

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Iva Lhotská

**Etické principy práce speciálního pedagoga
v institucionální péči**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS

Iva Lhotska

**Ethical principles of work of special educator in
institutional care**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 18. 2. 2017

Iva Lhotská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Zdeňkovi Mouchovi CSc. za vedení mé bakalářské práce a za přínosné rady. Za konzultace a cenné rady při psaní této práce děkuji Mgr. Dagmar Zavadilové, Mgr. Ivanovi Petrovi Peschkovi, mému manželovi Ing. Jiřímu Vopravilovi Ph.D. a paní Marii Wojnarové. Velké díky patří také svým rodičům za celoživotní trpělivost a lásku, která mne dovedla až sem.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku různých etických přístupů zaměstnanců v pobytových sociálních službách. Bakalářská práce předkládá různé přístupy k péči o seniory z pohledu zdravotních a sociálních pracovníků a etický vstup speciálního pedagoga v moderní péči. Zabývá se možnostmi narovnání a sjednocení přístupu všech profesí v institucionální péči.

Formou dotazníkového šetření porovnává tato bakalářská práce kvalitu etického přístupu péče o seniory v pobytových zařízeních, různé možnosti a nástroje k dosažení stejného přístupu v sociálních zařízeních.

Klíčová slova

Důstojnost, etika lékařská, etika pracovníků sociálních služeb, etika sociálních pracovníků, etika speciálních pedagogů, etika zdravotních pracovníků, kvalita života, péče, podpora, profesní etika, senior.

Annotation

Bachelor thesis is focused on different ethical approaches of employees in residential social services. The bachelor thesis presents a different perspective on the care of elderly people in terms of health and social workers and ethical input special educator in the modern care. It deals with the possibilities of settlement and consolidating all professions.

Using a questionnaire survey, the thesis compares ethical approach quality of care for seniors in residential facilities, various options and tools to achieve equal access in social facilities.

Keywords

Care, dignity, ethics of medical workers, medical ethics, professional ethics, quality of life, senior, social service workers, social workers, special education teachers ethics, support.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ETIKA.....	11
1.1 Vývoj morálního života	13
2 ETIKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH.....	14
2.1 Etika zdravotních sester	14
2.1.1 Etický kodex zdravotních sester a jejich přístup ke klientům.....	15
2.2 Etika sociálních pracovníků (SP) a pracovníků v sociálních službách (PSS)	17
2.2.1 Etický kodex SP a PSS a jejich přístup ke klientům.....	18
2.3 Etika speciálních pedagogů	19
2.3.1 Etický kodex speciálních pedagogů a jejich přístup ke klientům	20
2.4 Etika dalších pomáhajících profesí	21
2.4.1 Etický kodex kaplana a jeho přístup ke klientům	21
3 NOVÉ METODY PÉČE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	23
3.1 Biografický model péče	24
3.2 Multisenzorická péče	28
4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5 ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	33
5.1 Design výzkumu	33
5.2 Stanovení hypotéz.....	34
5.3 Popis výzkumného vzorku.....	34
5.4 Vlastní výzkum	36
6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	45
ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	49
SEZNAM ZKRATEK.....	53
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

*„Amen, amen, pravím tobě:
Když si byl mladší, sám ses přepásával
a chodil jsi, kam si chtěl;
ale až zestárneš, vztáhneš ruce
a jiný tě přepáše a povede,
kam nechceš“*

J.21,18 ¹

¹ BIBLE, Písmo svaté starého a nového zákona (včetně deuterokanonických knih), Český ekumenický překlad, Praha: Česká biblická společnost 1996, ISBN 80-85810-11-5

ÚVOD

Citát v záhlaví bakalářské práce je z Bible, z Janova evangelia a vztahuje se k jednomu z faktorů, týkajícího se stáří. Je to otázka svobody volby, svobody rozhodování, svobody vůle. Tato otázka je také předmětem zkoumání mé bakalářské práce.

Pracuji v týmu pracovníků v Domově pro seniory Háje (DSH) v Praze. S lidmi, kteří zde žijí a pro které je naše instituce bez nadsázky domovem, jsme v každodenním kontaktu. Jsme zde proto, abychom klientům domov pomáhali vytvořit, aby to, že jsou zde a nikoliv v domácím prostředí nebylo pro ně hendikepem, ale naopak výhodou; abychom jim dokázali dát hlubší pocit domova, než prostředí, ze kterého k nám přišli.

Budování domova je proces. Proces, který nikdy nekončí, protože lidé i prostředí se stále vyvíjejí. Jedná se o proces, který vyžaduje spolupráci všech zúčastněných stran. Dnes se již upustilo od paternalistického pojetí *lékař–pacient* či *terapeut–klient*. Jsme-li poskytovateli, nejsme již těmi, kteří organizují a poroučejí, ale jsme těmi, kteří spoluvytvářejí a nabízejí možnosti a řešení. Naším protějškem není konzument našich hotových receptů a řešení, ale partner, který si nejen vybírá, ale aktivně pomáhá naše snahy dotvářet.

Partnerem pro naši sociální práci a pro naši službu je senior. Slovo, které má (oproti českým slovům stařec, starý člověk, důchodce apod.) působit jako emocionálně neutrální. Přesto je ani dnešní jazyk, ani dnešní společnost neutrálně nevnímá. Naopak, vztah k seniorům je dnes silně ambivalentní. V masmédiích bují kult mládí (Jiráček, 2009, s. 324), společenský i ekonomický tlak na zvyšující se produktivitu, výkon, flexibilitu, stejně na kvantifikovaně a hlavně ekonomicky ohodnotitelné výsledky jakékoliv činnosti. Tento tlak zkresluje pohled na stáří a seniory. V pohledu a perspektivě dnešních nových poznatků ztrácejí jejich zkušenosti u mnoha mladších lidí svůj význam a hodnotu. To jediné, co zůstává viditelné, jsou negativa stáří. Sami senioři často, ovlivnění tímto společenským diskursem vnímají toto údobí svého života jako etapu, tvořenou jen fyzickou, fyziologickou, společenskou i osobní degradací a devastací a sami neumí prožít a využít to, co jim období stárnutí a stáří dává.

Hlavní cíl této práce se zabývá otázkou uplatnění etiky v **institucionální** péči pomáhajících profesí, zdravotníků, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů ve vztahu ke klientům – seniorům v domově pro seniory, a možným střetem vyplývajícím z různě pojaté profesionální etiky jednotlivých profesních skupin. Proto je teoretická část zaměřena nejen na seniory, jejich situaci a potřeby, ale i na etickou stránku práce terapeutů, profesní práci s klienty a její etický základ. Dále jsou popsány zkušenosti a etický přístup v inovačních metodách péče.

Dílčím cílem této bakalářské práce je analyzovat etické přístupy pracovníků v institucionální péči v sociálních službách z hlediska jejich profesí a zhodnotit možné střety zájmů, konflikty a jejich různá řešení.

V sociálních zařízeních dochází ke střetu zájmů etických přístupů zdravotníků, sociálních pracovníků a pracovníků sociálních služeb v přímé péči. K těmto střetům dochází z nekoordinace profesních etických přístupů, které by mohl řešit **speciální pedagog**. Funkci speciálního pedagoga zde plní sociální pracovník, který je však vytížen administrativní agendou zařízení a úkony spojenými s šetřením a přijímáním klientů do zařízení. Speciální pedagog se tak v roli sociálního pracovníka nedostane k práci v přímé péči o klienta. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Sociální pracovník vykonává službu v sociálních službách, nebo se řídí zvláštními právními předpisy při pomoci v hmotné nouzi, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, azylových zařízeních, ve věznicích a v zařízeních pro zajištění cizinců. Standardy kvality sociálních služeb pak zajišťují klientům etický přístup pracovníků tak, aby nedošlo k porušení lidských práv a svobod.

Praktická část je tvořena dotazníkovým výzkumem, který jsem k dané problematice profesní etiky realizovala. Dle zkušeností totiž vystává předpoklad, že odborné znalosti a zkušenosti speciálního pedagoga v institucionální péči v sociálních službách chybí. Ti totiž mohou klientům se zvláštními potřebami odborně vytvářet a realizovat individuální plány péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIKA

Etika (z řeckého slova *ηθική* – mravnost) je naukou o problémech mravního dobra (Bílý et al., 2014, s. 114). Jako vědní disciplína je součástí praktické filozofie. Zabývá teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které určují jednání jedinců v situacích, kdy mají podle svobodné vůle možnost svobodné volby. Hledá a ustanovuje kritéria dobra a zla a hodnotí lidskou činnost podle těchto hledisek. V zásadě se dělí na deskriptivní a normativní. Deskriptivní etika popisuje, jaký je stav ve společnosti, a srovnává, je-li s touto společností jedinec konformní či ne, přičemž vlastní hodnoty společnosti neposuzuje. Etika normativní naproti tomu hledá definice dobra a zla a předkládá je společnosti jako maximy chování.

