

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky

POMÁHAJÍCÍ PROFESE VE ZDRAVOTNICTVÍ
HELPING PROFESSIONALS IN HEALTH SERVICE

Bakalářská diplomová práce

Miluše Zlámalová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: Mgr. Kateřina Thelenová

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

.....

V Olomouci dne 25. března 2011

Děkuji Mgr. Kateřině Thelenové za vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a trpělivost.

Anotace

Bakalářská práce byla zaměřena na pomáhající aspekty práce vybraných profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení. Kromě vymezení sféry zdravotnictví, zde byla kapitola týkající se pomáhajícího pracovníka, jeho odbornosti, kompetencí v sociální práci. Část bakalářské práce byla věnována syndromu vyhoření. Zaměřovala se také na vybrané zdravotnické zařízení, ve kterém byl následně v praktické části proveden výzkum s cílem ověřit teoretická východiska na vybraném vzorku respondentů z řad zdravotnického personálu. Jako metodologie byl zvolen časový snímek. Nejvýznamnějším zjištěním bylo množství a konkrétní popis jednotlivých činností, které vykonává zdravotnický personál a které svým přesahem spadají už do oblasti sociálních služeb.

Klíčová slova

Zdravotnictví, pomáhající profese, kompetence v praxi sociální práce, syndrom vyhoření.

Annotation

The Bachelor's thesis was focused on helping aspects of the work of the selected professionals working in health care facilities. Apart from defining the health sphere, there was a chapter concerning to a helping staff, his expertise and competences in social work. A part of the Bachelor's thesis was focused on burn-out syndrome. It was concentrated on selected health organization, in which a research was conducted in purpose to verify the theoretical solutions of the sample of respondents from the medical staff. Methodology was a time frame.

The most significant finding was the number and specific description of the activities which belong to the field of social services and they are carried out by medical personnel.

Key words:

Health service, helping profession, competence in social work practice, burn-out syndrome.

OBSAH

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Zdravotně sociální péče a sociální práce ve zdravotnictví.....	10
1.1. Systém zdravotní péče	10
1.2. Financování zdravotní péče	14
1.3. Silné a slabé stránky zdravotnického systému v ČR.....	16
1.4. Pracovníci ve zdravotnictví – vybraná skupina.....	17
2. Pomáhající profese ve zdravotnictví.....	21
2.1. Definice, vymezení pojmu	21
2.2. Odborná způsobilost profesionálů v pomáhajících profesích a jejich kompetence.....	23
3. Syndrom vyhoření.....	30
3.1. Definice, vymezení pojmu	30
3.2. Příznaky syndromu vyhoření.....	32
3.3. Prevence syndromu vyhoření	32
4. Charakteristika vybraného zdravotnického zařízení.....	34
4.1. Historie a současnost	34
4.2. Pacient odborného léčebného ústavu	36
4.3. Sanatorium Bečva – celkový popis, personální zabezpečení ...	38
II. PRAKTICKÁ ČÁST	41
1. Cíl praktické části	42
2. Předpoklady praktické části.....	42
3. Použitá metoda	42
4. Předmět průzkumu	43
5. Výzkumný vzorek	43
6. Vlastní výzkum.....	44
6.1 Výsledky výzkumu.....	55

III. Závěr.....	58
IV. Seznam použité literatury a zdrojů.....	60
Seznam tabulek.....	62
Seznam grafů.....	63
Seznam příloh.....	64

ÚVOD

Motivací pro volbu tématu předložené bakalářské diplomové práce je mj. skutečnost, že pracuji ve zdravotnickém zařízení, každodenně se setkávám s nemocnými lidmi, kteří kromě odborné zdravotní péče stále více požadují i pomoc v oblasti sociální.

Pomáhající profese mají stále větší prostor v našem životě, uplatňují se ve stále více oblastech každodenního života. Na lidi jsou kladeny vyšší nároky jak fyzické, tak i psychické, ne každý se s tímto stylem života umí vypořádat sám a potřebuje pomoc.

Současná společnost se potýká s mnoha problémy sociálního charakteru, které je nutno řešit.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat pomáhající aspekty práce vybraných profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení. Mým úkolem je toto najít, popsat a tím dokázat nezbytnost propojení zdravotnických a sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a potřebnost sociálního pracovníka v těchto zařízeních.

Výzkumná otázka je taková: Jaké jsou konkrétní pomáhající aspekty výkonu zdravotnické profese a jaké jsou jejich přesahy do sociální práce? Naleznu a popíšu významné přesahy ve výkonu pomáhající profese v rámci sociální práce a v rámci zdravotnictví.

V teoretické části se zaměřím na sféru zdravotnictví z hlediska organizačního, institucionálního a legislativního, dále vymezím oblast pomáhajících profesí z hlediska nároků na jejich odbornost, kompetence, osobnost, duševní hygienu s důrazem na pomáhající profese, které se uplatňují ve zdravotnictví.

V další kapitole se zaměřím na stresovou zátěž personálu, a s tím související syndrom vyhoření, popíšu příčiny jeho vzniku, a také to, jak mu předcházet v co největší míře.

V neposlední řadě popíšu vybrané zdravotnické zařízení, v němž bude realizován průzkum.

V praktické části vymezím a zaznamenám pracovní činnost zdravotnického personálu, především zdravotních sester, zaměřím se na jejich kompetence, náplň práce. Právě zde se pokusím o vymezení prací a činností, které provádějí nad rámec svých pracovních povinností plynoucích z pracovní pozice v rámci zdravotnického personálu, činnosti, které spadají do oblasti sociálních služeb a jiných pomáhajících profesí.

Metodou pro tuto bakalářskou práci bude rozbor dokumentace vybraného zdravotnického zařízení. Vybraní respondenti z řad zdravotnického personálu budou ve zvoleném časovém intervalu zaznamenávat své činnosti v práci. Ty, které budou vyjadřovat osobní angažovanost nad rámec pracovních povinností, zaznamenají.

Hlavním přínosem textu bude vidět zdravotnické profesionály i z jiné stránky, nejen jako lidi poskytující ošetrovatelskou péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnictví je soubor opatření, postupů a zařízení tvořící systém organizace zdravotní péče. Úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace, které navzájem tvoří soustavu zdravotnických zařízení.

Do soustavy zdravotnických zařízení zahrnujeme zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob¹. V neposlední řadě musíme do tohoto systému zařadit zdravotnické pracovníky.

1.1 Systém zdravotní péče

Právo na poskytování zdravotní péče v České republice vyplývá z platných právních norem, včetně Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod. V zákoně stanovené šíři má osoba-pojištěnec na základě veřejného pojištění právo na poskytnutí zdravotní péče zdarma. V České republice je oblast veřejného zdraví legislativně upravena zákonem č.258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Další stěžejní právní normou zdravotní politiky ČR je zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Péče o zdraví lidu a další s tím související práce spadají do kompetence Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání

¹ §31 zákona 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, v platném znění

přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém, pro používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh. Součástí ministerstva zdravotnictví je i Český inspektorát lázní a zříděl a organizačně spadá pod ministerstvo zdravotnictví i Inspektorát omamných a psychotropních látek².

Mezi přímo řízené organizace spadající do kompetence ministerstva zdravotnictví patří státní ústavy, ústavy, fakultní nemocnice, instituty, centra, ostatní přímo řízené nemocnice, krajské hygienické stanice, zdravotní ústavy, psychiatrické léčebny, státní lázeňské léčebny a další.

Vedle státních zdravotnických zařízení vznikají a působí i nestátní soukromá zdravotnická zařízení, jejichž vlastníkem jsou jak právnické, tak fyzické osoby.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky spolupracuje s profesními organizacemi a s profesními občanskými sdruženími, a to hlavně při zabezpečení odbornosti jejich členů k výkonu povolání, při tvorbě sazebníků, které souvisejí s výkony zdravotní péče při tvorbě obecně závazných právních předpisů z oblasti zdravotnictví a mnohých dalších³.

Zdravotnický systém můžeme definovat z nejrůznějších hledisek a nikdy tato definice nebude úplná, v každé éře vývoje společnosti bude jiná, mění se v závislosti na objektivní realitě a konkrétních přístupech v pojetí práva na zdraví. Můžeme ale říci, že zdravotnický systém je organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.⁴

² Zásady činnosti ministerstva zdravotnictví, jak jsou stanoveny v § 10 zákona č.2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR

³ Zákon 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu

⁴KREBS V. a kol, *Sociální politika*, str. 249

Stát garantuje péči o zdraví⁵ všech svých obyvatel. Toto je zaneseno i do Listiny základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. V článku 31 Listiny⁶ bylo zahrnuto i právo na ochranu zdraví, právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, a to všechno na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon.

Zdravotnictví je jedním z nejsložitějších a nejproblematictějších rezortů, reformy zdravotnictví neprobíhají jen v naší republice, ale také v dalších zemích střední a východní Evropy. Společným znakem všech současných reforem je snaha zpomalit růst nákladů na zdravotnictví, a především zlepšit jeho fungování, zároveň však se dostává do popředí požadavek dostupnosti péče pro všechny občany. Zdravotnický systém řeší problémy související nejen s politickými, ekonomickými a společenskými změnami. Mění se demografické rozložení obyvatelstva, dochází k větší koncentraci obyvatel ve městech, narůstá nezaměstnanost a bezdomovectví, zvyšují se požadavky na zajištění hygienických podmínek, odstraňování a likvidaci odpadu, zajištění dostatečného množství a kvality pitné vody, vlivem migrace se vyskytují nemoci, které se v naší zeměpisné šířce vůbec neobjevovaly, apod.⁷

V České republice byl zaveden model veřejného pojištění, který vychází z principu solidarity a dělení rizika⁸. Toto pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR nebo pro osoby, které trvalý pobyt na našem území nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území ČR⁹.

Zdravotní politika každého státu je součástí tzv. širšího pojetí sociální politiky sociálních států. Stav sociální politiky státu odpovídá vždy dané etapě vývoje společnosti a jejím konkrétním záměrům. Zdravotní politika je

⁵Srovnání: „Péče o zdraví“ – soubor všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti, pokud tato ovlivňuje zdraví obyvatelstva. „Zdravotní péče“ – zdravotnické služby+materiální spotřeba.

⁶ Původně vydána jako ústavní zákon č. 23/1991 Sb. Po rozpadu federace byla přijata usnesením předsednictva České národní rady ř.2/1993 Sb.

⁷ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 49

⁸ KREBS V. a kol, *Sociální politika*, str. 259

⁹ §7 zákona č.48/1997 Sb., říká, za koho platí pojištění stát

definována jako cílevědomá činnost státu (vedle dalších politik), zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. V posledních letech bývá zdravotní politika zařazována s větším nebo menším úspěchem i do volebních programů jednotlivých politických stran. Zdravotní politika musí být v každém státě modifikována podle sociální, ekonomické a zdravotní situace v konkrétním prostoru a konkrétním čase¹⁰.

Zdravotní politika zahrnuje dva okruhy aktivit:¹¹

- aktivity zaměřené k léčení, které vedou k odstranění změn na zdravotním stavu člověka, k obnově zdraví. Tato část zdravotní politiky je z hlediska zdraví politikou následnou, její realizace je nákladná a má své hranice, které v současné době vytváří zejména možnosti medicíny jako vědy,
- aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví, které vedou k předcházení vzniku nemoci, k prevenci. Tato část zdravotní politiky se jeví levnější a efektivnější. Problémem zůstává, kde většinu finančních prostředků vyčlenit, pokud jich většinu vyčerpá nákladné léčení.

Základní zdravotní péče¹²

Základní (primární) zdravotní péče (angl. primary health care) je nezbytně nutná péče, která je založena na spojení aktivit zdravotnických služeb s aktivitami celé společnosti. Patří sem řádné léčení běžných nemocí, výchova zaměřená na hlavní zdravotní problémy, prevence poruch zdraví, podpora správné výživy, základní hygiena, zásobování léky, Základní zdravotní péče má tři složky:

- primární péči,
- sebekéči občanů,
- domácí péči.

