvíce nápomocný při adaptaci seniora

Komentář: V grafu 6 je znázorněno, kdo je nejvíce nápomocný při adaptaci seniora. Respondenti mohli zvolit více odpovědí, z tohoto důvodu máme vyšší počet odpovědí, než respondentů. Z prvního místa vyplývá, že nejvíce nápomocný je pracovník v sociálních službách s počtem 68. Pak respondenti uvedli odpověď všichni s počtem 30. Další nápomocný podle grafu je všeobecná sestra s počtem 17. Počet 16 získal sociální pracovník. Dále uvedli s počtem 13 ergoterapeut / aktivizační pracovník a s počtem 11 fyzioterapeut. V malém počtu 6 respondenti uvedli vrchní sestru. Odpověď jiní a to s počtem 4 doplnili klíčový pracovník, lékař, ostatní uživatelé. Počet 3 obsadil zdravotně sociální pracovník a 1 odpověď praktická sestra / zdravotnický asistent.

Otázka č. 21: Víte, kdo z členů týmu informuje seniory o změnách?*Tab. 16 Informace seniorům*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Určitě ano	81	78,64
Spíše ano	21	20,39
Nevím	1	0,97
Spíše ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	103	100,00

Komentář: Na otázku, jestli zaměstnanci vědí, kdo z členů týmu informuje seniory o změnách, tabulka 16 uvádí, že určitě ano, odpovědělo 81 (78,64 %) respondentů, spíše ano 21 respondentů (20,39 %) a 1 (0,97 %) zaměstnanec odpověděl nevím. Ostatní odpovědi nedostali žádný hlas.

Otázka č. 22: Domníváte se, že složky multidisciplinárního týmu ve Vašem zařízení jsou potřebné při poskytování kvalitní péče seniorům?

Tab. 17 Potřebnost složek týmu

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Určitě ano	75	72,81
Spíše ano	21	20,39
Nevím	7	6,80
Spíše ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	103	100,00

Komentář: V této tabulce 17 respondenti uváděli, jestli se domnívají, že složky multidisciplinárního týmu jsou potřebné při poskytování kvalitní péče seniorům. Ze 103 respondentů 75 zakroužkovalo odpověď určitě ano, což je (72,81 %). Spíše ano uvedlo 21 (20,39 %) respondentů a nevím uvedlo 7 zaměstnanců (6,80 %). Ostatní odpovědi nezakroužkoval žádný respondent.

Otázka č. 23: Je dle Vašeho názoru rodina seniora součástí multidisciplinárního týmu?

Tab. 18 Rodina seniora

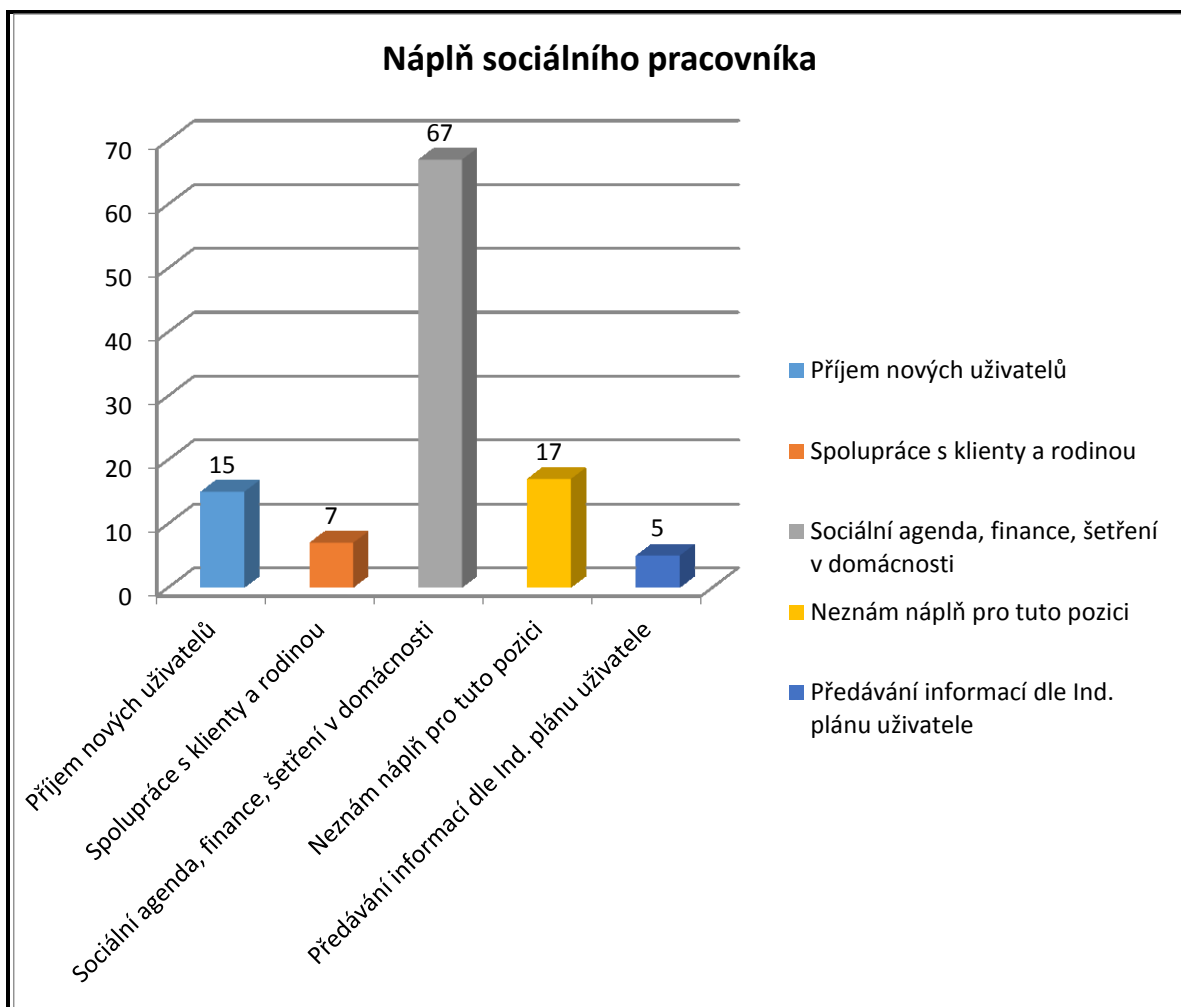
	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Určitě ano	60	58,25
Spíše ano	28	27,18
Nevím	6	5,82
Spíše ne	7	6,80
Určitě ne	2	1,94
Celkem	103	100,00