Morálka (z latinského *mos, moris* – mrav) je „*praktickou etikou*“ (Bílý et al., 2014, s. 114). Od zdvořilosti se liší tím, že se týká věcí závažných a podstatných, od práva tím, že se nedá soudně vymáhat.

Morálka jako soubor pravidel a zvyků, které jsou v dané společnosti běžné a žádoucí a etika jako teoretický pohled na věc, který morálku upevňuje do širších souvislostí, dává jí vyšší účel a případně ji koriguje směrem k žádoucímu cíli, jsou základem každé lidské společnosti. Vývoj etiky a morálky sledoval vývoj filozofie. Ve společnosti, která uznává transcendentní rozměr nad sebou, vychází etika z tohoto vztahu. Od počátků lidské společnosti byly etika a morálka svázány s náboženským výkladem světa. Z něho vyplývaly i definice toho, co je „*dobré*“ a „*zlé*“.

Etika v sobě vždy nesla hledání odpovědí na otázky, které se ptají na:

- vztah mezi tím, co je a co by mělo být
- vztah mezi zájmem individuálním a společenským
- vztah mezi dobrem a zlem,

přičemž dobro a zlo jsou jejími základními kategoriemi (Goldmann et al., 2004, s. 15).

Zároveň s vznikem a vývojem filozofie se do těchto otázek stále více promítá filozofický pohled na svět. Sókratés a Platón jsou příkladem řeckých filozofů, kteří svými názory ovlivnili etiku a její vývoj až do současnosti. Druhým pramenem evropské (a skrze Evropu i celosvětové) etiky je křesťanství. Morální základ bible stojí už na starozákonním „*desateru*“, ale etický rozměr bible je větší. Ukazuje Boha jako někoho, kdo vstupuje do lidských dějin, kdo vytváří s člověkem vztah, uzavírá smlouvy, plní sliby (Läpple, 1972, s. 37).

Středověká etika, stejně jako celá filozofie, byla rozdělena do dvou v zásadě protichůdných linií – podle toho, jaké místo bylo přiznáno svobodné vůli člověka a jaké Božímu „předurčení“ (Lane, 1999, s. 81). S novověkou filozofií přicházejí jména jako Baruch Spinoza, Artur Schopenhauer a hlavně Immanuel Kant. Ten přichází s důrazem na to, že pro to, abychom označili čin jako morální, nemůžeme posuzovat jen jeho dopad, ale musí být konán z morálních důvodů.

Přelom devatenáctého a dvacátého století reagoval na pokles víry tím, že kategorie „dobra a zla“ definoval zcela pozemsky a utilitárně: dobré a zlé je to, co prospívá nebo škodí člověku, nebo společenské organizaci. Toho využily velké diktatury 20. století svojí rasovou, resp. třídní morálkou. Po pádu komunismu je společenskou reakcí na třídní morálku postmoderní pohled, který odmítá pojmy „*dobro*“ a „*zlo*“. Všechny názory jsou podle postmodernistů rovnocenné a posuzovatelné pouze podle subjektivního pohledu (Lyotard, online, cit. 2016-12-20). Tento pohled pak stírá rozdíly mezi morálním a nemorálním chováním a redukuje je pouze na skutečnost dodržování nebo porušování norem právních, zákonů. Zároveň však deklaruje, že základem právního systému je právo pozitivní, které se nemusí vždy slučovat s právem přirozeným², a tedy s kategoriemi morálky a etiky. Cílem právního systému je vymáhat dodržování práva, nikoliv vyžadování morálních činů. Společnost, nebo alespoň její nezanedbatelná část, mnohdy více toleruje ty, kdo se chovají sice nemorálně, ale podle zákonů, než ty, kteří se chovají podle pravdy, dobra a etiky, ale zákon tím porušují. Tato doktrína, která zdůrazňuje význam pozitivního práva na úkor práva přirozeného, se

² *Pozitivním právem* (označovaným též – ne zcela přesně – jako *platné právo*) se rozumí *takové právo, které lze odvodit z v dané době platného systému právních norem, vesměs psaných (psané právo neboli ius scriptum). Jeho protikladem je právo přirozené.*

někdy nazývá juspozitivismem a spolu s teorií neexistence jasné definice dobra a zla vede k morálnímu vyprázdnění současné euroatlantické společnosti.

1.1 VÝVOJ MORÁLNÍHO ŽIVOTA

Teoretikové etiky a morální filozofové popisují vývoj morálního uvědomění v jistých navazujících stupních. Časté (i když samozřejmě též často kritizované) je šestistupňové Kohlbergova stupnice (Kohlberg et al., online, cit. 2016-12-28):

- **První stupeň** je dán poslušností vůči normám a cílem je vyhnout se trestu.
- **Druhý stupeň** je orientován na účel. Něco za něco, dobro pro mě za dobro ode mě.
- **Třetí stupeň** charakterizuje konformita a spolupráce s ostatními. Je dobré být *dobrým* člověkem.
- **Čtvrtý stupeň** přistupuje na sociální souhru a uchování systému. Dobré je přispívat společnosti.
- **Pátý stupeň** charakterizuje institut „*společenské smlouvy*“. Respektovat práva a povinnosti, svá i druhých, je správné, pokud nezasahují do těch kategorií, které nesmí být relativizovány: např. svoboda, život aj.
- **Šestý stupeň** odpovídá obecným etickým principům. Jedinec se rozhoduje podle své vůle na základě svého přesvědčení a jeho rozhodování není na úkor obecných a přirozených práv ostatních lidí.

Tento postupný vývoj, jeho tempo i to, jakého nejvyššího stupně ten který jedinec dosáhne, záleží na mnoha vnějších i vnitřních faktorech (Koukolík et al., 1996, s. 80).

2 ETIKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Etika v pomáhajících profesích je sice docela novou, ale přesto široce a hluboce propracovanou disciplínou. Můžeme ji rozdělit na dvě základní větve, které sice mají mnoho společného, ale v jiných podstatných skutečnostech se odlišují – na etiku lékařskou a etiku sociální práce. Třetí související směr – pastorální etiku ponechám stranou (Goldmann et al., 2004, s. 35).

Základem profesní etiky mnoha oborů jsou „*etické kodexy*“. Ty vznikají tam, kde je možné předpokládat, že zaměstnanec (nebo dobrovolník) může být postaven do dosud neznámé situace a jeho spontánní a nepoučené rozhodování by mohlo působit proti zájmům klienta, pacienta, žadatele, uživatele, zákazníka apod. Někdy tyto etické kodexy umožňují i pracovněprávní postih činů, které jsou nevhodné, ale nejsou postižitelné trestněprávní cestou.

2.1 ETIKA ZDRAVOTNÍCH SESTER

Etika zdravotních sester se vyvinula z etiky lékařské. Nejpropracovanější profesní etikou je zcela jistě **etika lékařská**. Protože důležitost etického chování lékařů pro zdraví i život pacientů si uvědomovali lidé od pradávna, snažili se tuto oblast regulovat. Západní pojetí lékařské etiky vycházelo z tzv. Hippokratovy přísahy³; tu skládali a ta byla závazná pro evropské lékaře až do 18. století. Současná medicína se vůči tomuto textu vymezuje, hlavně pro jeho striktní odmítnutí eutanazie a potratů. „*I když nelze snižovat význam Hippokratovy přísahy, je nutné přiznat, že se v mnohém již přežila a v současné době by se dostala do kolize s právní normou “vyšší právní síly”. Konkrétně například se zákonnou právní normou upravující umělé ukončení těhotenství Z uvedeného tedy vyplývá, že se při řešení problému poskytování zdravotní péče nelze opírat o znění Hippokratovy přísahy. MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, 23. květen 2001*“ (Vondráček, online, cit. 2016-12-28).

³ Text pochází z tzv. *Corpus Hippocraticum*, Hippokratovská sbírka. Tento starověký soubor textů (cca 60 lékařských spisů rozmanité povahy) byl inspirován učením řeckého lékaře Hippokrata († cca 377 př. n. l.).

Základem dnešních lékařských etických kodexů je text tzv. Norimberského kodexu z r. 1947, který byl reakcí na zvěrstva lékařů v Třetí říši a jejich satelitech. Z něj později vyšla Helsinská deklarace, která byla přijata na 18. valném shromáždění Světové lékařské asociace v červnu 1964 a od té doby několikrát novelizovaná. V pozdějších letech pak byly v USA formulovány základní principy pro medicínskou etiku takto:

- **Beneficence.** Činit dobré. Konat vždy v zájmu života a zdraví nemocného.
- **Non maleficence.** Nečinit zlé. Konat tak, aby nemocnému nebylo ublíženo.
- **Spravedlnost.** Léčit pouze podle medicínských kritérií, nepřihlížet k rasovému, sociálnímu aj. postavení.
- **Autonomie.** Právo pacienta na pravdivé informace a právo na informovaný souhlas či nesouhlas s léčebným postupem.