Primární péče znamená základní zdravotnické profesionální služby poskytované většinou na ambulantní úrovni praktickými lékaři nebo specialisty.

¹⁰ KREBS V. a kol., *Sociální politika*, str. 244

¹¹ KREBS V. a kol., *Sociální politika*, str. 244

¹² STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 7

Sebepéče představuje zdravotní aktivity neprofesionálů. Spadá sem péče dobrovolníků, svépomocných skupin, dobrovolných organizací a hnutí.

Domácí péče je odborná zdravotní péče o pacienta v domácím prostředí. Je poskytována většinou středními zdravotnickými pracovníky, kteří jsou organizováni v tzv. agenturách domácí péče. Jedná se o péči indikovanou lékařem.

1.2 Financování zdravotní péče

V české společnosti a českém zdravotnictví došlo od roku 1989 k velkým změnám. Zdravotní stav obyvatelstva se po roce 1989 postupně zlepšuje, významně narůstá délka života jak u žen, tak i u mužů (u žen ze 76,0 v r. 1990 na 78,3let v r. 2000 a u mužů za totéž období z 67,5let na 71,6 let)¹³.

I toto je jeden z důvodů k reformě zdravotnictví v České republice, najít nová řešení a přizpůsobit se nově vzniklým situacím a problémům.

Lze předpokládat, že v současné době pocítují mnohá zdravotnická zařízení chronický nedostatek finančních zdrojů. Problém spočívá především v rozporu mezi rychle stoupajícími výdaji na zdravotnictví a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí. Vedle toho působí na růst výdajů i objektivní faktory (demografické faktory – stárnutí obyvatelstva, na straně druhé mají občané k dispozici mnohem lépe technicky vybavená zdravotnická zařízení než v letech předešlých a širší sortiment kvalitních léčiv, která byla dříve pro širší veřejnost zcela nedostupná, prodlužuje se délka života, industriální epidemie – tabák, alkohol, drogy a univerzální postupy v poskytování zdravotní péče a prevence)¹⁴.

Hlavním strategickým cílem ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatel tak, aby bylo v nedůležitějších parametrech dosaženo srovnatelnosti s průměrem států EU. Základními prostředky jsou optimalizace funkce a struktury zdravotnické soustavy z hlediska dostupnosti, návaznosti a kvality zdravotní péče a zefektivnění rozdělování finančních prostředků a jejich využívání. Nejde o potřebu navýšení

¹³ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 8

¹⁴ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 8

finančních zdrojů, ale zejména o zvyšování efektivity systému poskytování služeb a účinnou alokaci nákladů zdravotní péče¹⁵.

Zdravotnictví v ČR je financováno¹⁶:

- ze státního rozpočtu,
- z prostředků obcí a měst, z daní komunální a podnikatelské činnosti,
- z prostředků podniků – povinné platby na zdravotní pojištění, dodatečné platby do fondu zdravotního pojištění, financování vlastních zdravotnických zařízení, z pokut za znečištěné životní prostředí apod.,
- z prostředků obyvatel – povinné zdravotní pojištění,
- z prostředků charitativních organizací, nadací.

Financování zdravotnictví je vícezdrojové, kromě prostředků ze státního rozpočtu se využívají i prostředky obcí, podniků, obyvatel.

Problém financování nemá jen zdravotnictví, zdroje nestačí pokrýt potřebu, takže se hledají stále nové zdroje, například větší finanční spoluúcast pacienta na hrazení zdravotnických služeb, naučit občany prevenci svého zdraví a ve zdravotnických zařízeních racionálněji využívat dostupné prostředky.

Ukazuje se, že neustálý nárůst výdajů na zdravotnictví naráží na překážky a není vždy doprovázen efektem ve zlepšování zdravotního stavu obyvatel. Z vlastní praxe vyplývá, že opravdu dochází k nárůstu nemocných věkově starších, zvyšuje se průměrná délka života, otázkou zůstává, jestli se zvyšuje i kvalita života. Ukazuje se, že je nutné hledat rezervy v prevenci a odstraňování negativního působení v oblasti nezdravotnických faktorů (životní prostředí, způsob života a pracovního prostředí, genetické předpoklady)¹⁷.

¹⁵ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 9

¹⁶ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 9

¹⁷ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 48

1.3 Silné a slabé stránky zdravotnického systému v ČR

V následujícím textu popíšu silné a slabé stránky zdravotnického systému, které byly vymezeny na stránkách zdravotnických novin jako střednědobá koncepce rezortní politiky ministerstva zdravotnictví České republiky v letech 2002-2006.¹⁸

Silné stránky

Zdravotnický systém v naší republice je jedním z mála, který se může pyšnit poměrně vysokou odbornou úrovní zdravotnického personálu a relativně dobrou vybaveností zdravotnických zařízení jak lůžkových, tak i ambulantních a lékáren. I díky tomu dochází k rozvoji nových léčebných technologických postupů a nemalé jsou i výsledky transformace ambulantní péče (primární, specializované, zvláštní). V posledních desetiletích, vlivem změněného pohledu nejmladších generací na možnost interrupce, a změnou chování, které upřednostňuje volit některou z metod antikoncepce v případě, že ženy nechtějí otěhotnět, se snižuje počet umělých přerušování těhotenství a na straně druhé dochází i k poklesu novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Včasnou diagnózou a rozšířením prevence došlo k poklesu celkové úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, které řadíme v naší zemi spolu s novotvary na první místa v žebříčku nejčastějších příčin úmrtí.

Slabé stránky

Ale i takový systém, jako je zdravotnictví, se potýká s mnoha problémy, zejména finančními, náklady na zdravotnictví v posledních dvaceti letech prudce stoupají. Za nejproblematičtější považuje veřejnost nedostatečné ekonomické řízení a kontrolu zdravotnických zařízení, jejich vysokou zadluženost, hospodaření v oblasti léků a fungování zdravotních pojišťoven. Dochází ke stárnutí populace, dosavadní trend nemocniční péče přechází do péče ambulantní, konkrétně se to projevuje úbytkem nemocničních lůžek

¹⁸ <http://www.zdn.cz> (Střednědobá koncepce resortní politiky MZČR v letech 2002-2006)

pro akutní péči a zkracováním průměrné délky hospitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Úkolem zdravotní politiky ve všech vyspělých zemích je udržet růst nákladů a jejich celkovou výši na akceptovatelné úrovni, sledovat ekonomický ukazatel zdravotnických služeb a více kontrolovat využívání zdrojů.

Každé zdravotnické zařízení, i Lázně Teplice se v současné době potýkají s problémem financování, hledají se rezervy ve snižování nákladů a hledají se způsoby, jak vylepšit finanční situaci. V našem zařízení docela dobře funguje nabídka komerčních služeb (prodej procedur i pro širokou veřejnost, víkendové pobyty, odborná lékařská vyšetření).

1.4 Pracovníci ve zdravotnictví – vybraná skupina

Za pracovníky ve zdravotnictví považujeme dle platné legislativy všechny, kteří poskytují přímo nebo nepřímo zdravotní péči za účelem udržení, podpoření a navrácení zdraví či zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

Podle stupně dosaženého vzdělání spadají do těchto kategorií¹⁹:

1. Vysokoškolsky vzdělaní – lékař (MUDr.), sestra nebo jiný odborný pracovník s vysokoškolským vzděláním (Bc., Mgr., PhDr., Ing.) - studium ukončeno státní závěrečnou zkouškou.
2. Vyšší odborné vzdělání – diplomovaný specialista (DiS) v různých oborech – všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář apod. – studium ukončeno absolutoriem.
3. Středoškolské vzdělání – všeobecná sestra (studium bylo ukončeno nejpozději ve školním roce 2006/2007), zdravotnický asistent - studium ukončeno maturitní zkouškou.
4. Jiné odborné vzdělání nižšího stupně:
 - ošetřovatel/ošetřovatelka – po absolvování vzdělávacího programu trvajícího nejméně 3 roky je studium ukončeno závěrečnou zkouškou,

¹⁹ STREJČKOVÁ A. a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, str. 35

- sanitář – po absolvování vzdělávacího kurzu, studium ukončenou závěrečnou zkouškou.

Pro potřeby této bakalářské práce jsem zvolila popis práce všeobecné sestry, ošetrovatelky, sanitáře a zdravotně sociálního pracovníka a to z toho důvodu, že výše zmiňovaní přichází nejvíce do styku s klienty v kardiorehabilitačním ústavu v Teplicích nad Bečvou. O tomto zařízení budu podrobně informovat v jedné z dalších kapitol a zmínění profesionálové budou respondenty v průzkumu.

Vyhláška 424/2004Sb. popisuje jednotlivé náplně práce takto²⁰:

Všeobecná sestra

Tak jako všichni zaměstnanci, všeobecná sestra má určenou náplň práce. Podle vyhlášky 424/2004Sb. vykonává všeobecná sestra činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů (dech, puls, elektrokardiogram, tělesná teplota, krevní tlak a další tělesné parametry). Mezi další prováděné činnosti patří rehabilitační ošetrování prováděné ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem, sem řadíme polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility. Společně s pacienty provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování jejich soběstačnosti²¹.

²⁰ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

²¹ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zdravotní sestra vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře a taktéž se podílí na přípravě standardů²².

Ošetřovatel

Ošetřovatel vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo radiologického asistenta. Taktéž se podílí na poskytování základní ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu, přitom mezi hlavní náplň práce patří provádění hygienické péče u pacientů, pomáhá pro podávání stravy pacientů, ležící a nepohyblivé pacienty krmí, pečuje o jejich vyprazdňování. Kromě toho může měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost, mobilní pacienty je schopen doprovázet na odborná vyšetření a ošetření. Kromě jiného má na starosti i manipulaci s léky, zdravotnickými prostředky a prádlem²³.

Sanitář

Všeobecný sanitář vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče. Bez odborného dohledu může provádět pouze pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče. Za hlavní náplň práce je považována péče o hygienu prostředí, dovážení stravy, příprava pacientů, provádí technickou manipulaci s lůžkem pacientů, jeho mechanickou očištění, dezinfekci a úpravu. Stejně jako ošetřovatel manipuluje s léčivými přípravky, prádlem a zdravotnickými prostředky²⁴.

²² Standardy Lázní Teplice nad Bečvou, vnitřní předpisy

²³ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

²⁴ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného kompetentního pracovníka se podílí na zajišťování hygieny o pacienta, na úpravě lůžka, polohování pacientů, pomáhá při rozdělování stravy pacientům, nepohyblivé a ležící pacienty krmí²⁵.

Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace provádí sociální prevenci, která je zaměřená na cílené a včasné vyhledávání jedinců v nepříznivé sociální situaci důsledkem vlastní nemoci nebo nemoci blízkých osob. Taktéž provádí šetření u pacientů a posuzuje jejich životní situace ve vztahu k onemocnění a jeho následků. Spolupracuje s orgány veřejné správy nebo dalšími subjekty a na základě zjištěných skutečností zpracovává zprávy o posouzení životní situace pacienta. Dalším úkolem zdravotně sociálního pracovníka je zajištění sociálně-právního poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podílí se na přípravě a organizaci rekondičních pobytů. Snaží se o integraci pacientů zpět do společenského prostředí, ve kterém se nacházeli před nástupem nemoci. Zajišťuje další služby a péči po propuštění pacienta a v případě úmrtí pacientů nabízí a provádí s rodinou zemřelého odborné poradenství v sociální oblasti. V případě úmrtí osamělých pacientů zajišťuje zdravotně sociální pracovník záležitosti spojené s jeho úmrtím²⁶.