Komentář: Tabulka 18 znázorňuje, jestli je podle zaměstnanců rodina seniora součástí multidisciplinárního týmu. Ve velké převaze se ukázalo, že 60 (58,25 %) respondentů volilo odpověď určitě ano. Spíše ano uvedlo 28 (27,18 %) dotázaných. S odpovědí spíše ne souhlasí 7 respondentů, což je (6,80 %). Odpověď nevím volilo 6 zaměstnanců (5,82 %) a odpověď určitě volili 2 respondenti, což je (1,94 %).

5.5 Sociální pracovník a Zdravotně sociální pracovník

Tato baterie otázek je zaměřena na podvědomí zaměstnanců o náplni Sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu a zjišťovala, jak zaměstnanci v daných organizacích vnímají pozici Zdravotně sociální pracovník a jestli by se v jejich zařízení uplatnil.

Otázka č. 24: Vypište, jakou náplň práce má ve Vašem zařízení Sociální pracovník.



Graf 7 Náplň sociálního pracovníka

Komentář: V grafu 7 respondenti vypisovali náplň sociálního pracovníka v jejich zařízení. Sešlo se více odpovědí, než respondentů, neboť oslovení měli možnost vypsát. Podle odpovědí s počtem 67 má sociální pracovník v náplni práce - sociální agendu, finance a šetření v domácnosti. S počtem 17 respondentů, uvedlo, že nezná náplň sociálního pracovníka. Počet 15 udává příjem nových uživatelů. Dále spolupráci s klienty a rodinou mělo 7 odpovědí a 5 x bylo napsáno předávání informací dle Individuálního plánu uživatele.

Otázka č. 25: Vypište, co by podle Vás mělo být náplní práce Zdravotně sociálního pracovníka.

Tab. 19 Náplň Zdravotně sociálního pracovníka

KATEGORIE	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Stejně jako sociální pracovník	14	13,59
Kombinace sestry a sociální pracovník	35	33,98
Neznám náplň této pozice	42	40,78
Není potřeba tato pozice	9	8,74
Zdravotní i sociální práce	3	2,91
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 19 jsou vypsané kategorie odpovědí na otázku, co by podle respondentů mělo být v náplni Zdravotně sociálního pracovníka. Respondenti se vyjadřovali vypisováním, ze kterého jsme pro přehlednost vytvořili kategorie stejných odpovědí. Náplň Zdravotně sociálního pracovníka nezná 42 respondentů, což je (40,78 %). 35 respondentů (33,98 %) napsalo, že je to kombinace všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Dále pracovníci 14 (13,59 %) napsali, že má náplň jako sociální pracovník. 9 zaměstnanců (8,74 %) pracovní náplň nevypsali a napsali, že tato pozice není potřeba. Náplň zdravotní i sociální péče napsali 3 respondenti, což je (2,91 %).

Otázka č. 26: Myslíte, že by se Zdravotně sociální pracovník ve Vašem týmu uplatnil? Pokud ano, v čem, pokud ne proč? (Vypište)

Tab. 20 Uplatnění Zdravotně sociálního pracovníka

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	28	27,18
Ne	39	37,86
Nevím	36	34,95
Celkem	103	100,00

Komentář: V tabulce 20 odpovídali respondenti, jestli by se v týmu uplatnil Zdravotně sociální pracovník. Respondenti odpovídali ano, ne, nevím a vypisovali proč ano, proč ne. 39 respondentů (37,86 %) odpovědělo, že Zdravotně sociální pracovník ne a k tomu bylo vypsáno – není potřeba, máme staniční sestru, spíše do nemocnice, neuplatnil by se. U odpovědi nevím, kterou si napsalo 36 respondentů (34,95 %) nevypisovali nic. Odpověď ano zvolilo 28 respondentů, což je (27,18 %) a vypsali – propojení zdravotní a sociální péče, pomoc při péči o uživatele.

6 DISKUZE

Následující kapitola je věnovaná stručné interpretaci získaných výsledků z výzkumu, který popisujeme v předešlé kapitole. V rámci realizovaného výzkumu bakalářské práce jsme si vytyčili hlavní výzkumný cíl, který zjišťuje, zdali a jak funguje spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory a jaký by měl přínos zdravotně sociální pracovník v dané organizaci. K tomuto cíli nám posloužily dílčí cíle, které byly rozděleny do několika baterií otázek. Po určení cílů a pomocí dotazníkového šetření se došlo k následujícím závěrům, které jsou představeny níže.