Zatímco historické kodexy kladly důraz na povinnosti, v dnešní době vzniká dlouhá řada textů, formulujících práva různých specifických skupin. Mezi ně patří např. Kodex práv pacientů, Práva tělesně postižených, Práva duševně nemocných, Charta práv dětí v nemocnici, Práva těhotných žen a nenarozených dětí (Haškovcová, 1996). Ten poslední kodex bohužel neřeší právo na život ani právo na důstojný pohřeb (Lojková et al., online, cit. 2016-12-27), a tak má nenarozené dítě práva jen do doby, dokud nezačne být považováno za biologický odpad. To se pak na něj začne vztahovat Zákon č. 185/2001 Sb. o odpadech o změně některých dalších zákonů.

V r. 1997 vzniká na základě doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace text Evropské charty práv pacientů seniorů, které bylo v r. 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a České alzheimerovské společnosti (Evropská charta práv pacientů seniorů, online, cit. 2017-01-17).

2.1.1 ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍCH SESTER A JEJICH PŘÍSTUP KE KLIENTŮM

Zatímco etika lékařů byla řešena už od starověku (viz kap. 2.1), etika pomocného zdravotnického personálu se začala zpracovávat až mnohem později. Je to dáno i tím, že dlouhou dobu byla otázka zdravotní a lékařské péče považována za doménu lékaře, který byl za její poskytování zodpovědný, a pomocný zdravotnický mu byl plně

podřízen a lékař měl za něj plnou zodpovědnost. V případě, že se nejednalo o službu, poskytovanou kvalifikovaným lékařem, byla činnost ošetřovatelů řízena tím, kdo službu objednával, ať již to byl sám pacient, či třetí osoba.

Větší význam zdravotní, ale nelékařské služby vznikl až v 18. století se vznikem mnohatisícových armád a potřebou zajištění péče raněným. Přesto skutečný rozmach zdravotní služby začal až po vzniku Červeného kříže (Mezinárodní výbor Červeného kříže vznikl v r. 1863) a zkušenostech z 1. a 2. světové války. V r. 1953 přijala Mezinárodní rada sester (ICN) Mezinárodní etický kodex pro sestry, který byl několikrát revidován a jeho zatím poslední revize je z r. 2005. V České republice (ČR) byla tato verze přijata Českou asociací sester (ČAS) jako **Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester** (Česká asociace sester, online, cit. 2017-01-10), který je platný od 11. 2. 2012 (viz Příloha A).

Pro rezort zdravotnictví před r. 1990 plně platilo všechno to, co je uvedeno u sociálních služeb. Vědomí „*vědecké a jediné platné*“ pravdy, která uznávala pouze materiální aspekty, popírala jakékoliv skutečnosti duchovního a snižovala význam duševního rozměru života, se zde promítalo do mocenského vztahu lékař/zdravotník vs. pacient. I tady změny v 90. letech minulého století umožňovaly změnu nejen paradigmatu (Kopřiva, 1999, s. 18), ale i praxe. Přesto je situace odlišná.

Vzhledem k tomu, že medicína je obor, který je postaven na velkém množství odborných znalostí a dovedností, a vzhledem k tomu, že existují některé skutečnosti, (např. přírodní zákony), o jejichž platnosti není možné diskutovat či hlasovat, přežila tu a stále přežívá představa, že odborník má rozhodovat a pacient je pouze objektem jeho snahy. A to se týká nejen lékařů, ale i nižšího zdravotnického personálu. K tomu navíc přispěla i skutečnost, že stát zvýšil požadavky na odborné vzdělání sester.

K humanizaci a socializaci vztahů dochází i ve zdravotnictví, přesto výše popsané často působí konflikt mezi sociálními pracovníky na straně jedné a zdravotnickým personálem na straně druhé, zvláště tam, kde se nejedná o zařízení primárně zdravotnické, ale kde jde o zdravotní službu v sociálním zařízení, což je i případ domovů pro seniory. Tato otázka je podrobněji rozpracována níže.

2.2 ETIKA SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ (SP) A PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH (PSS)

Název profese sociální pracovník (dále jen SP) a pracovník v sociálních službách (dále jen PSS) je z pohledu laické veřejnosti stejný, jejich základní činnost v souvislosti s výkonem práce a požadavkem na vzdělání je však naprosto odlišný. Vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník (absolvent krom jiných vysokých škol též Speciální pedagog) zajišťuje základní sociální agendu a dokumentaci instituce (viz Příloha B), pracovník v sociálních službách vykonává pečovatelské činnosti (viz Příloha C). Pro výkon povolání PSS postačuje základní vzdělání nebo jakákoliv profese (kuchař, zedník, ekonom, prodavač, skladník, informační technolog atd.) zcela nesouvisející s pomáhající profesí. Rekvalifikační 160 hodinovým kurzem pro pracovníky v sociálních službách se stává odborníkem na péči o klienty v sociálních službách. Obě tyto profese se však řídí stejným Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jejich profesní etický přístup je stejný a řídí se dle Standardu č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociální služby (dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb.).

Zatímco u lékaře sice všichni cítí, že by měl být empatický a starostlivý, pokud to tak není, je důležité, aby byl odborníkem. Sociální pracovník i PSS naopak musí být odborníky v mnoha oborech, ale mnohdy je to bráno jako samozřejmost a bývá posuzován podle své přívětivosti a empatie (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 77). Tato práce má svoje specifika zvláště tam, kde se pracuje s lidmi, kteří nemusí být vždy schopni objektivně posoudit svoji situaci a podle toho jednat. Pokud dá klient jasně najevo svoji vůli, ale my víme, že si tím uškodí, dokonce že tím jde proti zájmu, o který usiluje, zažíváme klasické drama sociálního pracovníka. Svobodná vůle vs. donucení, svoboda vs. zdraví, prospěch, budoucnost. Sociální pracovníci a PSS mají pracovat podle přání svého klienta a zároveň v jeho prospěch, což se mnohdy vylučuje. V takovéto situaci je etický kodex nejenom užitečným manuálem, vypracovaným lidmi znalými problematiky, ale mnohdy i záchranou, např. v případě, že se nespokojený klient rozhodne podat žalobu.

2.2.1 ETICKÝ KODEX SP A PSS A JEJICH PŘÍSTUP KE KLIENTŮM

Pokusy vytyčit etická pravidla pro sociální práci začaly už ve 30. letech minulého století, ale konkrétní podobu získaly až v r. 1976. Na tomto základě a po dalších úpravách v r. 1992 ve Washingtonu dostal světový etický kodex sociálních pracovníků finální znění (Goldmann et al., 2004, s. 45). Česká verze je platná od r. 2002 (viz Příloha D).

Přístup v minulém režimu byl autoritativní, dirigistický, případně paternalistický a vycházel z nerovnoprávného postavení občana vůči (státní) instituci. Ta byla nositelem správného odborného i politického názoru a měla prostředky na to, aby svoji vůli vůči občanovi vymáhala. To se týkalo všech lidí a všech složek života, ale u jedinců závislých na institucionální péči to bylo nejmarkantnější. Nemocnice, léčebny, ústavy i domovy důchodců byly zařízeními, kde klient či pacient nebyl partnerem a spoluorganizátorem změn ve svém životě, ale trpným objektem kontrolované péče s tím, že pracovníci instituce vědí a realizují to, co je pro něho nejlepší. Jakýkoliv odpor či nesouhlas bylo mařením snahy o zlepšení jeho stavu, a tak vlastně jevem protispolečenským. Respektování svobod, práv a důstojnosti nebylo podstatné.

Se změnou společenského systému dochází i ke změnám ve vnímání lidských práv a lidské důstojnosti. Navenek signifikantním vyjádřením této změny je přejmenování mnohých „ústavů“ na „domovy“ a pomalu dochází i ke změně vnímání většinové veřejnosti.

Moje zkušenost z instituce sociální pobytové služby pro seniory je z Domova pro seniory Háje (DSH). Zde je cílem je vytvořit klientům domov. Domov, který bude zajišťovat nejen bezpečí a poskytovat zdravotní a sociální péči. To všechno je samozřejmě nutný základ, ale na vytvoření domova je to málo. Domov, to je místo, kde se cítíme doma, kde máme možnost zvolit si svůj program, kde se o sobě můžeme rozhodnout. Proto ve snaze dospět k individualizované péči zaměřené na klienta, jeho rodinu a blízké, zde bylo hledání nových přístupů ke klientům v institucích. Zapojením do několika projektů, z nichž jako nejoptimálnější se nám jeví inovační model práce s biografií klienta. Jde o poznání a pochopení dosavadního života klienta. Vychází se z toho, že každý je jedinečným individuem (Malíková, 2011, s. 39) a chceme-li vytvořit

prostředí, v němž se bude cítit dobře a co neoptimálněji přizpůsobit naši nabídku jeho potřebám, je potřeba to plně akceptovat (Domov pro seniory Háje, 2016, s. 21). Sociální práce se tak spojuje a protíná i činnostmi ostatních úseků, hlavně ošetrovatelským a aktivizačním, s nimiž (a společně s klienty) se plánuje podoba a průběh konkrétní sociální služby (Domov pro seniory Háje, 2016, s. 23).