Tímto výčtem jsem se snažila přiblížit alespoň některé zdravotnické profese s ohledem na cíl bakalářské práce a výběr zdravotnického zařízení, ve kterém bude následně probíhat výzkum na téma potřebnosti sociálních pracovníků v uvedeném zařízení (časový snímek) z důvodu zvýšení potřebnosti výkonu aktivit směřujících do sociální práce.

²⁵ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

²⁶ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

2. POMÁHAJÍCÍ PROFESE VE ZDRAVOTNICTVÍ

2.1. Definice, vymezení pojmu

Stále více se užívá termínu pomáhající profese, stále více jsou tyto profese využívány. Mají to už v názvu, pomáhají lidem. Pomáhající profese (helping professions) je podle Psychologického slovníku „souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější“²⁷. Patří sem lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti a jiní středně zdravotničtí pracovníci, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové, kněží atd.

Na rozdíl od mnoha jiných povolání je ale v pomáhajících profesích důležité vytvořit další složku, a to lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Hlavním nástrojem je potom osobnost pomáhajícího a vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání, nejenom jeho vědomosti a zkušenosti.²⁸

Například Kopřiva ve své knize píše o projektu, v rámci kterého požádali účastníky kursu o to, zda by jim popsali dobrou sociální pracovníci. Výsledky byly překvapující, dotázaní nejprve hovořili o vlastnostech (vlídnost, ochota, porozumění, empatie) sociálních pracovníků a teprve potom o již zmiňovaných znalostech. Pomáhající pracovník se velmi často setkává s lidmi v nouzi, kteří zpravidla potřebují daleko víc než jen pouhou slušnost, ale přijetí, spoluúčast, porozumění, zkrátka pocit, že nejsou na obtíž, že je pracovník neodsuzuje.²⁹

Existují ale i jiné profese, ve kterých probíhá neustálý kontakt s lidmi – úřednice, manažer, kadeřnice. Zde však stačí, pokud se chovají v souladu s konvencí, nevyžaduje se od nich osobní vztah³⁰.

²⁷ HARTL P., HARTLOVÁ H., *Psychologický slovník*, str. 185

²⁸ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 14

²⁹ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 15

³⁰ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 15

I v pomáhajících profesích se ale můžeme setkávat s pracovníky, kteří sklouznou i k neosobnímu jednání, vykonávají svou práci stereotypně, bez známek zaujetí, dokonce může sklouznout až k tomu, že se vytratí ono slušné jednání. Pracovníci pomáhajících profesí mohou mít ke svým klientům různý emoční vztah, mohou je obdivovat, litovat, mohou se na ně zlobit nebo jim třeba být lhostejní. Emoce týkající se klientů by pracovníci pomáhajících profesí neměli potlačovat, ale měli by se je snažit rozpoznat a porozumět jim. Pokud dobře porozumíme vlastnímu prožívání, jsme citlivější i na prožívání druhých a dokážeme jim lépe porozumět. Úkolem takového pracovníka je klienta pochopit, zajímat se o něj, přijímat to, jaký je a vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají³¹.

Tyto přesahy běžné práce a propojení pomáhajících profesí do oblasti zdravotnictví se budu snažit nalézt v praktické části bakalářské práce.

V běžné praxi se můžeme setkávat se **dvěma typy pomáhajících pracovníků**. **Neangažovaný pracovník** je ten, který pojímá svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta³². Učitel bez jakéhokoli zájmu o studenty odříká a vyzkouší přepásané učivo, nezajímá se o to, zda takto podaný výklad zaujme a zda si z něho studenti něco odnesou. Lékař od stolu stanoví diagnózu, předepíše léky, ale už nepátrá po příčinách onemocnění, pravděpodobně mu stačí, že obsloužil dalšího z dlouhé řady čekajících. Mnohý sociální pracovník odpovídá automaticky kompetentně na předložené dotazy a nestojí o to, aby se stal opěrným bodem pro klienta. Vztah ke klientovi a způsob vykonané práce se posune do roviny neutrální, ne-li hrubé, arogantní a lhostejné³³.

Angažovaný pracovník vidí svou práci jako smysluplnou, je pro něho přitažlivá a uspokojujivá. Takový pracovník se snaží své klienty pochopit, vcítit se do jejich problémů, navrhnout jim různé způsoby řešení problémů. Dělá své povolání rád, přijímá své klienty takové, jací jsou, nebude je chtít změnit, bude v něm hledat jeho dobré stránky, které ostatní nevidí. I zde

³¹ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 15

³² KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 16

³³ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 16

nalezneme negativum, a to v tom, že pomáhající profese může tak nadchnout, až dojde ke smazání hranice mezi výkonem svého povolání a obětování se pro klienty. Snažit se oddělit pracovní povinnosti od života, který začíná po skončení pracovní doby³⁴.

Pracovníky zdravotnických profesí v Teplicích nad Bečvou, o kterých bude zmiňovaný průzkum, řadím jednoznačně jejich přístupem ke klientovi k pracovníkům angažovaným. Přístupují ke klientům s porozuměním, citem, empatií, což dokazuje fakt, že se většina pacientů vrací po určité době zpět a znovu se svěřují do naší péče, což se budu snažit prokázat i v praktické části.

2.2. Odborná způsobilost profesionálů v pomáhajících profesích a jejich kompetence

Odborná způsobilost profesionálů v pomáhajících profesích

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost tyto pracovníci: pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. V sociálních službách je odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, dále mají pracovníci povinnost dalšího celoživotního vzdělávání, kterým si upevňují a doplňují svou kvalifikaci. Další z podmínek pro výkon činnosti sociálního pracovníka je odborná způsobilost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost.³⁵

Kompetence pracovníků pomáhajících profesí

Co znamená být kompetentní? Původně termín kompetence pochází z latinského výrazu *competens*, tj. vhodný, příhodný, náležitý³⁶.

³⁴ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 17

³⁵ <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zaknem-o-socialnich-sluzbach.php>, ze dne 1. 12. 2010

³⁶ <http://www.slovník-cizich-slov.cz/?q=competens&typ=0>, ze dne 1. 11. 2010

Kompetence je široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Zahrnuje organizaci a plánování práce, inovaci a vyrovnání se s ne-rutinními činnostmi. Zahrnuje takové kvality jako osobní efektivitu, která je na pracovišti potřebná při zacházení se spolupracovníky, manažery a klienty.³⁷

Pohled na různé aspekty a projevy profesionální kompetence

Velké změny posledních desetiletí, nově vzniklé modely života, výskyt nových problémů, změny v chování lidí vyžadují stále více, aby i pracovníci v pomáhajících profesích byli přizpůsobiví a pružní ve změnách a aby měnili své techniky a postupy práce. I proto přináším přehled z mého pohledu důležitých dovedností v práci s klienty. K profesionalitě pomáhajících profesí patří zvládnutí těchto kompetencí, ať už jsou aplikovatelné v různých institucích, například ve zdravotnických zařízeních a budu je hledat u vzorku respondentů v praktické části bakalářské práce.

Kompetence schopnosti rozvíjet účinnou komunikaci

Tato kompetence je považována za základní stavební pilíř dovedností, z nichž pak může být sestavena celá další práce s klientem. Při práci s klientem je vhodné navodit důvěrnou atmosféru, snažit se o přiměřenou neverbální komunikaci. V praxi se běžně setkáváme s klienty, kteří mají problém navazovat kontakty s cizími osobami, tehdy využíváme metodu „roztávacích technik“. Jedná se o rozhovor na neutrální téma, které u klienta navozuje příjemný pocit, že se o něj zajímáme jako o konkrétní osobu.³⁸

To se potvrzuje v praxi zejména u nemocných lidí. Za důležité považují přizpůsobit komunikaci věku, individualitě a podmínkám. U nemocných pacientů je pro další práci s nimi hned na počátku spolupráce vysvětlit, co jejich nemoc obnáší, jaká bude následovat další léčba a ošetření. Nikdy nezkazíme nic tím, že k nim budeme empatičtí, projevíme vstřícnost a budeme pozorně naslouchat.

³⁷ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 41

³⁸ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 49-59

Neméně důležitým prvkem v komunikaci je zpětná vazba, dáváme tím klientovi najevo, že nám není lhostejný, zajímáme se o jeho názory a vytyčené cíle. Chceme přece klientovi pomoci, k selhání v komunikaci totiž velmi často dochází z toho důvodu, že si klient neuvědomuje jasně souvislosti mezi svými cíli a svým konkrétním jednáním. Součástí podpory je ti rozpoznat to, co od klienta vyžaduje jeho okolí. Ze strany sociálního pracovníka by ale nemělo jít pouze o kontrolu nad jednáním klienta, i pomoc v pomáhání je nutná a očekávaná³⁹.

Příklad

Při přijímání nového pacienta je zdravotní sestra prvním člověkem, který přijde do styku s nově příchozím. Kromě vyplnění nezbytných formalit je vhodné zavést rozhovor na jiné téma, než je hospitalizace a nemoc, zkrátka neformálně a uvolněně krátce pohovořit, např. „Jaká byla cesta?“, „Jaký je Váš první dojem?“. Důležitým krokem je ujištění pacienta o tom, že my zdravotní personál, jsme tady pro něj. Při vhodně zvoleném úvodním tématu rozptýlíme jeho obavy z nového prostředí a z toho, co ho zde všechno čeká. Správná sestra přizpůsobí komunikaci i věku hospitalizovaného, jinak hovoří se seniorkou a jinak s mladým mužem, hlavně se snaží o psychickou podporu.

Orientovat se v problému klienta a naplánovat postup spolupráce s ním.

V přeneseném slova smyslu se tato kompetence označuje jako stanovení diagnózy, i když v současné sociální praxi se od tohoto pojmenování upouští. Více se v této souvislosti hovoří mezi odborníky o získávání přehledu o současných i potencionálních potřebách a zdrojích, vyznačuje se plánováním postupů, rozeznávají se rizika a meze spolupráce. Cílem je nalézt silné stránky a příležitosti, na kterých se dá stavět. Je vhodné, pokud se na takovém plánování podílí kromě sociálního pracovníka i klient a jeho nejbližší okolí. Jak jsem již uváděla, už při prvním setkání s klientem se

³⁹ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 49-59

snažit o navození pocitu důvěry, člověka bereme komplexně, tedy jeho tělesnou i duševní stránku⁴⁰.

Od sociálního pracovníka se vyžaduje dobrá orientace v legislativě, systému státních i nestátních služeb v souladu s konkrétními potřebami klienta či rodiny, vyhledávání i takových specifických informací, které si doplňuje ke konkrétnímu případu či ke konkrétním potřebám klienta. V současné době je trend celoživotního vzdělávání, organizují se různá setkání a školení nebo supervize⁴¹.

„Diagnózu“ podle moderních trendů v sociální práci nemůže udělat sociální pracovník sám, protože on není v kůži těch, kdo budou dál žít a používat objevené „zdroje“. O mnohých ani neví, je prospěšné, pokud s ním kromě klienta spolupracují i další členové rodiny⁴².

Příklad

Ve zdravotnickém zařízení pacient stanovenou diagnózu již má. V našem kardiorehabilitačním centru se při přijetí nově příchozím snažíme vysvětlit, co je zde čeká, jaký zde funguje režim, co očekáváme od nich samotných. Je zde připravena celá řada odborníků, kteří mají zájem o jejich aktivní léčbu. Společně se naplánuje postup léčby s přihlédnutím k tomu, jaký je aktuální stav pacienta, co chce klient, co mu mohou nabídnout lázně. Každý pacient potom obdrží svůj harmonogram procedur s vysvětlením, jak postupovat dále. Pokud mu harmonogram nevyhovuje, nebo se během pobytu v lázních změní situace pacientova stavu, harmonogram se upraví. Velký nedostatek vidím v tom, že pacienti po takto velkých zákrocích mají narušenou kromě fyzické i psychickou stránku. Přimlouvala bych se za to, alespoň v určených termínech zvat do zařízení psychologa vstupní pohovor a tvorbu „diagnózy“ psychologických potřeb klienta pro pobyt v zařízení.