Demografické údaje respondentů: Výzkumný soubor tvořilo 103 respondentů, z toho 94 žen (91,26 %) a 9 mužů (8,73 %). Respondenti jsou pracovníci pobytových služeb Olomouckého kraje. Největší věková skupina respondentů je mezi 41 -50 roky. Jejich nejvyšší dosažené vzdělání je většinou Střední odborné s maturitou. Délka praxe v zařízení u zaměstnanců je v rozmezí od 5 do 10 let. Co se týká pracovního zařazení zaměstnanců, největší zastoupení má Pracovník v sociálních službách a to v počtu 66 (64,08 %).

Z těchto údajů vyplývá, že složení multidisciplinárního týmu je převážně s žen a jejich věková hranice je mezi 41-50 lety a jejich vzdělání je Střední odborné s maturitou, a že v multidisciplinárním týmu je nejvíce obsažena pozice pracovníka v sociálních službách. Tady autorku spíše zaujalo, že pracovníci zakroužkovali jiné a doplnili, že se jedná o pečovatelku, vedoucí oddělení. Na základě zjištění z výzkumu je zřejmé, že zaměstnanci nemají ponětí o tom, že se změnil název jejich zařazení, nebo si pletou název svého pracovního zařazení. Autorku překvapilo, že v zařízení, kde probíhal výzkum, se objevuje někdo z respondentů, kdo zakroužkoval pozici zdravotně sociálního pracovníka, který tam není.

První dílčí cíl se zajímal o tom, zda si zaměstnanci v rámci multidisciplinárního týmu předávají informace. Ze získaných odpovědí, bylo zjištěno, že pracovníci multidisciplinárního týmu si informace předávají a to poznamenalo do svých odpovědí 86 (83,49 %) respondentů. Informace si podle dotázaných předávají pravidelně a to jednou denně, kdy nejvyšší počet zaměstnanců a to 53 (51,46 %) zakroužkovalo, že se jedná o poradu multidisciplinárního týmu, kterou podle nich mají 1x denně. Z toho vyplývá, že větší počet zaměstnanců, bere ranní předávání informací, jako poradu multidisciplinárního týmu. Informace si podle dotázaných předávají několika způsoby a to nejčastěji ústně, což odpovědělo

91 respondentů, dále i písemně 56 a formou porady 49. Další možnost elektronicky znamenalo 30 respondentů a pouze 3 respondenti uvedli jiné, kde bylo napsáno všemi možnými způsoby. Pro autorku byla překvapující odpověď zaměstnanců u otázky: Kdo je podle nich zodpovědný za předávání informací v týmu? 55 respondentů je přesvědčeno, že za předávání informací je zodpovědná vrchní sestra, objevil se i pozitivní názor, že zodpovědnost za předávání informací mají všichni a to odpovědělo 51 pracovníků. Jak je pohled pracovníků na toto téma rozpolcený, je vidět i na tom, že 3 respondenti se domnívají, že zodpovědnost za předávání informací má i zdravotně sociální pracovník. Tato pracovní pozice přímo, jak již bylo dříve uvedeno, v týmu není. Velký počet zaměstnanců a to 89, což je (86,41 %) z 100,00 % ví, na koho se v týmu obrátit pokud by potřebovali radu. Z toho výsledku pramení, že dotázaní zaměstnanci se nebojí oslovit někoho, kdo jim v týmu pomůže. 77 (74,76 %), dotázaných uvedlo, že provádí záznamy do speciální dokumentace uživatele a dalších 12 zaznamenává pokaždé, kdy je potřeba. Dále se objevily odpovědi občas, někdy, ale 6 respondentů, což je (5,82 %) zakroužkovalo, že záznamy do speciální dokumentace uživatele vůbec nezaznamenává. Z pohledu autorky a jejího pozorování z praxe, není možné, aby 6 pracovníků nezaznamenávalo do speciální dokumentace vůbec, neboť dle vrchních sester z obou zařízení to mají pracovníci, jako povinnost. Z toho vyplývá, že 6 pracovníků, netuší, čemu se říká speciální dokumentace uživatele.

Další dílčí cíl se týkal péče o seniory v rámci multidisciplinárního týmu. Jak zaměstnanci zjišťují přání a potřeby seniora, jestli ví, kdo je kompetentní předávat informace o seniorovi rodině a kdo je podle zaměstnanců nejvíce nápomocný při adaptaci nového seniora a jestli je rodina seniora součástí multidisciplinárního týmu. Výzkum ukázal, že vyšší počet zaměstnanců a to 75 (72,81 %) se domnívá, že určitě ano, jsou složky multidisciplinárního týmu potřebné při poskytování kvalitní péče seniorům a i 21 (20,39 %) si myslí, že spíše ano. Což znamená, že pouze 7 (6,80 %) zaměstnanců, neví, jestli tyto složky jsou potřebné. Z dotázaných respondentů si také většina myslí, že rodina je součástí multidisciplinárního týmu, neboť 60 (58,25 %) odpovědělo určitě ano a 28 (27,18 %) odpovědělo spíše ano. Většina dotázaných respondentů uvedla, že určitě ví, kdo je kompetentní informovat rodinu i kdo je kompetentní informovat seniora o změnách. Potřeby a přání seniora 29 respondentů zjišťuje od rodiny a blízkých osob a dále pomocí rozhovoru se seniorem a to uvedlo 32 respondentů. 20 zaměstnanců pomocí dotazníku a 14 pomocí Individuálního plánu uživatele a pouze 10 pozorováním. U další otázky kdo je nejvíce nápomocný při adaptaci se-

niora, vyplývá s počtem 68 pracovník v sociálních službách. Počet 30 bylo zaznamenáno všichni. Z výzkumu vyplynulo, že pokud nastoupí nový uživatel, nejvíce nápomocný z celého týmu je pracovník v sociálních službách.