2.3 ETIKA SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ

Speciální pedagogika je vcelku mladou disciplínou. I když její základ někteří vztahují až k osobě J. A. Komenského zabývajících se i vzděláváním a výchovou postižených, jako svébytný obor se prosazuje až na přelomu 19. a 20. století. Její náplní jsou zákonitosti rozvoje, péče, výchovy a vzdělávání lidí s nějakým znevýhodněním či postižením, jejich socializací, a to v průběhu celého jejich života. Zkoumání podstaty a zákonitosti edukace a výchovy těchto jedinců se speciálními potřebami je cílem maximalizace rozvoje osobnosti jedince se znevýhodněním nebo postižením a maximalizování jeho socializace (Pipeková, 2006, s. 96). Název tohoto oboru není ve světě dosud ujednocen, i v ČR je možné se setkat s názvy pedagogická patologie, léčebná (nápravná, sociální) pedagogika, pedopatologie, defektologie. Název speciální pedagogika se v ČR používá od 2. poloviny 70. let minulého století (Sovák, 1986).

Člení se buď podle předmětu péče (druhu postižení či znevýhodnění) na tzv. "pedie", např. psychopedie, somatopedie, logopedie, surdopedie, tyflopédie, etopedie, pedagogika osob s kombinovaným postižením či se specifickými poruchami učení. Nově se sem řadí i pedagogika osob s mimořádným nadáním. Dále se také může dělit podle věku cílové skupiny na speciální pedagogiku raného věku, speciální pedagogiku předškolního věku, školního věku, speciální pedagogiku dospělých (speciálněpedagogická andragogika) a speciální pedagogiku seniorů (speciálněpedagogická gerontagogika) (Pipeková, 2006, s. 97).

2.3.1 ETICKÝ KODEX SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ A JEJICH PŘÍSTUP KE KLIENTŮM

Etika speciálního pedagoga v České republice není ani komplexně zpracována, tím méně pak kodifikována (Komárková, online, cit. 2017-01-13). Speciální pedagogové nemají svoji profesní komoru ani žádný zastřešující orgán ani celostátní, natož nadnárodní, jako je tomu u sester či sociálních pracovníků, který by byl onou autoritou, která vznik a přijetí etického kodexu iniciuje a zaštití. Přesto hodnoty, kterými by se měli speciální pedagogové řídit, jsou známé a jsou skutečným základem jejich práce (Valenta In: Komárková, online, cit. 2017-01-13). Tyto hodnoty a zásady pak bývají součástí etických kodexů jednotlivých pracovišť, ať již školských či mimoškolských, nebo jednotlivých rezortních materiálů. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) ve svém materiálu Metodika práce školního speciálního pedagoga kromě legislativních a metodických aspektů práce speciálních pedagogů ve školských zařízeních zmiňuje i etický rozměr jejich práce a vzhledem k hlubšímu kontextu etických souvislostí doporučuje speciálním pedagogům vycházet z Oaklandova Etického kodexu školních psychologů (Kucharská, online, cit. 2017-01-13).

Etický kodex pedagoga v ČR dosud chybí. Podobně se zamýšlí i místopředseda Společnosti středoškolských pedagogů a navrhuje využít jako podklad americký etický kodex učitele "Code of Ethics" (Sárközy, online, cit. 2017-01-13).

Pro hodnocení etického přístupu speciálních pedagogů ke klientům v pobytových zařízeních pro seniory (domovy pro seniory, domovy pro seniory s pečovatelskou službou) je třeba si uvědomit odlišnost postavení speciálního pedagoga v takovémto zařízení od postavení ostatních pracovníků pomáhajících profesí. Speciální pedagog, stejně jako někteří další pracovníci (např. terapeuti či zástupci volnočasových aktivit), vstupuje s klientem do přesně vymezeného vztahu poskytovatele a uživatele služby. Pokud tuto práci provádí podle odborných zásad a normativních pravidel, nenaskytá se takové pole možností konfliktu zájmů, představ či etických dilemat jako u pracovníků, kteří zasahují svojí činností do celého spektra života klientů, jako je tomu u sociálních či zdravotnických pracovníků. Ani další aspekt práce speciálního pedagoga v takovém zařízení, tj. profesní vztah s kolegy a spoluzaměstnanci nevyvolává střet mezi etickým pojetím práce speciálního pedagoga a ostatních.

2.4 ETIKA DALŠÍCH POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

V pobytových zařízeních pro seniory (domovy pro seniory, domovy pro seniory s pečovatelskou službou) působí celá řada pracovníků různých oborů (např. výše zmínění terapeuti či zástupci volnočasových aktivit). Toto jsou obory, kde stačí vztah mezi klientem a pracovníkem postavit na pracovníprávním vztahu, zákonném rámci a obecné slušnosti. Každé zařízení tyto lidi, ať jsou kmenovými zaměstnanci či ať jsou v jiném smluvním vztahu, školí, instruuje a většinou i podpisem zavazuje k naplňování poslání zařízení a plnění jeho etických pravidel, což se dá právě proto považovat za etický kodex pracovníka/spolupracovníka daného zařízení, i když to tak není přímo pojmenováno. Profesionální skupiny, jejichž služby sice nejsou v proseniorských zařízeních plošně využívány, ale patří sem, jsou profesionální skupiny, jejichž působení je na morálních a etických základech postaveno, a která svůj etický kodex formulován má. Jedná se o duchovní, a ještě přesněji o (nemocniční) kaplany.

2.4.1 ETICKÝ KODEX KAPLANA A JEHO PŘÍSTUP KE KLIENTŮM

Někteří klienti se snaží v zařízení i o realizaci svého duchovního života. U některých se jedná o kontinuitu s předchozím životem, někteří se snaží na sklonku života o jakési bilancování, k němuž dosud nenašli prostor. Je zcela na místě, že duchovní rozměr patří do každé etapy života, a do té finální možná ještě více. V tomto stádiu není běžné zabývat se otázkami duchovními. Duchovní rozměr lidství není u většiny lidí příliš vnímán a vyhledáván a je považován za věc striktně soukromou a intimní. Proto se většina lidí této oblasti u druhých lidí nerada dotýká. V souvislosti s duchovnem společnost maximálně vnímá, že existují jacísi „specialisté na duchovno“, kteří zajistí jakési „*uspokojení duchovních potřeb*“ toho jedince, který na tom trvá.

ČR patří k místům s procentuálně nejmenším počtem lidí na světě, kteří se k nějakému duchovnu na veřejnosti přiznají. V otázce duchovního života nejde jen o členství v církvích a plnění jejich podmínek, ani o „*pouhou*“ víru v transcendentní skutečnost. Vedle transcendence jakožto uznání „*nad námi postavené a nás přesahující*“ entity, je to hlavně sebetranscendence, která je nadstavbou a naprostou špičkou Maslowovy pyramidy potřeb. Jde o duchovní potřeby, jako je zkoumání a rozvíjení vrcholných zážitků (umění, inspirace, extáze, tvořivé síly) a osobní růst a naplnění.

(Malíková, 2011, s. 169). Toto jsou aspekty, které nejsou vyhrazeny pro profesionální duchovní státem registrovaných církví, ale pro všechny osoby v pomáhajících profesích, kteří jsou se seniorem v kontaktu. Tady je ještě obrovský dluh a obrovská práce na tom, překonat předsudky a pozůstatky socialistické výchovy.

Duchovní práce v pobytových zařízeních seniorů nemá být chápána výlučně ve smyslu působení nemocničních kaplanů nebo farních duchovních. Zde je to péče institucionální. Zákon č. 3/2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech) § 7 odst. 1 písm. b) uvádí v souvislosti s léčebnými zařízeními pouze ochrannou léčbu, a to ve stejné části, v jaké se píše o působení u ozbrojených sborů a ve vězeňství, protože působení v nemocnicích jakožto otevřených zařízeních nemusí být stanoveno zákonem a vymezují ho pouze konkrétní provozní předpisy. Pacienty nebo klienty sociálního zařízení tedy mohou za dodržení stanovených podmínek navštěvovat duchovní jednotlivých církví a náboženských společností. Vzhledem k tomu, že u snad všech těchto společností je jejich člen zároveň členem nějakého místního společenství (farnost, sbor), bývají to povětšinou duchovní z těchto místních společenství. Jedná se tedy o péči „nominační“, tj. závislou na konkrétní církevní denominaci. I když bývá běžné, že na přání konkrétních klientů se jim takový duchovní může věnovat, i když nejsou církevně příslušní, není to hlavní náplní jeho práce v pobytovém zařízení. Tento stav je dnes docela běžný a je výhodné, má-li zařízení seznam duchovních, kteří v místě působí, a na přání klienta duchovního informuje.