⁴⁰ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 60-69

⁴¹ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 60-69

⁴² HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 60-69

Pomáhat a podporovat k soběstačnosti

Tato kompetence je konkretizací etických zásad obsažených v etickém kodexu, do značné míry jde o vyjádření určité společné hodnotové základny, kterou chtějí sociální pracovníci sdílet. Jedním z kritérií je například poskytovat emoční podporu klientovi, některý z nich dá přednosti klientův problém pouze řešit, jiný jej bude provázet, podporovat.⁴³

Seniorka se bude cítit lépe, pokud ji se zájmem vyslechneme, pohladíme a při každém dalším pokroku v léčbě, který se jí podaří, pochválíme, například za to, že se sama obleče nebo přijde včas a bez doprovodu na proceduru.

Dalším z kritérií, o kterém chci hovořit, je pomáhat lidem rozeznávat a vyzdvihovat jejich přednosti a silné stránky.⁴⁴ Za nejjednodušší považuji, pokud se na toto klienta přímo zeptáme („Co vám jde nejlépe?“, „Co by vám udělalo největší radost?“).

Z častěji používaných kritérií - přímé vystupování v zájmu klientů, obhajoba a vysvětlování jejich oprávněných zájmů. Je ale docela obtížné rozhodovat o tom, kdy klienta povzbudit, aby jednal sám za sebe a kdy vystupovat za něj⁴⁵.

Příklad

Zde jde krásně ilustrovat, jak klienta v lázních můžeme podpořit. Klient se dostaví do přijímací kanceláře s tím, že mu ranní vstávání nedělá dobře, potřebuje nejprve posnídat, vzít si léky a teprve potom začít s předepsanými procedurami. Dále si pořádk nemůže zapamatovat, kde se jednotlivé procedury nacházejí. Přítomná zdravotní sestra znovu vysvětlí všechny nejasnosti, opraví harmonogram procedur tak, aby předepsané procedury mohl klient zahájit až po snídani a doprovodí ho na žádané místo. Emočně ho podporuje i tím, že ho pochválí za to, že se nebál přijít s problémem.

⁴³ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 60-69

⁴⁴ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 60-69

⁴⁵ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str.69-78

Příklad 2

Pacient si při převazu zdravotní sestře stěžuje, že ho nic nebaví, operace i následná lázeňská péče jsou zbytečné, nic mu nepomáhá. Sestra se snaží vcítit do jeho situace, vyslechne si jeho nářky a snaží se ho podpořit například tím, že ho pochválí, pooperační rána se pěkně hojí, zvládá běžné denní úkony, ujistí ho v tom, že určitě dojde ke zlepšení, chce to trpělivost a čas. Za pár dnů přijde pacient sám říct zdravotní sestře, že měla pravdu, opravdu se to lepší, našel si zde nové známé. Hlavně však zjistil, že i ostatní pacienti jsou na tom podobně, sdílí podobné osudy a navzájem si vyměňují své zkušenosti z léčení.

Zasahovat a poskytovat služby

Jedná se o širší pohled na problematiku pomáhající profese, kromě toho, že pracovník profesionálně zvládá svou práci vyjádřenou předchozími třemi kompetencemi, funguje dobře i na úrovni systému sociálních služeb. Každý z nich by měl znát možnosti a metody poskytování služeb. Pokusit se pravidelně hodnotit měnící se situaci, ale i pokroky v postupu práce s klienty. Ne všechno, co si naplánujeme, se nám podaří splnit. Sociální pracovník by měl v každém jednotlivém případě určit potřebnou délku a frekvenci kontaktu, znám klienty, kterým stačí setkání jednou za měsíc a jiní vyžadují kontakt každý týden. Příklad od příkladu je situace jiná a spolu s tím se mění i rozhodování o dalším postupu práce⁴⁶.

Dalším bodem kompetence je aktivní řešení chování a kvalifikovaného zásahu ze strany sociálního pracovníka, pokud klient překročí stanovení meze. Toto kritérium se neplní běžně, i když by mohlo být součástí jejich odborné přípravy, stejně jako schopnost poskytnout základní krizovou intervenci různým klientům.⁴⁷

I ve zdravotnických zařízeních se čas od času stává, že je nutno k zásahu přivolat policii a s klientem ukončit léčbu.

Příklad

⁴⁶ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 79 -86

⁴⁷ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 79-86

Pokud by v lázních sociální pracovník byl, kontaktoval by další odborníky. Asi 5% klientů našich lázní trpí nějakou psychickou poruchou a často i pooperačním psychosyndromem. V lázních nepracuje žádný psycholog ani psychiatr, tuto službu vykonává zdravotní personál, ovšem v rámci svých možností a zkušeností, nejsou na takové situace školeni. Proto by v těchto případech bylo vhodné tyto pracovníky kontaktovat a klientům tak umožnit profesionální pomoc. Občas jsou do lázní přijati klienti, kteří jsou bezdomovci a jejich jediný oděv je ten, který mají na sobě. Ve spolupráci s Charitou Hranice zdravotnický personál zajišťuje pomoc při obstarání oděvu pro tyto klienty.

Přispívat k práci organizace

Pro pomáhající profese platí, že budou pracovat jako odpovědní členové organizace, budou přispívat ke zlepšování jejich práce a účinnosti služeb pro klienty, také spolupracovat s kolegy a efektivně využívat všech zdrojů⁴⁸. V současné době probíhá převážně reciproční model sociální práce – sociální pracovník je organizací, ve které pracuje, nejen formován a směřován, ale také ji zpětně utváří. Tento model je nejsilnější především u pomáhajících profesí nově vzniklých organizací, zejména nestátních, tam se totiž zaměstnanci často podílí na vzniku organizace. Uplatnění této kompetence je v praxi zatím docela vzácné, nebyla zatím považována za součást profesionální kompetence. Ve většině organizací jsou pořádány školení, které mají za úkol zvyšovat odbornosti pracovníků a tím zlepšovat vlastní práci. Za prospěšné pro organizace i pro zaměstnance považují například supervizní setkání⁴⁹.

Všechny vyjmenované požadavky, ať už odbornost nebo kompetence profesionálů v pomáhajících profesích znamenají stresovou zátěž pro pracovníky, a proto se chci v další kapitole zabývat syndromem vyhoření, jeho příčinami a preventivními opatřeními proti němu.

⁴⁸ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 87 - 97

⁴⁹ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 87 -97

3. SYNDROM VYHOŘENÍ

3.1. Definice, vymezení pojmu

Syndrom vyhoření (také syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vyprahlosti, angl. *burnout*) byl poprvé popsán v roce 1975 Freudenbergerem v článku "Staff burnout" v časopise *Journal of Social Issues*.⁵⁰

Burn out syndrom je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy⁵¹.

Stejně jako v jiných zaměstnáních, u pomáhajících profesí obzvláště, jsou pracovníci vystaveni neustálému tlaku, přetíženosti a stresu. Znáte ten pocit, kdy se Vám nechce vstávat a jít do práce? Co mě tam zas čeká? Stejně mě to už nebaví, říkáte si. Už nám začíná vadit úplně všechno, klienti, spolupracovníci, nadřízení. Začíná se projevovat lhostejnost, cynismus, apatie, tělesná a duševní kondice je záporná. Není to jen obyčejná únava, to se jen dostáváme do stavu, pro který vznikl nový termín syndrom vyhoření⁵².

Rizikovým faktorem je přílišné počáteční nadšení do práce, perfekcionismus, workoholismus, málo přátel, neschopnost odmítat další a další úkoly a špatná organizace času⁵³. Kdo z nás by chtěl dát najevo, že si neví rady sám se sebou, když pracuje s lidmi, kteří mají daleko horší problémy?

Syndrom vyhoření se vyskytuje ve všech subjektivně náročných povoláních, kdy nastává nerovnováha mezi emočními stavy a postupně dochází k vyčerpání psychických i fyzických rezerv člověka. Vznikají pochybnosti

⁵⁰ http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD, ze dne 26. 9. 2010

⁵¹ KŘIVOHLAVÝ J., *Jak neztratit nadšení*, str. 49

⁵² KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 101

⁵³ KALLWASS A., *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, str. 9

o smyslu naší práce⁵⁴. A právě práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních patří mezi ty náročné profese, kde se syndrom vyhoření může projevat častěji. Příznaků syndromu vyhoření je spousta, projevují se různě, nelze je přesně vymežit. Je zcela nutné brát je v úvahu a věnovat pozornost jejich prevenci.

Z počátku převládá nadšení, nové úkoly, nové možnosti. Máme plno cílů, které ale nejsme schopni později splnit, protože na sebe klademe stále vyšší nároky, a to bez ohledu na své schopnosti a možnosti. Špatné výsledky pak prožíváme jako osobní porážku a selhání profesní i osobní. Jsme pod tlakem z více stran, nedokážeme se od něj distancovat. Na počátku jedné cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení⁵⁵.

Žít v dnešní spotřební a rychle žijící společnosti je obtížné, obstát bez úhony ve světě, kde vládnu peníze a mezilidské vztahy se jaksi vytrácí, je namáhavé. Situace ve společnosti se v posledních desetiletích prudce změnila, na jedné straně spousta technických vymožeností, lákadel, široká nabídka obchodů, kulturních zařízení, ovšem na straně druhé stále větší nejistota v zaměstnání, vysoké pracovní tempo, větší požadavky kladené ze strany nadřízených, klientů a společnosti. Trvalá dosažitelnost, neustálá přítomnost, být pořád ve střehu, to vše je nebezpečné pro vznik stresu.

Moderní člověk už skoro ani neví, co je uvolnění, vnitřní klid a kdo nemá v dnešní době stres, je podezřelý. Lidé v relativně bohatých zemích považují štěstí a spokojenost za cosi samozřejmého, a proto se jich starosti a potíže dotýkají daleko více než obyvatel zemí, kde je nutné každodenně improvizovat pro přežití. Evropský člověk má nízký práh frustrace a nedostatečnou toleranci vůči stresu a námahu, která je v jiném prostředí běžná, pak deklaruje jako stres⁵⁶.

⁵⁴ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 101

⁵⁵ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 101

⁵⁶ KALLWASS A., *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, str. 35

3.2. Příznaky syndromu vyhoření

Mezi psychické příznaky řadíme ztrátu nadšení, zodpovědnosti, ale i nechuti a lhostejnosti k práci, potíže se soustředit, negace v postoji k sobě, k práci, ke společnosti a životu všeobecně. Přichází sklíčenost, nespokojenost, agresivita a pocity nedostatečného uznání od našeho okolí⁵⁷.

K tělesným projevům přiřazujeme pocit vyčerpanosti, rychle nastupující únavy, svalového napětí, poruchy spánku a nástup potíží v zažívání, náchylnost k nemocem., potíže v oblasti srdeční činnosti a dýchání, bolesti hlavy⁵⁸.

A v neposlední řadě syndromem vyhoření trpí také mezilidské vztahy. Tyto se mohou projevovat úbytkem angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům, následuje omezení kontaktů s klienty na co nejmenší míru, projevy cynického až lhostejného přístupu ke klientům, omezení kontaktu i s kolegy a osobami nám blízkými, pozorujeme na sobě dlouhodobě nízkou výkonnost⁵⁹.

3.3 Prevence syndromu vyhoření

Jednou z důležitých forem prevence vyhoření je dále se vzdělávat a rozšiřovat si obzor, objevovat nové způsoby, jak pracovat s klienty. Říká se,

že pravým úspěchem pomáhající profese by bylo, kdyby ji společnost již nepotřebovala. To je bohužel zatím utopie. Zkušenosti odborníků ale potvrzují, že prevence je účinnější než léčba⁶⁰. K tomu, aby člověk nevyhořel, zcela jistě pomáhají kvalitní mezilidské vztahy, existence

⁵⁷ <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>, ze dne 3. 1. 2011

⁵⁸ <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>, ze dne 3. 1. 2011

⁵⁹ KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*, str. 100

⁶⁰ HAVRDOVÁ Z., *Kompetence v praxi sociální práce*, str. 84

blízkých osob, které nám poskytnou to, co si sami nemůžeme dovolit. Tím, že nás někdo vyslechne, povzbudí v těžké chvíli, bez nutkání radit.