Třetí dílčí cíl mapoval, jaké je vědomí zaměstnanců o náplni práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Výzkum ukázal, že 67 pracovníků ze 103 zná náplň práce sociálního pracovníka u nich v týmu. Toto číslo je velmi pozitivní a pouze 17 z nich činnost sociálního pracovníka nezná.

Poslední dílčí cíl byl zaměřen na pozici Zdravotně sociální pracovník, jak tuto pozici vnímají zaměstnanci dané organizace. Z výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci nemají ponětí, co tato pozice obnáší a jsou přesvědčeni, že takováto pozice není potřebná v rámci multidisciplinárního týmu v pobytových službách. Autorka je názoru, že tento výsledek je způsoben nedostatečnou informovaností o této pozici, neboť spousta zaměstnanců si neuvědomuje, že u uživatelů je potřeba mapovat nejen jejich sociální stránku, ale i tu zdravotní. Zdravotně sociální stránka spolu nepochybně souvisí a doplňuje celkový rámec kvalitní péče o seniory. Dle autorky je o Zdravotně sociálním pracovníkovi nedostatečná informovanost a zaměstnanci by měli být seznamováni s touto důležitou složkou zdravotní a sociální péče o seniora a to především spadá do managementu organizace.

Hlavní výzkumný cíl zjišťuje otázku, jak funguje spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. Z výše zodpovězených dílčích cílů vyplývá, že zaměstnanci pobytových sociálních služeb Olomouckého kraje chápou se co je multidisciplinární tým a jak funguje. A své odpovědi rozdělují do kategorií. Podle osobního názoru respondentů tým znamená spolupráce všech pracovníků se všemi, týmová spolupráce nebo tým složený z různých oborů, nebo spolupráce zaměstnanců a rodiny. Jednotliví respondenti, až na výjimky se shodují, že jejich tým funguje, uváděli spolupráci dobrou a velmi dobrou. Nejdůležitějším faktorem, který dle výzkumu ovlivňuje spolupráci týmu, je časová náročnost, kterou uvádí 59 respondentů a pro nedostatečnou informovanost je 48, po té 23 napsalo nerespektování názoru druhého. Podle pracovníků by spolupráci zlepšila častější komunikace, větší informovanost a bližší i intenzivnější spolupráce jiných zaměstnanců, dále více pracovních sil a více času na práci.

Výzkum byl v některém směru nelehký, např. jednoslovné odpovědi některých pracovníků. Z autorčina pohledu pracovníci částečně vědí, co znamená multidisciplinární tým a kdo je jeho součástí. Většina pracovníků je spokojena, jak spolupráce v daném týmu probíhá. Přesto se našel i kritický pohled na týmovou spolupráci s tím, že sama práce je fyzicky náročná, není na ni dostatek času a ještě k tomu dochází ke špatné komunikaci mezi spolupracovníky týmu, kdy dochází k rozepři a to má neblahý dopad na stav seniora a dochází v této oblasti k nesouladu mezi pracovníky. Z odpovědí pracovníků také vyplývá, že nedostatek spolupráce multidisciplinárního týmu je způsobeno nedostatkem personálu, z toho vznikají časové zátěže při vykonávání běžných pracovních úkonů. To je však podmět pro management organizace.

Podle pozorování autorky v rámci její praxe v domově pro seniory v městské části, multidisciplinární tým úplně nespolupracuje a tím pádem dochází k nekvalitě a nesrovnalosti v rámci péče o seniory. Autorka především vidí problém v nedostačující komunikaci, mezi jednotlivými složkami týmu, jako jsou např. sociální pracovníce a zdravotní pracovníci i pracovníci v přímé péči. Z toho vyplývá, že sociální pracovníce se neúčastní ranních předávek služby, kde se sdělují stěžejní informace o uživatelích a také informace, které se týkají chodu jednotlivých oddělení. Tento problém se především odráží na vzájemné spolupráci celého týmu a to má vliv na kvalitu péče o seniory. Autorka se domnívá, že sociální pracovníce by se měly zúčastnit předávání informací.

O podobné problematice se zmiňuje mnoho bakalářských i diplomových prací, např. Hana Řeháčková napsala bakalářskou práci s názvem Výkon sociální práce na obci v Novém Bydžově ve spolupráci s dalšími návaznými subjekty, kde uvedená práce mapuje, jak funguje spolupráce multidisciplinárního týmu v sociální práci na obci v Novém Bydžově při řešení nepříznivých sociálních situací. I když hlavní cíl této práce je obdobný, autorka se zaměřila na jinou cílovou skupinu a práce je založena na kvalitativní výzkumné strategii a to konkrétně na technice polostrukturovaných rozhovorů a jejich analýze. U další diplomové práce, kterou napsala Bc. Michaela Skoumalová s názvem Sdílení sociálních znalostí v sociálně zdravotnickém týmu pečujícím o seniory, autorka do svého výzkumu zapojila také členy sociálně zdravotnického týmu v Domově pro seniory, avšak použila kvalitativní výzkumnou metodu za pomoci techniky polostrukturovaného rozhovoru. Každá práce

zkoumá ve své empirické části jiný problém, nebo je zaměřena na jinou cílovou skupinu či výzkum je provedený pomocí jiné techniky. Vytyčené cíle nejsou obdobné.