3 NOVÉ METODY PÉČE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Speciálně pedagogická andragogika a gerontagogika jsou součástí oboru speciální pedagogika a zabývají se osobami dospělého a seniorského věku se sníženými psychickými a tělesnými schopnostmi. Tyto osoby v obdobích dospívání, dospělosti, stárnutí a stáří vyžadují různou míru podpory k udržení společenského uplatnění a postavení. Tato podpora se zajišťuje především vzděláváním, aktivizací, speciálním poradenstvím, sociální prací apod. (Valenta, 2014, s. 189).

Z důvodu stárnutí populace a reakce systému postarat se kvalitně o své seniory, pronikají do sociálních služeb stále nové metody péče. Nejčastěji využívané metody specializované péče u narušených jedinců mentálně i tělesně postižených jsou např.: canisterapie, artaraterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie a u jedinců v terminálním stavu při paliativní péči je pak vhodná bazální stimulace. Mezi inovační metody patří také biografický model péče a multisenzorická péče.

Gerontagogika se zaměřuje kromě jiného také na studium mezigeneračních vztahů. Cílovou skupinou tohoto oboru není pouze starší generace, ale i dospělí, děti a mládež (Benešová, 2014). Způsob práce s dětmi a dospělými lidmi s narušenými kognitivními schopnostmi, s různými typy demence i tělesných postižení je podobná.

Speciální pedagogika je obor, který se výrazně vyznačuje hlavními projevy a způsobem chování speciálních pedagogů a těmi jsou: morální etika, empatie, důslednost, rasová a náboženská nezaujatost, osobní zralost a schopnost individuální práce s jakoukoliv věkovou skupinou lidí.

Speciální pedagogové se zaměřují na výchovu a výuku dětí a mládeže do 18 let v dětských domovech, krizových centrech, ústavech nařízené ústavní výchovy, v psychologických poradnách, ve školských zařízeních a u mentálně postižených dětí od tří let. Zde není věková hranice vymezená. Děti a mládež v těchto zařízeních mohou být narušené a nepřizpůsobivé. Často vyrůstají v rodinném prostředí, ze sociálně slabých rodin, ve kterých mohou být problémoví i rodiče (alkoholici, drogově závislí, trestně stíhaní apod.). Ve všech případech jsou tyto děti bez pravidelných hygienických návyků, nejsou schopni delšího soustředění na školní učivo, nezvládají komunikaci dětí

– děti, děti – dospělí, děti – vychovatel, učitel či jakákoliv autorita. Jsou roztěkané, mají sklony k agresivitě nebo trpí naopak plačtivostí a lítostí a to z velké části kvůli vlastnímu prospěchu. Takovými chováním si vynucují pozornost a čas dospělých pedagogů a vychovatelů, kdy chtějí upoutat pozornost, aby se dospělý věnoval pouze jim. Toto chování je v mnoha ohledech totožné se způsobem chování seniorů s různým stupněm narušení kognitivních funkcí. Obě tyto sociální skupiny vyžadují zvláštní etické a empatické zacházení. Děti i senioři by se měly vést k základním návykům hygienickým, soustředěnosti, zodpovědnosti za svá rozhodnutí a chování. Předpokladem je motivace klientů výchovnými a pedagogickými pracovníky k poznání důležitosti vzdělání, morální zodpovědnosti za sebe, osoby blízké a celkové začlenění do společnosti (vzdělání do budoucnosti, pak zaměstnání, založení rodiny a výchova vlastních dětí).

Speciální pedagog by měl umět odborně vytvářet individuální plány jedincům se speciálními potřebami. Pro inovační programy biopsychosociální biografie i práce v multisenzorické zóně jsou tyto plány nedílnou součástí dokumentace o tvorbě a plnění individuálního plánu klienta. K popisu obou metod jsou uvedeny praktické příklady z práce s klienty. Důraz je opět kladen na nutnost profesionálního etického přístupu celého týmu.

3.1 BIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE

Cílem inovačního modelu péče biografie klienta je znalost životního příběhu klienta. Příběh, který usnadňuje pečujícímu personálu pochopit jednání klienta a zachovat mu celoživotní rituály. Biografický model péče (Böhm, 2016) pomáhá pomalu nahlédnout do životního příběhu jednotlivých klientů. Pracovníci klientům pomáhají vytvořit biografické knihy jejich života se spoluúčastí rodiny a přátel. Díky tomuto modelu je možno profesionálně a důstojně doprovázet osoby postižené ztrátou kognitivních funkcí až do konce jejich života. Předpokládá se, že člověk musí mít k této práci nadání a že musí umět pracovat s lidmi. Musí mít odpovídající kompetence, tj. souhrn postojů, vědomostí a dovedností. Hlavním prostředkem rozvoje biografie je zkušenost, školení a systematické celoživotní vzdělávání.

Příkladem jsou klienti z DSH, kteří patří k dnešní stárnoucí populaci a jsou jedním z nejvíce diskutovaných fenoménů. Nové přístupy v ošetrovatelství, především důsledné uplatňování ošetrovatelského procesu v praxi, by měly zaručit individualizovanou péči zaměřenou na klienta a jeho rodinu. K tomu je nutné porozumět klientovi a podpořit kvalitu přímé péče. Ošetrovatelský tým společně s ostatními pracovníky v přímé péči se snaží příběh klienta zachytit ještě v období, kdy klient o svém životě dokáže hovořit a dokáže popsat, jaký je člověk, jaký je jeho osobní profil a jeho morální hodnoty. Snaží se zachytit jeho vzpomínky, zvyky a hodnoty. Příběh, který klient vypráví, má něco říci o tom, kým daný vypravěč je. Nikdo nemá tělo oddělené od duše a toto uvědomění si je hlavní klíč k poskytování důstojné péče, která vnímá osobu jako celek s jejími potřebami biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními. V současné době je biografie v DSH ve fázi vytváření biografických knih klientů se spoluúčastí těch nejbližších, ať už je to rodina či přátelé. Klient s osobou, která vytváří jeho knihu života, často naváže mimořádný vztah. Nežádá se stává, že klient vypráví vzpomínky, dávno zapomenuté nebo vytěsněné z důvodu traumatizujících pocitů. Právě zde je důležitost etického přístupu a citlivé rozpoznání, zda je nutné událost písemně zachytit. Zde velmi záleží na etickém přístupu každého z týmu. Z tohoto pohledu je velmi důležité respektovat přání klienta a do knihy zaznamenat pouze to, co uzná za vhodné. Někdy se pracovník dozví životní tajemství, které nejen že nezaznamená do biografie, ale na přání klienta nikdy citlivou svěřenou informaci nevyzradí spolupracovníkům, aby se tak nestala veřejným tajemstvím. Pracovník dohlíží, aby klient nebyl ohrožen přístupem nebo chováním pečujících. Etické hodnoty a morálka chrání klienta před psychickou újmou. Sepsanou biografii každý klient schvaluje k prezentaci svým informovaným souhlasem. V další části cyklu v teorii psychobiografického modelu je péče zaměřena na princip normality a terapii prostředím. Práce s biografií staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet osoby postižené demencí.

Co je třeba vědět pro vytvoření biografie (listů, nebo knihy):

- Základní údaje o novém klientovi, kdy a kde se narodil.
- Základní údaje o rodičích, kdy se narodili, kdy zemřeli a jaké bylo jejich povolání.
- Kolik měl sourozenců (napsat jména a data narození).

- Mateřský jazyka a jaké jiné jazyky ovládá.
- Kde vyrůstal, tedy kde prožil dětství (do školního věku).
- Kde prožil mládí (doba po ukončení školní docházky).
- Kde prožil aktivní život (doba dospělosti, nástup do práce, svatba).
- Kde a jak prožil stáří (doba po odchodu do důchodu).
- Které z těchto období považuje za nejšťastnější (nejlepší).
- Kde bydlel, než odešel do DSH (ideální i fotografie).
- Rodokmen, to znamená blízká rodina. Dále i důležití lidé v jeho životě (známí, spolužáci, sousedé atd.) a kdo jej navštěvuje nyní.

V průběhu rozhovorů se získávají informace o životě klienta, které jsou pro něj zásadní a postupně se shromažďuje materiál potřebný k vytvoření jeho biografické knihy. Rozhovor by měl být strukturovaný. Zjišťuje se, zda má nějaké zvyky (zlozvyky), prostě rituály. Co si klient rád oblékal a kam chodil (kino, divadlo apod.). Jak klient komunikuje – jestli má rád společnost a jakou, případně je-li samotář. Co chce klient zachovat jak je nyní, co by chtěl případně změnit a jak si změnu představuje. Co pro to klient udělá a co očekává, že uděláme tým. Jaké má klient vlohy a nadání, v čem vynikal, co mu šlo, co sbíral, jakou hudbu poslouchal, na jaké filmy se rád díval, pohádky, lidové písně apod. Co je pro klienta v životě důležité, jací lidé, jaké věci – vyjmenovat konkrétně a pokusit se, pokud to je možné, přinést tyto předměty do DSH (hrníček, příbor, talíř, obrázek, polštářek). V jaké roli se klient cítil nejlépe (jako syn, otec, dědeček, vedoucí potravin, velitel apod.). Co klientovi dělá radost, co ho těší a co naopak netěší, trápí a nebaví. Co klienta rozčílí a co naopak uklidní. Jaká jsou klientova tabu témata a naopak oblíbená témata. Co je klientova oblíbená činnost, vůně, pití, jídlo, barva apod.