Dále **osvícení zaměstnavatelé**, kteří podporují účast svých pracovníků na workshopech. Při nich jsou na začátku utvořeny skupiny pracovníků různých pomáhajících profesí ohrožených burnoutem. Členové těchto skupin spolu diskutují rozličné problémy, řeší úkoly, podporují se, vyměňují si informace o tom, jak pracují se svými klienty atp. Ukázalo se, že dva roky účasti ve workshopu mají za následek významné snížení výskytu syndromu vyhoření i mnohem lepší pracovní výkon (v množství i kvalitě)⁶¹.

Nic nezkazíte **uměním odmítat a odpočívat** ani tím, když si najdete nějaký mimopracovní koníček. V neposlední řadě pomůže i informovanost o problematice syndromu vyhoření.⁶²

Každý z nás by se měl naučit odpočívat tak, aby mu to, co nejlépe vyhovovalo, pokud budeme pracovat fyzicky, budu ve volném čase vyhledávat psychický odpočinek a naopak. Nemá cenu podceňovat varovné signály svého těla, k životu potřebujeme kromě práce i dostatek odpočinku, dostatek spánku, sportu a správnou životosprávu. Důležité je se naučit říkat **ne** bez jakéhokoliv pocitu viny. Jako prevence syndromu vyhoření je doporučováno pokusit se stanovit si priority, zbytečně se nerozptylovat nepodstatnými věcmi, naučit se radovat z každodenních maličkostí, z toho, co umíme a dokážeme i bez cizí pomoci.

Dosud jsme se zabývali nejvýznamnějšími aspekty pomáhajících profesí obecně, nyní konkretizujeme dané téma prostřednictvím charakteristik vybraného zdravotnického zařízení, ve kterém bude realizován průzkum.

⁶¹ <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/prevence-vyhoreni>, ze dne 26. 9. 2010

⁶² <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/prevence-vyhoreni>, , ze dne 26. 9. 2010

4. CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Pro účely realizace bakalářské diplomové práce jsem si vybrala Kardio-rehabilitační ústav v Teplicích nad Bečvou a to z toho důvodu, že jsem zde zaměstnaná již 14 let na pozici masérky.

4.1. Historie a současnost

V historických pramenech je první zmínka o Teplicích nad Bečvou v Registrech lučních rožmberských panství helfenštejnského z roku 1520. K lázeňskému využití místa položil základ tehdejší majitel hranického panství Jan Kropáč z Nevědomí, který nechal roku 1553 vybudovat kamennou nádrž se střechou ke koupání, do níž byly svedeny nejvydatnější prameny termální kyselky. Tím se řadí k jedněm z nejstarších lázní na Moravě. Podrobně o lázních a účinku jejich léčebných vod napsal zemský lékař Markrabství moravského Tomáš Jordán z Klauseburka v knize O vodách hojitelných neb teplítech moravských v roce 1581⁶³.

Ve 30. letech minulého století zažily lázně nebývalý rozmach výstavby. V roce 1931 byla zahájena rekonstrukce nejstaršího pavilonu v lázních, dnešní Bečvy, při níž získalo sanatorium svou dnešní podobu. V roce 1924 bylo postaveno nové sanatorium Moravan, dříve nazýváno Ozdravovna pro muže a ženy. Lázeňský dům Slovenka byl realizován v roce 1925. Dnes jsou Lázně Teplice nad Bečvou akciovou společností, která vznikla v roce 1992⁶⁴.

Lázně Teplice nad Bečvou představují v současnosti svým personálním i přístrojovým vybavením špičkové zařízení, které se specializuje na moderní rehabilitaci klientů s počínajícími srdečně-cévními potížemi

⁶³ www.ltnb.cz, ze dne 26. 9. 2010, <http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/historie.htm>

⁶⁴ www.ltnb.cz, dne 26. 9. 2010, <http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/historie.htm>

s důrazem na prevenci vzniku srdečních a mozkových příhod a klientů po kardiochirurgických a invazivních výkonech.⁶⁵

V těchto lázních se nejedná o klasickou lázeňskou léčbu, kdy se klient pasivně podrobuje tradičním procedurám, ale jde především o aktivní proces intervence do životního stylu člověka s kardiovaskulárními problémy, který na zlepšení svého zdravotního stavu spolupracuje.⁶⁶

V Lázních Teplice nad Bečvou jsou specialisté na léčbu nemocí oběhového systému, infarktu myokardu, angíny pectoris, poruch pohybového aparátu. V lázních je také realizována a prováděna komplexní lázeňská péče, příspěvková lázeňská péče, léčebně preventivní pobyty, lékařská vyšetření a odborné konzultace⁶⁷.

Na základě Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 5, vydaného dne 16. září 2008 a v návaznosti na následná jednání s MZ ČR a zdravotními pojišťovnami došlo k rozšíření smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče s účinností od 1. 3. 2009 o léčbu následujících indikací. U dospělých osob se jedná o především o Diabetes mellitus (do 6 měsíců od zjištění, s komplikacemi, DM s těžkou obtížně ovlivnitelnou obezitou) a u dětí taktéž⁶⁸.

Vzniku tohoto zdravotnického zařízení předcházela celá řada kroků, které bylo potřeba splnit. Na počátku této etapy (v letech 2006-2008) bylo zpracování projektu na zřízení odborného léčebného ústavu pro kardiorehabilitaci. Dalším neméně důležitým krokem bylo získání podpory předních kardiologů a kardiochirurgů pro myšlenku vytvoření tohoto centra v Teplicích nad Bečvou a poté následovala řada jednání a získání podpory i od orgánů státní správy. Jednalo se o vyjádření města Hranice, krajského

⁶⁵ Lékařský nápor chorob, invazivní lékařský zákrok-spojený s otevřením pacienta

⁶⁶ www.ltnb.cz, ze dne 26. 9. 2010, <http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/soucasnost.htm>

⁶⁷ www.ltnb.cz, ze dne 1. 10. 2010, <http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/soucasnost.htm>

⁶⁸ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3612_1774_11.html, ze dne 24. 2. 2011

úřadu a ministerstva zdravotnictví. V měsíci červnu roku 2008 získaly Lázně Teplice nad Bečvou registraci na kardiorehabilitační ústav na Krajském úřadě v Olomouci. Následovala výběrová řízení na následnou kardiorehabilitační péči pro Českou republiku na ministerstvu zdravotnictví ČR.⁶⁹

Po jednáních se zdravotními pojišťovnami došlo k uzavření prvních smluv na tuto péči a od 1. 4. 2009 funguje tento ústav s celkovým počtem 60 lůžek, další kapacita se navýšila k 1. 1. 2010, a to s celkovým počtem 75 lůžek.⁷⁰

4. 2. Pacient odborného léčebného ústavu

Odborný léčebný ústav pro kardiorehabilitaci je schopen poskytovat vysoce specializovanou léčebnou a rehabilitační péči pacientům po kardiochirurgickém výkonu, po kardioinvasivním výkonu a pacientům s projevy srdečního selhání. Stav pacienta k překladu: pacient je v časném pooperačním období od pátého dne po srdeční operaci a nevyžaduje pobyt na jednotce intenzivní péče. Nevyžaduje se ani definitivní zhojení operačních ran stereotomie a jizev na končetinách po odběru cévních štěpů⁷¹.

Pacient přichází ke kardiorehabilitaci převážně z lůžkového zařízení – kardiochirurgické pracoviště u pacientů po kardiochirurgické operaci, kardiologické kliniky či oddělení u pacientů po kardioinvasivním zákroku. Z domova přicházejí do lázní pacienti na doporučení kardiologa či internisty, pokud není nástup do odborně rehabilitačního ústavu realizován formou překladů z lůžka na lůžko. Délka pobytu pacienta je určena dle průběžného vývoje jeho zdravotního stavu, reálné perspektivy dalšího zlepšení, ale také zájmu pacienta o aktivní spolupráci při rehabilitaci. U pacientů po kardiochirurgickém výkonu bez přítomnosti pooperačních

⁶⁹ Juráň František, Renesance lázeňské léčby kardiaka, časopis Kardiológia pre prax, str. 219

⁷⁰ Interní doklady Lázní Teplice n.B.

⁷¹ Juráň, František, Renesance lázeňské léčby kardiaka, časopis Kardiológia pre prax, str. 219

komplikací je základní délka pobytu 4 týdny, u pacientů po kardioinvasivním zákroku bez přítomnosti závažnějších komplikací je základní délka pobytu 2 týdny. Vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta, je pobyt prodloužen po konzultaci s revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny⁷².

Při nástupu pacienta probíhá komplexní neinvazivní kardiologické vyšetření s nastavením individuálního rehabilitačního programu, po 24 hodin denně je zabezpečena lékařská pohotovostní služba, nezbytným předpokladem je nepřetržitá vysoce odborná ošetrovatelská a rehabilitační péče. Po vyhodnocení zdravotního stavu a stanovení individuálního rizika je každému klientovi navržen léčebný plán, který zahrnuje jak dietní opatření (stanovení druhu diety), tak i režimová opatření (stanovení stupně a druhu pohybové aktivity). Pokud jsou u klienta přítomná i některá přidružená onemocnění např. pohybového ústrojí je možné mu navrhnout některou z léčebných metod elektro, vodo či teploléčby, kterými lázně Teplice nad Bečvou také disponují⁷³.

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou mortality a závažné morbidity v České republice, vědecký a technologický rozvoj přinesl v posledních třiceti letech ve zdravotnictví zásadní posun, mnoho pacientů, dříve léčených převážně v nemocnicích, se léčí především ambulantně. Nemocnice se stává místem krátké akutní péče, většina nemocných rychle přechází do následné péče specialistů či praktických lékařů. Toto nově vzniklé zařízení je schopno se o takovéto pacienty postarat, mobilizovat je a navracet k normálnímu způsobu života. Praxe časné rehabilitace se osvědčila a našla si své pevné místo ve spolupráci kardiochirurgických pracovišť a kardiorehabilitačních lázeňských pracovišť⁷⁴.

⁷² Juráň, František, Renesance lázeňské léčby kardiaka, časopis Kardiológia pre prax, str. 219

⁷³ www.ltnb.cz, ze dne 24. 2. 2011, <http://www.ltnb.cz/stranky/lecba/lecebny-program.htm>

⁷⁴ Juráň František, Renesance lázeňské léčby kardiaka, časopis Kardiológia pre prax, str. 217

4.3. Sanatorium Bečva – celkový popis, personální zabezpečení

Lázeňské sanatorium Bečva je samostatný objekt komplexu Lázní Teplice nad Bečvou, a.s.. Tento je rozdělen na část léčebnou, ubytovací a stravovací. Léčebná část je dále členěna na část ambulantní, léčebnou rehabilitaci a balneoprovoz. Ambulantní část slouží k základnímu vyšetření a provedení anamnézy pacienta, který je přijímán nebo propouštěn z léčebného pobytu. Součástí tohoto provozu jsou i ošetrovatelská a ambulantní péče o pacienta po dobu jeho pobytu v lázních. V ambulantním provozu jsou prováděna výše uvedená vyšetření včetně odběru biologického materiálu, který je k dalšímu vyšetření dopravován do centrální laboratoře v lázeňském sanatoriu Janáček. Léčebná část sanatoria a balneoprovoz slouží k poskytování léčebných procedur a výkonů. K léčebné části přináležejí elektroléčba, tělocvična, reflexní masáže, cvičná ergometrie, monitorovací ergometrie. K balneoprovozu patří uhličitě koupele, plynové bazény pro muže a ženy, vodoléčba, podvodní masáže⁷⁵.