6.1 Doporučení pro praxi

V rámci doporučení pro praxi byl vytvořen informační leták (viz příloha 4), který poslouží především zaměstnancům, i rodinným příslušníkům. Cílem tohoto letáku bude stručně informovat, co je multidisciplinární tým, kdo jsou jeho členové a co je podstatou vzájemné spolupráce. Motivoval nás fakt, že zaměstnanci mají sice přehled o tom co je multidisciplinární tým, ale nedokážou si spojit teorií s praxí. Zároveň cítíme, že je důležité předat informace i rodinným příslušníkům. Tento leták by mohl být umístěn na nástěnkách v místnostech pracovníků a pro rodinné příslušníky při vstupu do zařízení domova pro seniory.

Autorka dále doporučuje více seminářů na téma multidisciplinárního týmu jeho funkce a kompetence daných pracovníků, které jsou nedílnou součástí vzájemné komunikace a častější supervize, kde jednotlivý členové týmu mohou vyjádřit své poznatky v rámci multidisciplinárního týmu a zároveň dostat zpětnou vazbu k určitému problému jak mezi zaměstnanci tak i k uživatelům asertivního chování, kde se učí komunikovat a reagovat na určité chování.

Praktické využití a doporučení do praxe, vidíme v tom, že bakalářskou práci poskytneme ředitelce organizace, která na základě praxe a umožnění dotazníkového šetření, projevila zájem o výtisk bakalářské práce.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala jednotlivými členy multidisciplinárního týmu v pobytových sociálních službách. Výzkumem jsme se snažili nahlédnout do prostředí pobytových sociálních služeb a za pomoci dotazníkového šetření zaměstnanců, zjistit skutečnou spolupráci multidisciplinárního týmu v péči o seniory a možnosti vedoucí k jejímu zefektivnění. Při výzkumu se autorka setkala s pochopením z řad zaměstnanců především od vyššího managementu a z řad sociálních pracovníků.

První teoretická část se věnovala tématům stáří a stárnutí, popisovala, jak naše společnost stárne. Také jsme nevynechali potřeby seniorů, které jsme nastínili za pomocí Maslowové pyramidy potřeb a kvalitu jejich života i změny ve stáří, se kterými se musejí senioři potýkat, vyrovnávat. Bylo také důležité zmínit při péči o seniora i samotnou komunikaci s ním a kde je významnou péčí o seniory a jejich rodinu, kde je významnou částí i komunikace se seniory. Druhá kapitola se zabývala samotným multidisciplinárním týmem, sdílení jejich znalosti v sociálně zdravotnickém týmu pečujícího o seniory. Poukázala na cíle, výhody i nevýhody, komunikaci týmu a samotné členy, jejichž pracovní pozice je nejčastěji zastoupena v zařízeních pečujících o seniory. V poslední teoretické části práce jsme poukazovali na systém sociálních služeb v péči o seniory a připomenuli sociální služby, které jsou pro seniory určeny a stručně vymezili zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterým se poskytovatelé sociálních služeb musí řídit. Tato část byla vypracována, aby eventuálním popřípadě potencionálním čtenářům usnadnila porozumět výzkumu, který byl součástí této bakalářské práce.

V praktické části byla popsána metodika výzkumu, jeho průběh, shrnutí i dané výsledky. Důležitým aspektem bylo stanovit si hlavní a dílčí cíle, od kterých se samotný výzkum pomocí dotazníkového šetření, pozorováním odvíjel. V diskuzi této práce jsme si shrnuli nejvýznamnější poznatky, které tento výzkum přinesl. Výzkum přinesl řadu zajímavých a užitečných informací týkajících se spolupráce multidisciplinárního týmu v sociálních službách. Zjistili jsme, jaká je konkrétní spolupráce mezi jednotlivými členy týmu. Shledali jsme, že mají představu, kdo je součástí multidisciplinárního týmu a v čem vidí, že by se jejich vzájemná spolupráce týmu mohla zlepšit. Dále jsme zjistili, že i přes spolupráci multidisciplinárního týmu zaměstnanci nevidí a postrádají pozitivní vliv při péči o seniory.

Důležitým krokem z vyhodnocených dotazníků, bylo zjištění, že zaměstnanci mají představu, o náplni sociálního pracovníka, ale nemají ponětí o náplni práce Zdravotně sociálního pracovníka a to vede k nedůležitosti této profese v pobytových sociálních službách dle jejich názoru.

Tato bakalářská práce mi pomohla ucelit, že multidisciplinární tým je nedílnou součástí při kvalitní péči o seniory, a nejen pobytových službách. Přínosem pro tuto bakalářskou práci byla autorčina praxe a možnost sledovat vzájemnou spolupráci týmu, předávání informací a vnímat, jaké kompetence jednotlivý člen týmu má. To jak vzájemná spolupráce týmu funguje, má dopad na život uživatelů, ale i celkovou atmosféru zařízení.

Tuto bakalářskou práci bych ráda věnovala organizacím, abych mohla být nápomocná ve zlepšení efektivity práce týmu, a aby se členové týmu nebáli vyjádřit své názory a aktivně se zapojili do společných úloh, který tým obnáší. Za hlavní prioritu autorka považuje spokojenost nejen samotných zaměstnanců, ale především úsměvy seniorů a v neposlední řadě i rodinných příslušníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARMSTRONG, Michael. 2002. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.
- [2] ARNOLDOVÁ, Anna. 2015. *Sociální péče 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5147-4.
- [3] BELBIN, R. M. 2012. *Týmové role v práci*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-892-3.
- [4] ČÁMSKÝ, Pavel, KRUTILOVÁ Dagmar a Jan SEMBDNER. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [5] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] Česká asociace sester: Etický kodex. 2018. *Česká asociace sester* [online]. Praha: Česká asociace sester [cit. 2018-22-03]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
- [7] Domov Alfreda Skeneho Pavlovice u Přerova: Život v domově. 2018. *Domov Alfreda Skeneho Pavlovice u Přerova* [online]. Brno: Bc. Jan Kramář [cit. 2018-30-03]. Dostupné z: <http://daspavlovice.cz/>
- [8] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [9] FORSYTH, Patrick. 2000. *Jak motivovat lidi*. Praha: Computer Press. ISBN 80-7368-239-7.
- [10] HAVLÍK, Josef a Vladimír VURM, 2004. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče: (učební texty)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN isbn80-7040-725-5.
- [11] HAYES, Nicky. 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-983-6.
- [12] HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