Díky biografii (životního příběhu klienta) se dostává pečující do velmi úzkého kontaktu s klientem. Vzniká tím mezi nimi zvláštní pouto připomínající zpověď a v některých případech můžete být terapeut jediný z týmu, komu se klient svěřil se svými vzpomínkami, zážitky, problémy, radostmi. Zde se očekává naprostá mlčenlivost ze strany personálu. Pečující musí velmi zvážit postup, jak se zachovat, aby byl schopen klientovi pomoci a nehradil při tom jeho důvěru.

Z této praxe je uveden příklad:

Muž (82 let) měl pevné rodinné zázemí, jeho otec byl v 50. letech vězněn, on sám byl nucen vstoupit do Komunistické strany Československa, což nesl velmi těžce. Celou dobu měl strach, že bude muset zastávat ve straně nějakou funkci. Za nejšťastnější období považuje stáří a důchodový věk, tedy dobu po revoluci. Pracoval až do 75 let, pak těžce onemocněl. Byl velmi fixován na rodinu, neměl kamarády ani známé. Kvůli nemoci byl nucen nastoupit do DS, rodina se již o něj nedokázala postarat. Bydlí na třílůžkovém pokoji a velmi trpí ve společnosti svých spolubydlících. Je smutný, nešťastný, a to i přes velkou péči rodiny, která jej často navštěvuje. Po delší době se jednomu z pracovníků svěřil. Neočekává žádnou změnu a prosí o mlčenlivost.

Pracovník při poradě nad individuálním plánem tohoto klienta žádá tým o možnost přeložení klienta na jednolůžkový pokoj. Domnívá se, že klient bude mít svoje soukromí a možnost být ve styku se svojí rodinou, bez přítomnosti naprosto cizích lidí, jak to bylo v jeho životě doma. Pečovatel zachová mlčenlivost. Tým se změnou zprvu nesouhlasí, neboť dle sociálního šetření nebyla podána žádost o umístění na jednolůžkový pokoj, přesto je klient zařazen do seznamu čekajících. Většina klientů by ráda do zařízení nastoupila ihned na jednolůžkový pokoj. Bohužel poptávka je vyšší než nabídka, a tak klient často ustoupí ze svých představ a z důvodu zkrácení čekací doby nastoupí na pokoj vícelůžkový. Opět záleží na samotném klientovi a okolnostech, zda bylo toto rozhodnutí správné. Tento muž však trpěl, jeho psychický stav se brzy projevil i na somatice. Ošetřovatelské diagnózy pak souvisely s nevyřešenou duševní a duchovní potřebou klienta. Jsou to např. poruchy spánku, sociální izolace, snížení příjmu potravin, ztráta mobility, beznaděj, smutek. Pracovník, kterému se klient svěřil, opět po měsíci svolal tým a apeloval na nutnost přidělení jednolůžkového pokoje bez udání důvodu. Zdůraznil však, že má svěřenou informaci od klienta a je přesvědčen, že jeho zhoršený stav s tím souvisí. Muž, trpící zátěží z minulosti, přijal přijetí do sociálních služeb s pokorou. Nikdy sám neprojevil zájem o přestěhování. Pracovníkovi, kterému se klient svěřil, se podařilo tým přesvědčit. Klientovi byl pokoj nabídnut s tím, že se pokoj náhle uvolnil a může mu být poskytnut. Klient si nijak nespojuje přestěhování s osobou pečovatele, kterému se svěřil. Pracovník nikdy ani nenaznačil, že by se na této změně nějak podílel. Tajemství zůstalo zachováno a klient snáší adaptaci v DSH daleko lépe.

Tento etický přístup zpracování informace, které zajistilo diskrétnost, je zde uveden jako dobrý příklad z praxe DSH.

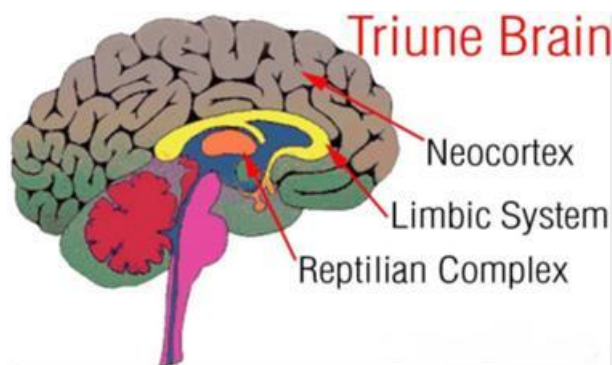
Příloha E obsahuje fotografie z příkladů biografického modelu péče. Všechny poznatky z biografie se účelně zpracovávají a kombinují v multisenzorické zóně, ve snaze vytvořit klientovi biopsychosociální pohodu.

3.2 MULTISENZORICKÁ PÉČE

Člověk je multisenzorický. Svět kolem sebe vnímá přes všechny svoje smysly, a to neustále, bez ohledu na to, kde se přitom nachází. Zdravý člověk vnímá a zpracovává informace z okolního světa až z 95 % podvědomě. Obráceně to znamená, že vědomě zpracovává informace pouze z 5 %. Jakmile vstoupí do jakékoli místnosti, sbírá zrakem, čichem, sluchem a hmatem bezpočet informací, ze kterých mozek sestaví konkrétní ucelený obrázek. Obrázek, který řekne, kde a s kým se právě nachází. Americký neurolog Paul MacLean, který se věnoval výzkumu mozku, objevil při práci s neurální pamětí teorii tzv. „triune brain“, neboli trojího mozku.

Při pohledu na lidský mozek touto teorií lze mozek rozčlenit na tři různorodé části (viz Obrázek 1). Jsou to: tzv. mozkový kmen (neboli plazí mozek – Reptilian Complex), limbický systém (Limbic System) a velký mozek (Neocortex). Každý z nich s vlastní specifickou chemií a strukturou. Tímto pohledem získáme, díky teorii trojitého mozku, nový rozměr při chápání pleopsychických procesů, tedy chování podle vzorců, které jsme zdělili během evoluce po našich předcích.

Obrázek 1: Pohled na lidský mozek podle teorie trojího mozku



Zdroj: The triune brain, online, cit. 2017-01-10

Centrum multisezorické péče využívá těchto poznatků a multisenzorickým kongruentním oslovením všech smyslů působí na všechny centra mozku. Takto je možné dosáhnout kýžených výsledků při péči a komunikaci s obyvateli s demencí, jejichž mozková centra jsou více či méně poškozena. Společnost Air Creative AG vyvinula tuto metodiku ve spolupráci s odborníky z různých oborů.

Koncept centra multisenzorické péče je založen na bázi neuronálního výzkumu mozku. Tento výzkum nyní umožňuje cílenou a vědomou komunikaci vedenou všemi smysly. K implementaci této nové metody do DSH museli vedoucí pracovníci z DSH absolvovat třídní školení ve švýcarské firmě CDA a navštívili dva DS a zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou, kde již tuto metodu plně využívají⁴.

Cílem DSH je vytvořit v multisenzorické zóně prostředí, ve kterém se klient cítí dobře. Velice důležité přitom je, aby všechny smysly dostávaly stejnou pozitivní informaci. Pro vytvoření prostředí, které klient ne „jenom“ vnímá, nýbrž „zažívá“, musí každý vjem dostávat stejnou informaci. A to prostřednictvím barev, hudby, vůní i hmatu. Tajemství spočívá v kongruentní informaci přijímanou všemi smyslovými kanály. Jenom tak se může dojít k tzv. multisenzorickému zesílení. Neuronální vědecké studie prokázaly, že působením kongruentní informací na více smyslů najednou, mozek je zpracovává až 10x intenzivněji. Multisenzorická zóna působí cíleně na všechny lidské smysly a otevírá jedinečné možnosti jejího využití. Nabízí terapeutům nejenom individuálně naplánovat úroveň pocitů a nálad, ale příznivě ovlivnit a zkrátit adaptační dobu na denní režim v instituci. Na vytvoření požadované atmosféry, kterou lze na uživatele cíleně působit, je zprostředkování symbiózy emočního oslovení a vytvoření požadované atmosféry v prostoru díky stimulaci všech smyslů najednou. Tím se může na stejném místě vytvořit atmosféra relaxační terapie a přispět k sebeobjevování, a zároveň tak díky cílené změně všech smyslových informací najednou působit aktivačně. Pečující personál tak dostává díky multisezorické péči nástroj, s nímž v krátké době dokáže měnit emocionální nálady. Nabízí prostor, který umožňuje cílený smyslový

⁴ *Kompetenzzentrum Demenz V Bernu: <http://www.bethlehemacker.domicilbern.ch/>*

prožitek. Vůně, sluch, hmat a zrak společně stimulují emoční naladění osob v daném prostoru, čímž se zvyšuje kvalita vnímání života.