Klientům jsou k dispozici jednolůžkové pokoje studiového typu a dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím v různých kategoriích podle náročnosti klienta na ubytování. Stravování formou plné penze nebo polopenze zajišťuje kvalitní kuchyně s výběrem 9 diet. V sanatoriu Bečva je umístěna kavárna s venkovní terasou⁷⁶.

Pacienti odborného léčebného ústavu jsou pod neustálým dohledem lékařského týmu a zdravotnického personálu. Pacienti vyžadující zvýšený dohled jsou po stabilizaci zdravotního stavu přeloženi na standardní pokoje. Na základě vstupních lékařských vyšetření a s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta provede lékař odborného léčebného ústavu předpis vhodných léčebných procedur.⁷⁷

⁷⁵ Standardy lázní Teplice nad Bečvou, vnitřní předpisy

⁷⁶ www.ltnb.cz, ze dne 26. 9. 2010, http://www.ltnb.cz/stranky/ubytovani/lb-becva-***.htm

⁷⁷ www.ltnb.cz, ze dne 26. 9. 2010, <http://www.ltnb.cz/stranky/lecba/lecebny-program.htm>

Lékaři odborného rehabilitačního ústavu úzce spolupracují s centry, která po kardiochirurgických a kardioinvazivních výkonech posílají své pacienty na následnou lázeňskou kardiorehabilitační léčbu.

Personálně je provoz sanatoria zabezpečen následovně⁷⁸:

Lékařský tým se skládá z pěti lékařů, z nichž všichni jsou vedeni jako internisté, jednotlivě mají různé specializace, jako například kardiolog, dietolog, balneolog.

Tým lékařů vede primář léčebného sanatoria. K 1. 10. 2010 vede střední zdravotnický personál vrchní sestra, další péči obstarává 17 zdravotních sester, 3 ošetřovatelky, 7 rehabilitačních pracovníků a 1 nutriční terapeutka.

K nižšímu zdravotnímu personálu patří 6 masérů a k pomocnému zdravotnickému personálu 8 lázeňských pracovníků.

Pracovní doba je různá, lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky pracují v dvanáctihodinových směnách, ostatní zdravotnický personál na směnách ranních.

Všichni pracovníci a.s. Lázně Teplice se pravidelně zúčastňují školení, která jsou hrazena z fondu Evropské unie. Témata jsou zajímavá a zaměřená cíleně vzhledem k vykonávané pracovní činnosti. Pro zajímavost uvádím některá z nich: komunikace s klientem, asertivní jednání, typologie osobnosti.

Za pracovníky ve zdravotnictví považujeme pro potřeby této bakalářské práce dle platné legislativy všechny, kteří poskytují přímo nebo nepřímo zdravotní péči za účelem udržení, podpoření a navrácení zdraví či zajištění

⁷⁸ Standardy lázní Teplice nad Bečvou, vnitřní předpisy

klidného umírání a důstojné smrti, tyto předpoklady stanoví Vyhláška 424/2004Sb.⁷⁹

⁷⁹ Vyhláška 424/2004Sb., stanoví v souladu s právem Evropských společností činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce jsem prováděla průzkum ve vybraném zdravotnickém zařízení s cílem ověřit teoretická východiska na vybraném vzorku respondentů z řad zdravotnického personálu.

Prostředí průzkumu, zdravotnické zařízení jsem vybírala z toho důvodu, že zde již 14 let pracuji. Odborný rehabilitační ústav léčil za prvních 12 měsíců své činnosti, v době od 1. 5. 2009 do 30. 4. 2010 celkem 665 pacientů po kardiochirurgických operacích. Z celkového počtu pacientů bylo 85% pacientů starších 60 let, 50% pacientů starších 70 let a 9% pacientů 80 let. Věkové složení pacientů po kardiochirurgických operacích vyžaduje vytváření speciálních rehabilitačních programů.⁸⁰

Starý člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, respektive 65 let. Většinou je považován za neaktivního a dají se u něj předpokládat i zdravotní problémy. Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v krajních situacích, které jsou způsobeny zdravotními nebo sociálními faktory. I proto sociální práce směřuje k lidem dlouhodobě nemocným léčeným v různých zdravotnických zařízeních, propuštěným z nemocnice. Zdravotní stav takových pacientů je spojován s poklesem funkčních schopností a soběstačností, které jsou důsledkem onemocnění. Snižuje se tím kvalita jejich života⁸¹.

Zhoršení zdravotního stavu obvykle přináší potřebu sociálních služeb, i proto je žádoucí, aby sociální pracovník pracoval v týmu se zdravotníky. A naopak platí, že sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Mezi náročné změny patří i hospitalizace v nemocnicích a následná lázeňská péče, jsou vytržení ze svého domácího prostředí a navíc je jejich zdravotní stav neuspokojivý. Základem sociální

⁸⁰ Juráň, František, *Renesance lázeňské léčby kardiaka*, časopis *Kardiologie pre prax*, str. 219

⁸¹ MATOUŠEK, Oldřich a kol., *Sociální práce v praxi*, str. 163-165

práce se starými lidmi je práce založená na důvěře, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník tak jako jediný zprostředkovává kontakt seniora s vnějším světem, jeho rodinou⁸².

Výše uvedené informace uvádím z toho důvodu, že v kardiologickém ústavu Lázní Teplice nad Bečvou tvoří převážnou část klientely pacienti ve věku nad 65 let, obtížněji se vyrovnávají s novou situací (nemoc a operace), s novým neznámým prostředím, proto i práce s nimi je specifická a vyžaduje spolupráci zdravotnického i pomáhajícího personálu. I u našich pacientů je zřetelně vidět, že po převozu z kardiochirurgického pracoviště je jejich zdravotní stav spojen s poklesem funkčních schopností, snížením hybnosti, smyslového vnímání, orientace a jiných kognitivních funkcí.

1. Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je rozbor pracovních činností vybraného výzkumného vzorku, jejich popis a následné zařazení do oblasti zdravotní nebo sociální.

2. Předpoklady praktické části

Předpokládám, že ze získaného časového snímku zjistím, jaké pracovní činnosti zdravotnický personál vykonává během jednoho pracovního dne.

Dalším předpokladem je, že tyto jejich činnosti, které spadají do oblasti sociálních služeb, tvoří minimálně 30% náplně jejich pracovního dne, s ohledem na to, že jsem respondentům vysvětlila, které činnosti spadají do oblasti zdravotnictví a které do oblasti sociální práce.

3. Použitá metoda

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila časový snímek, který patří mezi kvantitativní metody. V daném časovém snímku jsem zaznamenávala

⁸² MATOUŠEK, Oldřich a kol., *Sociální práce v praxi*, str. 163-165

pracovní činnosti vybraných zdravotnických pracovníků, v tomto případě zdravotních sester a ošetřovatelek, kterým jsem vysvětlila, jaké činnosti spadají do oblasti zdravotní a jaké do oblasti sociální.

4. Předmět průzkumu

Předmětem průzkumu bude zaznamenávání jednotlivých činností v průběhu jednoho pracovního dne a jejich rozlišení na oblast zdravotní a oblast se sociálním přesahem.

5. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán z řad středního zdravotního personálu, jedná se o zdravotní sestry a ošetřovatelky. Výběr výzkumného vzorku byl záměrný, zdravotní sestry a ošetřovatelky jsou s pacienty v každodenním kontaktu a tráví s nimi poměrně značnou část doby jejich léčby.

V rámci realizovaného výzkumu jsem oslovila 6 zdravotnických pracovníků a to z toho důvodu, že jsem vytvářela časový snímek jejich pracovní doby s tím, že se pokusím o vymezení činností, které spadají obsahově do sféry zdravotnictví a do sféry sociální oblasti. Počet šesti respondentů byl vybírán z toho důvodu, že právě tolik jich pracuje v jeden den na stejné směně na ošetřovně lázeňského domu Bečva. Jejich práce je provázána. Personální obsazení je následující, na stejné pracovní směně pracují čtyři zdravotní sestry a dvě ošetřovatelky.

4 zdravotní sestry – pojmenování: sestra 1, sestra 2, sestra PIP (sestra na pokoji intenzivní péče), primární sestra (podobně jako staniční sestra).

2 ošetřovatelky: jedna z nich má 8 hodinovou pracovní dobu, druhá 12 hodinovou pracovní dobu.

6. Vlastní výzkum

Cílem bakalářské práce je analyzovat pomáhající aspekty práce vybraných profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení.

Vybrané respondenty jsem dopředu informovala o tématu mé bakalářské práce, vysvětlila jsem jim, jak bude výzkum probíhat, jaká data budu sbírat a zaznamenávat do časového snímku. Dále jsem je seznámila s tím, které činnosti spadají do oblasti zdravotnictví a jak vypadá oblast sociální práce a pomáhajících profesí.

Příklady uváděné v časovém snímku

Předávání hlášení a rozdělování úkolů na celý den obsahuje nejen oblast zdravotní, ale také sociální. U lidí s demencí, zmatených klientů je vhodné zajistit častý kontakt rodiny nebo doprovod rodinného příslušníka po celou dobu léčby. Zdravotní personál plní i funkci sociálního pracovníka, ale nedostatečně a ne dost odborně. Pro představu: v sanatoriu Bečva je ubytováno asi 80-90 klientů po operaci srdce, z tohoto stavu je 80% klientů nad 65 let, 20% jsou klienti ve věku 20-65 let. Z tohoto počtu je přibližně 5% klientů s psychiatrickým onemocněním nebo pooperačním psychosyndromem. Často přijíždí klienti, kteří nedávno ztratili partnera nebo dítě (také dochází k úmrtí příbuzného za dobu pobytu klienta). V těchto případech by bylo vhodné zajistit pro klienty pomoc psychologa nebo psychiatra.

Ojedinele se taktéž stává, že klient v průběhu léčby zemře. V tomto případě zdravotnický personál poskytuje pomoc při zajišťování pohřbu nebo převoz těla do místa bydliště, kontaktuje rodinu zemřelého, zajišťuje administrativní stránku.

Při příjmu nového pacienta do kardiologického centra zdravotní sestra musí společně s pacientem vyplnit souhlas s léčbou, jedním z dotazů je například, k jakému náboženství se hlásí. Ojedinele se stává, že pacient je příslušníkem náboženského hnutí Svědci Jehovovi a tito odmítají krevní transfuzi. Dále se

zjišťuje sociální zázemí ošetřovaného, zda bydlí sám, s rodinou, v domově seniorů, apod., abychom věděli, kam se bude pacient vracet po absolvované léčbě.

Někdy je potřeba zajistit pacientovi kompenzační pomůcky (chodítka, vozíček), některé z nich jsou majetkem lázní, jiné se půjčují po vzájemné dohodě v Domově seniorů v Hranicích. Další potřebou je zajištění léků po celou dobu pobytu v lázních, hygienických potřeb (plín), oděvu.

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka, v tomto případě zdravotního personálu, je rozhovor. Starší a nemocní lidé mají velkou potřebu vyprávět svůj životní příběh, vypovídat se ze svých trápení, bývají plačtiví, depresivní, jsou dezorientovaní, všechno je pro ně nové a cizí a hodně zapomínají. Rozhovor je prostředkem, jak se o nich dovědět co nejvíce informací o jejich životě, nemoci, zájmech a sociálních podmínkách. V rozhovoru by si mohl zdravotník ověřit, do jaké míry jsou pacienti srozuměni s léčbou a jak porozuměli instrukcím lékařů a ostatních pracovníků lázní. Bohužel musím uznat, že na toto nemá zdravotnický personál dostatek prostoru.