- [13] HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA. 2012. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-3-8.
- [14] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [15] IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
- [16] JANKOVSKÝ, Jiří et al., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [17] KACZOR, Pavel. 2015. *Sociální politika a sociální systém*. Praha: Oeconomica. ISBN 978-80-245-2096-4.
- [18] KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [19] KLADIVO, Petr, 2013. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024438412.
- [20] KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
- [21] KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.
- [22] KRÁTKÁ, Anna, (ed.) 2008. *Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory: sborník příspěvků z konference Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory, pořádané v rámci projektu GA ČR č. 406/07/1248 4. září 2008*. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-788.0.
- [23] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4. S. 144
- [24] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

- [25] KUZNÍKOVÁ, Iva a Věra MALÍK HOLASOVÁ. 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-987-2.
- [26] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [27] KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [28] MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [29] MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [27] MATOUŠEK, Oldřich. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [30] MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-7368-0.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, (ed.) 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [32] MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [33] MC DONALD, Ann. 2010. *Social work with older people*. Cambridge: Polity Press. ISBN 978-0-7456-3956-7.
- [34] MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [35] NOVÁK, Tomáš., 2003. *Sám sobě psychologem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0606-1.
- [36] POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3271-8.
- [37] PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

- [38] Sociální služby města Přerova: Domov pro seniory. 2018. Sociální služby města Přerova [online]. Přerov: Joomla, [cit. 2018-30-03]. Dostupné z: <http://.ssmp.cz/registerované-sluzby/domov-pro-seniory.html>
- [39] SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [40] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [41] VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
- [42] VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-141-1.
- [43] Zákony pro lidi: Zákon č. 201/2017 Sb. 2018. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: Aion [cit. 2018-22-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
- [44] Zákony pro lidi: Vyhláška č. 55/2011 Sb. 2018. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: Aion [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-55>
- [45] Zákony pro lidi: Zákon č. 108/2006 Sb. 2018. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: Aion [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-108>
- [46] Zákony pro lidi: Zákon č. 96/2004 Sb. 2018. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: Aion [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-96>
- [47] Zákony pro lidi: Vyhláška č. 391/2017 Sb. 2018. *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: Aion [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Faktory ovlivňující spolupráci týmu	68
Graf 2 Zlepšení spolupráce týmu	69
Graf 3 Zodpovědnost za předávání informací v týmu	70
Graf 4 Způsob předávání informací	73
Graf 5 Přání a potřeby seniorů	76
Graf 6 Nejvíce nápomocný při adaptaci seniora	78
Graf 7 Náplň sociálního pracovníka	82

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Změny ve stáří	17
Tab. 2 Pohlaví	59
Tab. 3 Věk	60
Tab. 4 Nejvyšší vzdělání	61
Tab. 5 Délka praxe v zařízení	62
Tab. 6 Zařazení v zaměstnání	63
Tab. 7 Kdo patří do multidisciplinárního týmu	64
Tab. 8 Tým znamená	65
Tab. 9 Spolupráce týmu	66
Tab. 10 Úroveň spolupráce multidisciplinárního týmu	67
Tab. 11 Předávání informací	71
Tab. 12 Porady multidisciplinárního týmu	72
Tab. 13 Záznamy	74
Tab. 14 Rada	75
Tab. 15 Kompetence	77
Tab. 16 Informace seniorům	79
Tab. 17 Potřebnost složek týmu	80
Tab. 18 Rodina seniora	81
Tab. 19 Náplň Zdravotně sociálního pracovníka	83
Tab. 20 Uplatnění Zdravotně sociálního pracovníka	84