Multisenzorická péče se doporučuje zejména pro mentálně psychicky nebo fyzicky postižené osoby, pro které bylo takovéto konkrétní prostředí původně vytvořeno. Využití v sektoru péče jsou vhodné i děti, které na multismyslovou komunikaci reagují velice citlivě. Centrum multisenzorické péče se využívá k podpoře osobního rozvoje, stimulaci, relaxaci, ale i pro rehabilitace a stabilizace působením:

- vizuální stimulace (světlo, barvy),
- olfaktorická stimulace (vůně),
- akustická stimulace (zvuky),
- haptická stimulace (hmatové stimuly).

Z vytvořené biografie klientů, kteří již nedokážou využít terapeutického vztahu a jejichž schopnost navazovat kontakt je již omezená, se dá využít a čerpat v multisenzorické zóně (Malíková, 2011, s. 247). Shrnutí celoroční práce aktivizačních pracovníků v DSH s vybranou skupinou klientů je o etickém a individuálním přístupu ke každému jednotlivci.

Multisenzorická zóna je moderní zařízení, které dokáže prostřednictvím smyslového vnímání upravit cíleně náladu klienta. V praxi působením barvy, hudby, obrazu a vůně navodí odpovídající emoce. Vše sladěné a vhodně podané terapeutem je výjimečným nástrojem pro zkvalitnění života seniorů. Zóna je nastavena tak, že červená barva klienta nabudí a vyburcuje, modrá barva naopak zklidňuje a je vhodná k relaxaci, zelená barva evokuje přírodu a klid lesa, oranžová barva je pak velmi vhodná pro koncentraci a pro činnosti vyžadující jemnou motoriku (viz Příloha F).

Tato zkušenost s klienty v multisenzorické zóně v DSH není vědecké pojednání, neboť s klienty zde nepracují vědci, ale po vyškolení pracují aktivizační pracovníci s klienty a jejich prvními zkušenostmi. Terapeuti nevypracovali žádné grafické znázornění. Zcela zde chybí tabulky znázorňující výkony a výsledky klientů nebo jejich plány do budoucna. Popisuje se však pohoda a spokojenost klientů. Většina klientů zařazených do multisenzorické terapie trpí Parkinsonovou nemocí. K různým barvám jim terapeuté připravili různé programy a pracovali v multisenzorické zóně od prvního

dne zahájení provozu. V multisenzorické zóně se pořádají semináře např. cestovatelského klubu, častý je tu poslech hudby a individuální aktivizace s využitím efektů multisenzorické zóny. Každý z anonymních účastníků pozorování absolvoval minimálně patnáct sezení.

Z této praxe jsou uvedeny příklady:

Muž 76 let přivítal novou aktivitu s nadšením. Už při prvním sezení rozpoutal nadšenou diskuzi o barvách a vůních. Postupně jednoznačně ukázkově reagoval na použití jednotlivých programů. Modrá barva ho lehce uspávala, zelená zklidňovala a těšila, červená a oranžová burcovala a vybízela k aktivitám. Vůně mu navozovaly příjemné pocity. Jediné, co bylo nutné změnit, byla hudba. Nastavená hudba klienta neuspokojovala. Klient je mimořádně hudebně vzdělán. Hudbu mu musel terapeut doslova ušít na míru. Zde bylo velmi nutné citlivě vybírat skladby. Závěr: Klient nadšený a spokojený. V multisenzorické zóně je mu vysloveně dobře.

Žena 69 let se velmi ráda a aktivně zapojila do programu multisenzorické zóny. O všech barvách nadšeně diskutovala, jen ta červená se jí vůbec nelíbila. Prohlásila, že to je jak v „bordelu“ a rozzuřila se nad muži všeobecně. Celé skupině přednesla dlouhou přednášku o nevěrnosti mužů. Při dalším sezení rozpoutala klientka u červené barvy podobnou diskuzi. Při zpracování informace v týmu bylo zjištěno, že si klientka prošla velmi bolestnou etapou života při rozvodu manželství. Závěr: do individuálního plánování byla tato skutečnost zaznamenána s upozorněním, že červená barva vyvolává klientce negativní emoce a proto je třeba ji z terapie vyřadit.

Rok používání multisenzorické zóny se rozhodně pozitivně podepsal na klientech DSH. V multisenzorické zóně vládne pohoda při skupinových akcích i individuálních aktivitách. Nejen z těchto příkladů je zřejmé, že terapeut i celý pracovní tým, musí s každým klientem individuálně pracovat, zajistit mu absolutní diskrétnost při zpracování poznatků o něm. Etický přístup přispívá k pochopení významu určité činnosti, přispívá k podpoře a udržování respektu klienta osobnosti, u něhož jsou zachována základní lidská práva a důstojnost jedince.

4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

Speciální pedagog se velmi dobře uplatní i v práci se seniory postiženými tělesně i mentálně. Staří nemocní lidé se chovají podobně jako narušené děti. Pokud klienti nerozumí sobě nebo svému okolí, může jejich strach vyvolat agresivitu, nebo naopak plačtivost a depresi. Je pro ně pak velmi těžké přizpůsobit se nejen chodu nového domova, domova se zvláštním režimem, ale i menší skupině lidí a spolubydlícím. Klienti často ztratí umění komunikace, neumí definovat svá přání a potřeby, takže je na zodpovědných pracovnících citlivý, empatický a individuální přístup ke každému jedinci. Zde hrozí pracovníkům psychické a profesní vyhoření, pro děti i seniory je nebezpečí v tom, že se příliš zafixují na jednu osobu. Udržet si profesionální odstup a vymezení hranic, by neměla ani jedna strana citově překročit. Dle novely zákona o celoživotním vzdělávání pedagogů a vychovatelů mohou s klienty pracovat pouze vysokoškolsky vzdělaní lidé. Zde je potřeba zařadit speciální pedagogy i do cílové skupiny seniorů. V DS chybí **speciální pedagogové** pro odborné vedení týmu lidí přicházejících z různých profesí nebo s minimálním vzděláním nebo s pouze rekvalifikačním kurzem pro pracovníky v sociálních službách, kteří pečují o stárnoucí populaci. Pečovat o hygienu a tělesné zdraví je důležité, zde však chybí profesionální přístup speciálních pedagogů, kteří jsou vysokoškolsky vzdělaní a odborně mohou přispět k bio-psycho-sociální pohodě stárnoucího člověka s mentálním nebo tělesným postižením v institucionální péči.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část obsahuje dotazníkovou studii o různých etických přístupech všech pracovníků v přímé péči u klientů v domově seniorů. Tuto část lze označit také jako kvantitativní výzkum včetně tabulek s výsledky a jejich interpretacemi. Zároveň tato část bakalářské práce shrnuje **přínos etického přístupu speciálního pedagoga do institucionální péče** pro seniory a navrhuje hypotetické řešení lepší spolupráce sociálních a zdravotních pracovníků v konečném přístupu péče o klienta v sociálních službách.

Cílem výzkumu je analyzovat jednotnost etického přístupu zaměstnanců, kteří pracují v pobytových zařízeních pro seniory. Zhodnocení současného stavu, stanovisek a názorů zaměstnanců na etický přístup jejich péče z hlediska jejich profesního vzdělání.

Hlavním cílem je vyhodnocení etického přístupu všech pracovníků v přímé péči u klientů v domově seniorů. Zhodnocení střetů různých etických přístupů zaměstnanců (především mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotními pracovníky v sociálních službách) v přímé institucionální péči v sociálních službách a dopad na klienty.

5.1 Design výzkumu

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena: Jaký je etický přístup a rozdíl zdravotních, sociálních pracovníků, PSS a speciálního pedagoga v domovech pro seniory?

K hlavní výzkumné otázce byly stanoveny **dílčí výzkumné otázky**:

- Jaký vliv má vzdělání zdravotních a sociálních pracovníků na etický přístup ke klientům?
- Mají zdravotní pracovníci dostatečné vzdělání v oblasti poskytování sociálních služeb?
- Jak speciální pedagog ovlivní etický přístup ostatních profesí v sociálních službách?

5.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

K dílčím výzkumným otázkám byly stanoveny **hypotézy**:

- Zdravotní pracovníci v sociálních službách upřednostňují vzhledem ke svému vzdělání etiku zdravotních sester před etikou sociálních pracovníků.
- Zdravotním pracovníkům v sociálních službách chybí v současné době vzdělání o legislativě v sociálních službách.
- Speciální pedagog vyrovnává rozdílné etické přístupy zdravotních a sociálních pracovníků v sociálních službách.