Dále v textu uvádím jednotlivé časové snímky pracovní doby získané od oslovených respondentů , a to v tomto pořadí : časový snímek č. 1 – sestra 1, časový snímek č. 2 – sestra 2, časový snímek č. 3 – primární sestra, časový snímek č. 4 – sestra PIP(pokoj intenzivní péče), časový snímek č. 5 – ošetřovatelka 1 a časový snímek č. 6 – ošetřovatelka 2. U každého z těchto časových snímků bude zaznamenáno, jaké činnosti během jednoho pracovního dne vykonávají a které z nich spadají do oblasti zdravotní a které do oblasti sociální.

Tabulka č. 1 – Časový snímek sestry 1

Sestra 1 Pracovní doba: 6:00-18:00 Sestra pro 3 lékaře – cca 40 klientů				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
6:00	Předávání hlášení o stavu pacientů	x	x	pravidelně
6:10	Rozdělení úkolů	x	x	pravidelně
6:15 – 6:45	Hygiena, pomoc ošetřovatelce, úprava lůžka, desinfekce nočních stolků....	x		pravidelně
6:45 - 7:10	Příprava injekcí, jejich aplikace, odběr glykemie, aplikace insulinu....	x		pravidelně
7:10 – 7:30	Podávání snídaně, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
7:30 – 8:00	Podávání léků a injekcí	x		pravidelně
8:00 – 9:00	Vyřizování důchodů na poště, kontakt s rodinou, komunikace s pacientem (špatný psychický pooperační stav), komunikace s recepcí (např. úhrada regulačního poplatku za pobyt v lázních), vyzvedávání pošty pro pacienty		x	pravidelně
8:00 - 11:00	Zahájení procedur + doprovod imobilních pacientů, vedení dokumentace, řešení akutních stavů (kontaktování rodiny-léky pro pacienta, které pravidelně užívá)	x	x	pravidelně
9:00 - 9:30	Vizita lékaře (hodnocení zdravotní a sociální situace)	x	x	pravidelně
9:30 - 10:00	Plnění ordinací (léky, injekce a převazy s lékařem)	x		pravidelně

11:00 - 11:30	Odběry glykemií, aplikace insulínu	x		pravidelně
11:00 - 12:00	Oběd, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
11:30–12:00	Oběd zaměstnance			
12:00-13:00	Podávání léků	x		pravidelně
13:00 – 16:30	Příjmy překlada z kardiologických zařízení, zajištění kontaktu na rodinu (nutná potřeba doprovodu v lázních), zajištění kompenzačních pomůcek (chodítka), zajištění bydlení po odchodu z lázní, zajištění odborných lékařů (pacient nastoupil 3 dny po pohřbu manželky- pomoc psychologa), zajištění kontaktu na sociální sestru v místě bydliště, psychologické rozhovory		x	pravidelně
16:30-17:00	Odběry glykemie, aplikace insulínu	x		
17:00-18:00	Podávání léků, předávání hlášení noční směně	x	x	pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce zdravotní sestry dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**sestra 1**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně předávání hlášení, rozdělování úkolů, vyřizování důchodů na poště, kontakt s rodinou, komunikace s pacientem, vedení dokumentace, vyzvedávání pošty pro pacienty, v průběhu vizity hodnocení sociální situace pacienta, příjmy překlada z kardiologických zařízení, zajišťování kontaktu na rodinu kvůli nutnosti doprovodu pacienta v lázních, zajišťování kompenzační pomůcky – chodítka, zajištění bydlení pro pacienta po odchodu z lázní, zajištění

odborného lékaře pro pacienta, který nastoupil do lánů 3 dny po pohřbu manželky.

Tabulka č. 2 – Časový snímek sestry 2

Sestra 2 Pracovní doba: 6:00-18:00 Sestra pro 4 lékaře – cca 45 klientů				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
6:00	Předávání hlášení o stavu pacientů	x	x	pravidelně
6:10	Rozdělení úkolů (vyplnění souhlasu s léčbou u nově příchozích pacientů)	x	x	pravidelně
6:15 – 6:45	Hygiena, pomoc ošetřovatelce, úprava lůžka, desinfekce nočních stolků....	x		pravidelně
6:45 - 7:10	Příprava injekcí, jejich aplikace, odběr glykemie, aplikace insulinu....	x		pravidelně
7:10 – 7:30	Podávání snídaně, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
7:30 – 8:00	Podávání léků a injekcí	x		
8:00 – 9:00	Vyřizování důchodů na poště, kontakt s rodinou (žádost o dovoz kompenzační pomůcky-berle), komunikace s pacientem, komunikace s recepcí (např. úhrada regulačního poplatku, úhrada platby za přikoupené procedury), vyzvedávání pošty pro pacienty		x	dle potřeby
8:00 - 11:00	Zahájení procedur + doprovod imobilních pacientů, vedení dokumentace, řešení akutních stavů	x	x	pravidelně
9:00 - 9:30	Vizita lékaře (hodnocení zdravotní a sociální situace)	x	x	pravidelně

9:30 - 10:00	Plnění ordinací (léky, injekce a převazy s lékařem)	x		pravidelně
11:00 - 11:30	Odběry glykemií, aplikace insulínu	x		pravidelně
11:00 - 12:00	Oběd, doprovod imobilních pacientů na pokoje, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
11:30–12:00	Oběd zaměstnance			
12:00-13:00	Podávání léků	x		pravidelně
13:00 - 16:30	Příjmy překladu z kardiochirurgických zařízení-zavedení dokumentace, pomoc s ubytováním na pokoj, stěhování pacientů na jiné pokoje), zajištění kontaktu na rodinu, zajištění kompenzačních pomůcek, zajištění bydlení po odchodu z lázní, zajištění odborných lékařů, zajištění kontaktu na sociální sestru v místě bydliště (kam umístit pacienta po propuštění z lázní), psychologické rozhovory		x	dle potřeby
16:30-17:00	Odběry glykemie, aplikace insulínu	x		pravidelně
17:00-18:00	Podávání léků, předávání hlášení noční směně	x	x	pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce zdravotní sestry dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**sestra 2**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně předávání hlášení o stavu pacientů, rozdělení úkolů, vyřizování důchodu na poště, žádost na rodinu o přivezení kompenzační pomůcky pro pacienta – berlí, komunikace s pacientem, komunikace s recepcí (úhrada regulačního poplatku, úhrada přikoupených procedur), vyzvedávání pošty pro pacienty, v průběhu vizity

hodnocení sociální situace pacienta, příjmy překlada z kardiochirurgických zařízení – zavedení dokumentace, doprovod pacienta na pokoj, stěhování pacientů na jiné pokoje, zajišťování kompenzačních pomůcek, zajištění kontaktu na sociální sestru v místě bydliště pacienta, předávání hlášení noční směně.

Tabulka č. 3 – Časový snímek primární sestry

Primární sestra Pracovní doba: 7:00-15:00 Sestra pro 90 klientů				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
7:00-8:00	Provádí hodnocení plánu péče překladových klientů (u každého klienta 1x za 14 dní, tzn. 2x za pobyt, zhodnocení jejich aktuálního stavu)	x	x	pravidelně
8:00-11:00	Zajišťuje opravu přístrojů, chod ošetřovny, objednává přístroje, odpovídá na telefonické dotazy, pomáhá při akutních stavech	x		dle potřeby
11:00-11:30	Oběd zaměstnance			
11:30-15:00	Zajišťuje opravu přístrojů, chod ošetřovny, objednává přístroje, odpovídá na telefonické dotazy, pomáhá při akutních stavech	x		dle potřeby
12:30-13:15 každý čtvrtek	Účast na velké vizitě s primářem kardiorehabilitačního centra (hodnocení zdravotní a sociální situace)	x	x	pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce zdravotní sestry dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**primární sestra**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně provádí hodnocení plánu

péče překladových klientů, hodnotí jejich aktuální stav, při velké vizitě s primářem kardiorehabilitačního centra hodnotí sociální situaci pacientů.

Tabulka č. 4 – Časový snímek sestry PIP = pokoj intenzivní péče

Sestra PIP Pracovní doba: 6:00-18:00 Pro cca 4 klienty				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
6:00	Předávání hlášení	x	x	pravidelně
6:10	Rozdělení úkolů	x	x	pravidelně
6:15 – 6:45	Práce s dokumentací, kontrola léků v lékárně	x		pravidelně
6:45 - 7:45	Měření tlaku krve, ukončení bilancí, odběr glykemie, aplikace insulínu	x		pravidelně
7:45 – 8:00	Podávání léků, aplikace injekcí	x		pravidelně
8:00-9:00	Vizita lékaře (hodnocení zdravotní a sociální situace)	x	x	pravidelně
9:00-11:00	Plnění ordinací, polohování, posazování, psychologický rozhovor (pacient s pooperačním syndromem), komunikace s klientem (žádost o odeslání pošty)	x	x	dle potřeby
11:00-11:30	Oběd zaměstnance			
11:30-12:00	Podávání léků. Aplikace injekcí	x		pravidelně
12:00-13:00	Převazy klientů PIP	x		dle potřeby

13:00-15:00	Kontakt s rodinou (hlavně o víkendu), vedení dokumentace, plnění ordinací, příjem klientů z kardiologických pracovišť (sepisování souhlasu s léčbou, zajišťování kontaktu na rodinu, zajišťování kompenzačních pomůcek z domu seniorů, žádost o sanitku pro pacienty na převoz domů)		x	pravidelně
15:00-18:00	Soupis hlášení	x		pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce zdravotní sestry dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**sestra PIP**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně předávání hlášení, rozdělení úkolů, při vizitě hodnocení sociální situace pacientů, psychologický rozhovor s pacientem s pooperačním syndromem, komunikace s klientem – žádost o odeslání pošty, vedení dokumentace, kontakt s rodinou, příjmy klientů z kardiologických pracovišť – zavedení dokumentace, sepisování souhlasu s léčbou, zajišťování kompenzačních pomůcek z domu seniorů, vyřízení žádosti o sanitku pro pacienty na převoz domů.

Tabulka č. 5 – Časový snímek ošetřovatelky 1

Ošetřovatelka 1 Pracovní doba: 6:00-14:00 Ošetřovatelka pro cca 10 klientů				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
6:00	Předávání hlášení	x	x	pravidelně
6:10	Rozdělení úkolů	x	x	pravidelně

6:15 – 7:15	Hygiena, úprava lůžka, desinfekce nočních stolků....	x		pravidelně
7:15 – 8:00	Podávání snídaně, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
8:00 – 11:00	Zahájení procedur, doprovod, dovoz klientů na procedury, dohled nad nimi, vaření čaje, podávání tekutin ležícím, komunikace s klientem, upozornění lékaře na problémy s klientem, odmítá spolupracovat, polohování, posazování klienta, nácvik chůze na pokoji, na chodbě	x	x	pravidelně
11:00 - 11:30	Oběd, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		dle potřeby
11:30–12:00	Oběd zaměstnance			
12:00 - 14:00	Dohled nad průběhem procedur u klientů, doprovod na relaxační procedury (např. oxygenoterapie),	x		pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce ošetřovatelky dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**ošetřovatelka 1**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně předávání hlášení, rozdělení úkolů, komunikace s klientem a upozornění lékaře na problémy s ním – odmítá spolupracovat.