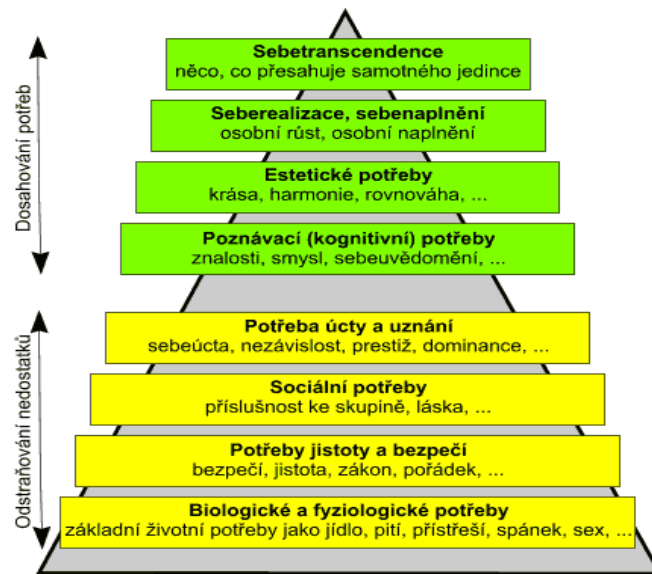
SEZNAM PŘÍLOH

P I.: Maslowa pyramida potřeb

P II.: Vzájemná důvěra

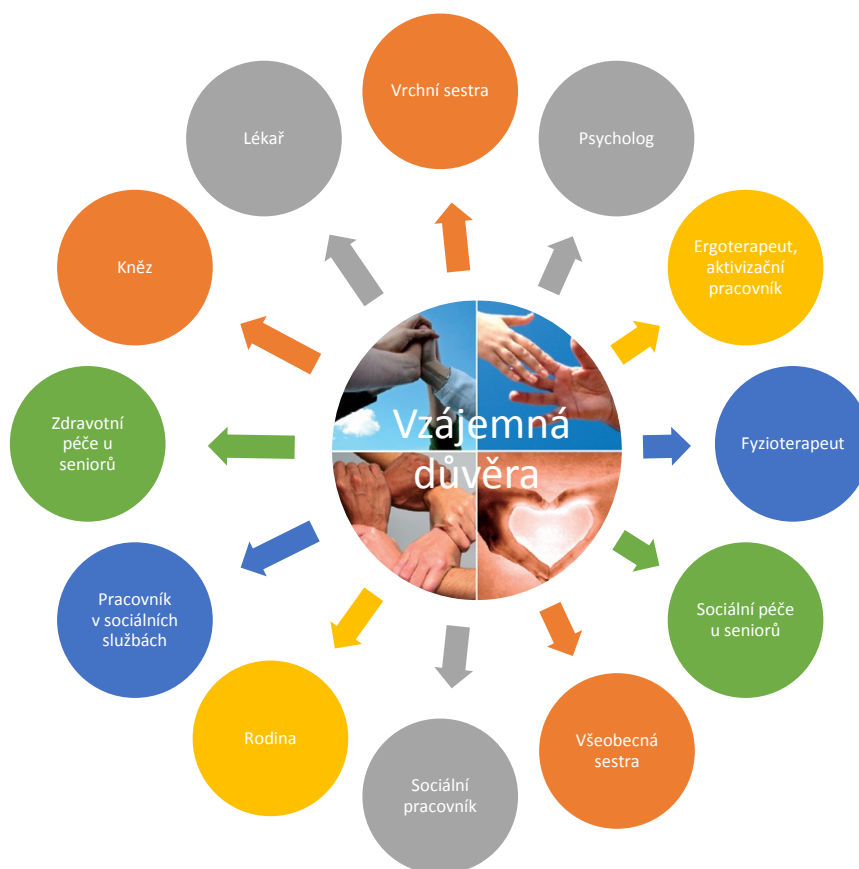
P III. : Dotazník

P IV. : Informační leták

PŘÍLOHA P I: MASLOWA PYRAMIDA POTŘEB

Zdroj: vlastní zpracování dle Příbyla (2015, s. 34)

PŘÍLOHA P II: VZÁJEMNÁ DŮVĚRA



Zdroj: vlastní zpracování dle Kolajové (2006, s. 52)

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, kolegové

jmenuji se Alena Kubisová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, kombinovaného studia oboru Zdravotně sociální pracovník. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci na téma: Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. Prosím o uvážlivou odpověď na každou otázku. Výsledky tohoto dotazníku jsou anonymní a budou pouze použity pro výzkum v rámci bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď, prosím zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

1. Jakého jste pohlaví?

a) žena

b) muž

2. Váš věk je?

a) 18 – 20

b) 21 – 30

c) 31 – 40

d) 41 – 50

e) 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) střední odborné učiliště

b) střední odborné s maturitou

c) vyšší odborné

d) vysokoškolské

e) jiné - doplňte

4. Jak dlouho pracujete v současném zařízení?

- a) do 1 rok
- b) 1-3roky
- c) 3-5 let
- d) 5 a 10 let
- e) 10 a více

5. Jaké máte zařazení v současném zaměstnání?

- a) vrchní sestra
- b) všeobecná sestra
- c) praktická sestra /zdravotnický asistent
- d) sociální pracovník
- e) zdravotně sociální pracovník
- f) pracovník v sociálních službách
- g) fyzioterapeut
- h) ergoterapeut / aktivizační pracovník
- ch) jiné (doplňte)

6. S kým podle Vás spolupracuje multidisciplinární tým? (Vypište)

.....
.....

7. Co si myslíte, že Multidisciplinární tým znamená? (Vysvětlete)

.....
.....

8. Spolupráci multidisciplinárního týmu ve Vaší organizaci považujete za?

- a) velmi dobrou
- b) dobrou
- c) průměrnou
- d) dostatečnou
- e) nedostatečnou

9. Jak byste charakterizoval/a současnou úroveň spolupráce multidisciplinárního týmu?

Ohodnoťte známkou jako ve škole.

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

10. Které faktory dle Vašeho názoru ovlivňují spolupráci týmu? (Můžete označit více odpovědí)

- a) nedostatečná informovanost
- b) časová náročnost
- c) nedostatečné záznamy v dokumentaci uživatele
- d) nedostatečné vzdělání
- e) nerespektování názoru druhého
- f) jiné

11. Co by podle Vašeho názoru zlepšilo spolupráci týmu? (Vypište)

.....
.....

12. Kdo je podle Vás zodpovědný za předávání informací ve Vašem týmu? (Můžete označit více odpovědí)

- a) vrchní sestra
- b) všeobecná sestra
- c) praktická sestra /zdravotnický asistent
- d) sociální pracovník
- e) zdravotně sociální pracovník
- f) pracovník v sociálních službách
- g) fyzioterapeut
- h) ergoterapeut / aktivizační pracovník
- ch) jiní (doplňte).....
- i) všichni

13. Funguje ve Vašem zařízení předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu?

- a) ano
- b) ne

14. Jak často probíhají porady multidisciplinárního týmu ve Vašem zařízení?

- a) 1x denně
- b) 1x týdně
- c) 1x 14 dní
- d) 1x měsíčně
- e) jiné.....

15. Jakým způsobem si předáváte informace?

- a) ústně
- b) písemně
- c) v elektronické podobě
- d) porada
- e) jiné.....

16. Zaznamenáváte jako člen týmu, záznamy do speciální dokumentace uživatele?

- a) ano
- b) vždy
- c) občas
- d) někdy
- e) ne

17. Víte, na koho se v týmu obrátit, pokud budete potřebovat radu?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

18. Jak zjišťujete ve Vašem týmu přání a potřeby seniorů? (Vypište)

.....

.....

.....

19. Víte, kdo je kompetentní ve Vašem zařízení předávat informace o seniorovi rodině?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

20. Kdo je podle Vás z týmu nejvíce nápomocný při adaptaci seniora? (Můžete označit více odpovědí)

- a) vrchní sestra
- b) všeobecná sestra
- c) praktická sestra /zdravotnický asistent
- d) sociální pracovník
- e) zdravotně sociální pracovník
- f) pracovník v sociálních službách
- g) fyzioterapeut
- h) ergoterapeut /aktivizační pracovník
- ch) jiní (doplňte).....
- i) všichni

21. Víte, kdo z členů týmu informuje seniory o změnách?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

22. Domníváte se, že složky multidisciplinárního týmu ve Vašem zařízení jsou potřebné při poskytování kvalitní péče seniorům?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

23. Je dle vašeho názoru rodina seniora součástí multidisciplinárního týmu?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

24. Vypište, jakou náplň práce má ve Vašem zařízení Sociální pracovník.

.....

.....

.....

25. Vypište, co by podle Vás mělo být náplní práce Zdravotně sociálního pracovníka.

.....

.....

.....

26. Myslíte, že by se Zdravotně sociální pracovník ve vašem týmu uplatnil?

Pokud ano, v čem, pokud ne, proč? (Vypište)

.....

.....

.....

PŘÍLOHA IV: INFORMAČNÍ LETÁK

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ

Jestliže má být seniorovi věnována úplná, komplexní péče, která by vedla, k jeho povzbuzení i uzdravení v co nejkratším čase je potřeba spolupráce celého týmu.

Péče i pomoc by měla na sebe vzájemně, navazovat a nejdůležitějším momentem je její propojenost.

Hovoříme o multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární tým lze jednoduše definovat, jako kolektiv vzájemně spolupracujících pracovníků = **vzájemná důvěra**.

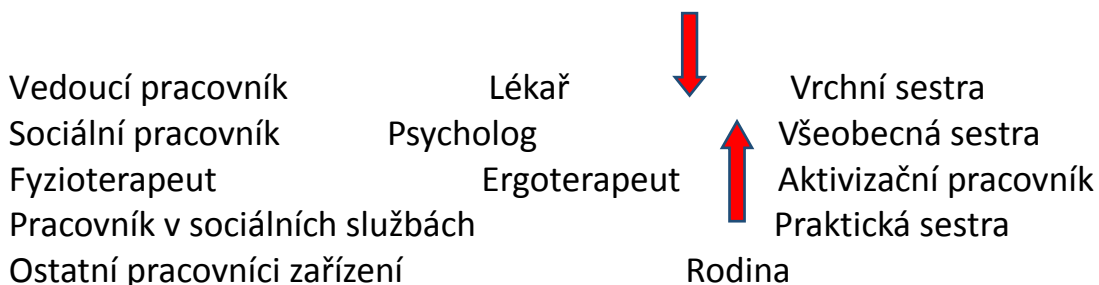
Společné cíle týmu:

- Kvalitní komunikace uvnitř týmu
- Zapojení seniora i jeho rodiny
- Společný cíl seniorových potřeb
- Důraz na jeho individuální potřeby pomocí Individuálního plánu péče
- V zájmu seniorů by měli být sociální služby kvalitně poskytovány
- Důsledné zajištění a zachovávání lidských práv a základních svobod
- Otevřený přístup k seniorovi
- Předvídat a zajistit opatření, aby nedocházelo k direktivnímu chování a pádům klienta
- Emotivní jednání a lidský přístup, ohleduplnost, pochopení vzájemné naslouchání

Každý v týmu by měl vědět, jaká je jeho role a kde má své místo.



Za celkové výsledky v péči o seniora nesou zodpovědnost všichni pracovníci týmu



Dobrá spolupráce = zlepšení psychického i fyzického stavu seniora.

SENIORŮ A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Kvalitní a efektivní práce multidisciplinárního týmu je obrovským plusovým bodem pro kompletní začlenění seniora.

Spolupráce takového týmu napomáhá sjednotit vztah mezi seniory a pečujícími osobami.

Základním předpokladem pro fungující dobrý multidisciplinární tým, je komunikace jednotlivých členů týmu nejen mezi sebou, ale se seniorem.

Při poskytování péče klientům, multidisciplinárním týmem by mělo být nejdůležitější vidět seniora jako celek bio – psycho – spirituální - sociální bytost, to znamená z pohledu holistického. Multidisciplinární týmová péče by tedy měla být vnímána, jako celkové propojení všech jmenovaných profesí, neboli tým odborníků starajících se o seniora, kde zaujímá důležité postavení rodina a přátelé seniora. Ve středu tohoto přístupu mají všichni pracovníci rovnocenné postavení a do ústředí centra se dostává senior.