Tabulka č. 6 – Časový snímek ošetřovatelky 2

Ošetřovatelka 2 Pracovní doba: 6:00-18:00 Ošetřovatelka pro cca 10 klientů				
Čas	Činnost	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Frekvence opakování
6:00	Předávání hlášení	x	x	pravidelně
6:10	Rozdělení úkolů	x	x	pravidelně
6:15 – 7:15	Hygiena, úprava lůžka, desinfekce nočních stolků....	x		pravidelně
7:15 – 8:00	Podávání snídaně, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		pravidelně
8:00 – 11:00	Zahájení procedur, doprovod, dovoz klientů na procedury, dohled nad nimi, vaření čaje, podávání tekutin ležícím, komunikace s klientem (vysvětlování rozpisu procedur), polohování, posazování klienta, nácvik chůze na pokoji, na chodbě	x	x	pravidelně
11:00 - 11:30	Oběd, doprovod imobilních pacientů, příp. krmení pacientů	x		dle potřeby
11:30–12:00	Oběd zaměstnance			
12:00 - 14:00	Dohled nad průběhem procedur u klientů, doprovod na relaxační procedury (např. oxygenoterapie),	x		pravidelně
14:00-15:00	Komunikace s klientem, zajištění hygienických potřeb, doprovod na proceduru	x	x	dle potřeby
15:00-15:30	Podávání svačiny, doprovod klienta do jídelny	x		pravidelně
15:30-16:30	Desinfekce lehátek v ordinacích lékařů, výměna manžet tonometru	x		pravidelně

16:30-17:30	Večeře, doprovod na večeři	x		pravidelně
17:30-18:00	Úklid ošetrovny, předávání hlášení sestře	x	x	pravidelně

S ohledem na vymezení náplně práce ošetrovatelky dle Vyhlášky 424/2004 Sb. v teoretické části bakalářské práce a z toho, co uvedla respondentka (**ošetrovatelka 2**) v časovém snímku vyplývá, že provádí i činnosti, které svým zaměřením spadají do kompetencí pomáhajících profesí, zaměřených na sociální oblast, konkrétně předávání hlášení, rozdělení úkolů, komunikace s pacientem – vysvětlování rozpisu procedur, nákup hygienických potřeb pro pacienty, předávání hlášení sestře před noční směnou.

Časový snímek je náročná výzkumná technika, která zachycuje průběh činností člověka v tomto případě jeho pracovní dobu. Toto jsem se snažila zachytit a přesně zaznamenat, abych zjistila přesah činností, které už spadají do oblasti sociálních služeb.

6.1 Výsledky výzkumu

Výsledky prezentuji ve vztahu k formulovaným předpokladům.

Předpoklad č. 1

Předpokládám, že ze získaného časového snímku zjistím, jaké pracovní činnosti zdravotnický personál vykonává během jednoho pracovního dne.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že zdravotnický personál vykonává práci pracovníků pomáhajících profesí, aniž si to uvědomuje. Toto bylo zřetelné ve větší míře poté, co jsem data názorně zpracovala do uvedených tabulek (časových snímků pracovní doby).

Za ideální bych ve spolupráci těchto dvou oblastí považovala například sestavení individuálního plánu každého jednotlivého klienta jak z pohledu hodnocení lékaře, tak z pohledu sociálního pracovníka.

Předpoklad č. 2

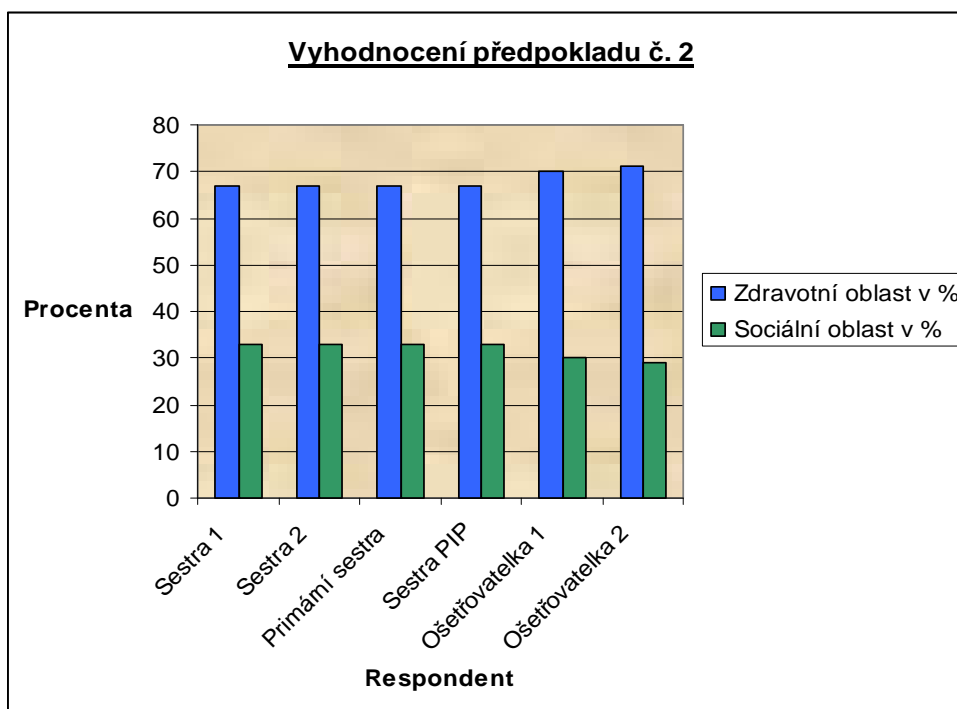
Dalším předpokladem je, že tyto jejich činnosti, které spadají do oblasti sociálních služeb, tvoří minimálně 30% náplně jejich pracovního dne, s ohledem na to, že jsem respondentům vysvětlila, které činnosti spadají do oblasti zdravotnictví a které do oblasti sociální práce.

V tabulce uvádím součty pracovních činností spadajících do oblasti zdravotní a do oblasti sociální, součet všech činností za den je roven 100% s tím, že některé činnosti patří současně do oblasti zdravotní i do oblasti sociální.

Tabulka č. 7 – Vyhodnocení předpokladu č. 2

Respondent	Činnosti celkem	Zdravotní oblast	Sociální oblast	Zdravotní oblast v %	Sociální oblast v %
Sestra 1	21	14	7	67	33
Sestra 2	21	14	7	67	33
Primární sestra	6	4	2	67	33
Sestra PIP	15	10	5	67	33
Ošetřovatelka 1	10	7	3	70	30
Ošetřovatelka 2	17	12	5	71	29

Graf č. 1 – Vyhodnocení předpokladu č. 2



Z provedeného výzkumu a následného vyhodnocení jednotlivých časových snímků jsem dospěla k závěru, že všichni dotázaní respondenti, kromě respondenta – ošetřovatelka 2 vykonávají činnosti spadající do oblasti sociálních služeb v rozsahu stanoveném v předpokladu č. 2 a to v % vyjádření uvedeném v předchozí tabulce a grafu. Předpoklad č. 2, že činnosti spadající do oblasti sociálních služeb tvoří 30% náplně jejich pracovního dne, se mi potvrdil. Výjimka byla respondentka – ošetřovatelka 2, tady se mi předpoklad nepotvrdil, % vyjádření činností spadajících do oblasti sociálních služeb byl jen 29%.

III. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat pomáhající aspekty práce vybraných profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení. Toto jsem zaznamenala v časovém snímku u vybraných zdravotnických pracovníků a zjistila, že práce každého z nich přesahuje z oblasti zdravotní do oblasti sociální a tyto činnosti se navzájem prolínají.

Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je hlavně pomoc sociálního pracovníka pacientovi a jeho rodině při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci a z důvodu lepší integrace klienta do běžného života. Zdravotnický i jiný pomáhající personál bere svou práci jako poslání, proto se jí také věnuje. Kromě svých odborných znalostí dávají své profesi srdce a tím kus sebe.

Hovoří se komplexnosti služeb, praxe je bohužel jiná. Chybí propojení a spolupráce mezi odborníky více profesí, většinou z finančních důvodů.

Všichni pracovníci zdravotnických zařízení a také pracovníci pomáhajících profesí jsou bráni jako členové multidisciplinárního týmu, který vzájemně spolupracuje a podílí se na co největším úspěchu probíhající léčby. V takovém týmu má každý z nich své oprávněné postavení a funkci. I proto by bylo vhodné pracovníky pomáhajících profesí do společnosti zdravotního personálu začleňovat a požadovat jejich aktivní spolupráci, kterou vidím jako velmi prospěšnou a naléhavou.

Tématem bakalářské diplomové práce bylo popsat pomáhající profese ve zdravotnictví, jejich pracovní náplň, kompetence a také rizika, která jejich práci ohrožují.

Cílem bakalářské diplomové práce bylo analyzovat pomáhající aspekty práce vybraných profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení.

Zvolenou metodou bakalářské práce byl časový snímek, v průběhu kterého jsem zaznamenávala pracovní činnosti zdravotnického personálu v rozsahu jednoho pracovního dne.

Hlavním předpokladem bylo vymezení prací a činností, které zdravotnický personál provádí nad rámec svých pracovních povinností plynoucích z pracovní pozice v rámci zdravotnického personálu, činnosti, které spadají do oblasti sociálních služeb a jiných pomáhajících profesí.

Hlavním zjištěním bakalářské práce bylo, že zdravotnický personál ve vybraném zdravotnickém zařízení, v tomto případě v Lázních Teplice nad Bečvou, vykonává činnosti spadající svým přesahem do oblasti sociálních služeb.

Hlavním přínosem textu bude zprostředkovat pohled na zdravotnické profesionály i z jiné stránky, nejen jako lidi poskytující ošetrovatelskou péči. Dokážou psychicky podpořit, zhodnotit sociální potřeby nemocných, jsou empatičtí a důležité je, že mají chuť a touhu pomáhat, dávají své profesi kus sebe samých. Každý z nás bude jejich služby jednou potřebovat.

IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

HAVRDOVÁ Zuzana, *Kompetence v praxi sociální práce*, Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5

HARTL P., HARTLOVÁ H., *Psychologický slovník*, 2.vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-569-1

KALLWASS Angelika, *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, 1.vyd.Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-299-7

KOPŘIVA Karel, *Lidský vztah jako součást profese*, 5.vyd.Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-181-6

KREBS Vojtěch a kol, *Sociální politika*, Praha: Portál, 2002, ISBN 80-86395-33-2

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Jak neztratit nadšení*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-551-3

MATOUŠEK Oldřich a kol., *Sociální práce v praxi*, 1.vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X

STREJČKOVÁ Alice a kol., *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, 1.vyd. Praha: Fortuna, 2007, ISBN 978-80-7168-943-0

JURÁŇ František, *Renesance lázeňské léčby kardiaka*, *Kardiológia pre prax*. 2010, ročník 8, číslo 4, ISSN 1336-3433

Standardy Lázní Teplice nad Bečvou, vnitřní předpisy

Vyhláška 424/2004 Sb., ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Právní normy

Zákon č.2/1969 Sb., O zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR, ve znění pozdějších předpisů, k nahlédnutí u vrchní sestry léčebny

Zákon č.20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje:

www.ltnb.cz

<http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/historie.htm>

<http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/soucasnost.htm>

<http://www.ltnb.cz/stranky/lecba/lecebny-program.htm>

http://www.ltnb.cz/stranky/ubytovani/ls-becva-***.htm

www.syndromvyhoření.cz

<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>

<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/prevence-vyhoreni>

www.zdn.cz, <http://www.zdn.cz> (Střednědobá koncepce resortní politiky MZČR v letech 2002-2006)

www.wikipedia.cz,

http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD

<http://www.slovník-cizích-slov.cz/?q=competens&typ=0>,

<http://www.lorm.cz/download/pruvodce-zaknem-o-socialnich-sluzbach.pdf>

http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3612_1774_11.html

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Časový snímek sestry 1	46
Tabulka č. 2 – Časový snímek sestry 2	48
Tabulka č. 3 – Časový snímek primární sestry	50
Tabulka č. 4 – Časový snímek sestry PIP = pokoj intenzivní péče....	51
Tabulka č. 5 – Časový snímek ošetřovatelky 1	52
Tabulka č. 6 – Časový snímek ošetřovatelky 2	56
Tabulka č. 7 – Vyhodnocení předpokladu č. 2.....	56

Seznam grafů

Graf č. 1 – Vyhodnocení předpokladu č. 2.....	57
---	----

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Prázdný časový snímek