5.3 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Metodou pro získání dat byl dotazník (viz Příloha G). Pro vytvoření elektronického dotazníku jsem se zdarma zaregistrovala na internetové stránce www.surveio.cz. Název výzkumu jsem pojmenovala jako „Etika v sociálních službách“. V prostředí uvedené internetové stránky jsem vytvořila elektronický dotazník, který obsahoval 17 otázek, z toho první otázka se týkala typem zařízení sociálních služeb, v otázkách 2–5 se dotazovaly na demograficko-sociální charakteristiky respondentů a otázky 6–17 se týkaly vlastního výzkumu etického přístupu pracovníků v zařízeních sociálních služeb.

Internetový odkaz s elektronickým dotazníkem⁵ jsem rozeslala manažerům čtyř zařízení sociálních služeb v Praze a požádala je o distribuci mezi své pracovníky. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní, identifikace respondentů nebyla možná a tím byla dodržena etická pravidla výzkumu.

Samotný průzkum probíhal v listopadu až prosinci 2016.

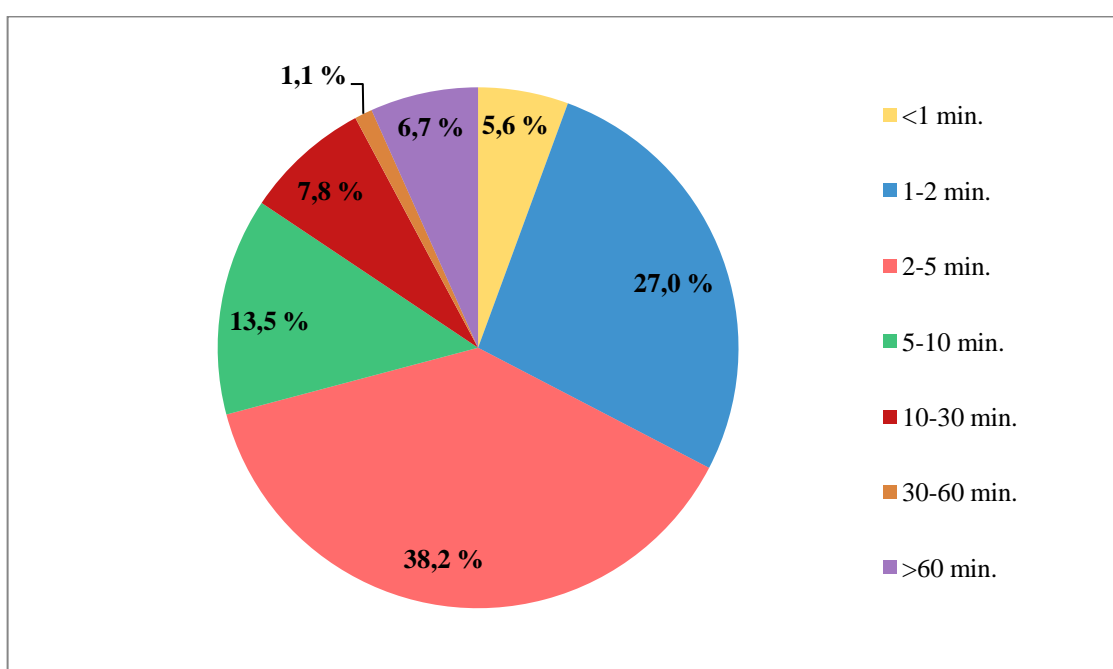
V období 28. 11. – 19. 12. 2016 začalo vyplňovat elektronický dotazník výzkumu Etika v sociálních službách celkem 103 respondentů, z nichž 14 dotazník nedokončilo a 89 kompletně vyplnilo. Míra response účastníků výzkumu tak dosáhla 86,4 %. Velikost vzorku je dostatečně reprezentativní pro účely zpracování této studie. Nedokončené dotazníky nebyly zařazeny do zpracování výsledků výzkumu.

⁵ *Internetový odkaz s elektronickým dotazníkem pro výzkum Etika v sociálních službách:* <http://www.surveio.com/survey/d/Y5I7O1P8B7Y0C7H7O>

Zřízení elektronického dotazníku včetně základních výsledků (pouze počet odpovědí na jednotlivé kategoriální otázky) je na internetové stránce sice zdarma, nicméně za pořízení databáze všech odpovědí od všech respondentů v Excelu jsem musela zaplatit určitou finanční částku. Chtěla jsem totiž porovnávat různé odpovědi na otázky od různých typů zaměstnanců. Pro toto zpracování jsem využila popisnou statistiku a kontingenční tabulky v Excelu.

Nejčastější doba vyplňování deníků bylo 2–5 minut (38,2 %). Do 10 minut zvládlo vyplnit elektronický deník téměř 85 % respondentů (viz Graf 1).

Graf 1: Čas vyplňování dotazníku



Zdroj: vlastní výzkum

5.4 VLASTNÍ VÝZKUM

Z demografického pohledu se výzkumu zúčastnilo 82 žen a 7 mužů. Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 41-50 let. Většina zúčastněných zaměstnanců sociálních zařízení (60 %) byla ve věku 31-50 let (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Počet respondentů podle pohlaví a věkových skupin

	18-30	31- 40	41-50	50 a více	Celkem
muž	2	2	2	1	7
žena	16	22	27	17	82
Celkem	18	24	29	18	89

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Tito pracovníci pracují v přímé péči u seniorů v institucionální péči. Těmito zařízeními jsou domovy pro seniory – pobytová služba a domovy s pečovatelskou službou. Oba typy těchto zařízení jsou pobytové služby pro seniory, jejímž zřizovatelem je Magistrát hlavního města Prahy (MHMP) a mají stejné podmínky pro zaměstnance v přímé péči. Většina respondentů (70 osob, resp. 78,7 %) je zaměstnána v domovech pro seniory s pobytovou službou. Z celkového počtu 89 respondentů je nejvíce zaměstnanců (37, resp. 41,6 %) na pozici pracovník v sociálních službách (pečovatel/ka), pak následují zdravotní sestry (28, resp. 31,5 %) a další typy zaměstnání (viz Tabulka 2).

Tabulka 2: Zaměstnání respondentů v různých typech zařízení

	aktivizační pracovník	ergo-terapeut	pracovník v sociálních službách	sociální pracovník	zdravotní sestra	Celkem
Domov pro seniory - pobytová služba	5	1	27	13	24	70
Domov s pečovatelskou službou	2	1	10	2	4	19
Celkem	7	2	37	15	28	89

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Respondenti mají vzdělání nejvíce na úrovni střední školy s maturitou (47,2 %), a to téměř shodně v obou typech zařízení. Následuje vysokoškolské vzdělání (24,7 %), které má vyšší zastoupení v domovech pro seniory - pobytová služba, kde je i větší podíl zaměstnanců s vyšší odbornou školou (o 7,6 procentního bodu). Naopak v domovech s pečovatelskou službou je větší podíl zaměstnanců (o 17,7 procentního bodu) pouze s kurzem pracovníka v sociálních službách dle zák. 108/2006 sb. (viz Tabulka 3).

Tabulka 3: Struktura vzdělání respondentů v různých typech zařízení (v %)

	základní vzdělání	střední škola bez maturity, ukončená závěrečnou zkouškou	střední odborná škola s maturitou	kurz pracovníka v sociálních službách dle zák. 108/2006sb.	vyšší odborná škola	vysokoškolské vzdělání	Celkem
Domov pro seniory pobytová služba	1,4	2,9	47,1	8,6	12,9	27,1	100,0
Domov s pečovatelskou službou	0,0	5,3	47,3	26,3	5,3	15,8	100,0
Celkem	1,1	3,4	47,2	12,4	11,2	24,7	100,0

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Všichni pracovníci v sociálních službách pracují podle etického kodexu pracovníků v sociálních službách. Zdravotní sestry mají vzdělání primárně založené na etice zdravotních sester, pracují však v sociálních službách.

Z tabulky 4 vyplývá, že všichni respondenti mají povědomí o své profesní etice, až na jednoho respondenta, což je divné, protože se jedná o sociálního pracovníka se vzděláním na vyšší odborné škole. S ohledem na objektivitu dotazníkového šetření, nebyl tento respondent vyloučen ze zpracování studie, přestože jeho odpovědi absolutně neodpovídají profesionálnímu přístupu ve svém oboru (tento respondent uvedl, že neví co je etika, nejedná podle profesní etiky, apod.).

S ohledem na rozdílné etické přístupy sociálních a zdravotních pracovníků v sociálních službách, byly odpovědi pracovníků v sociálních službách (aktivizační pracovník, ergoterapeut, pracovník v sociálních službách a sociální pracovník) porovnávány dohromady s odpověďmi zdravotních sester v sociálních službách.

Tabulka 4: Znalosti profesní etiky

„Vím co je profesní etika?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%		
ne		0,0		0,0		0,0	1	6,7	1	1,6		0,0	1	1,1
ano	7	100	2	100	37	100	14	93,3	60	98,4	28	100	88	98,9
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Sociální i zdravotní pracovníci v sociálních službách jednají v obou případech ve většině případů podle své profesní etiky (viz Tabulka 5).

Tabulka 5: Jednání respondentů podle své profesní etiky

„Jednám podle své profesní etiky.“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%		
ne		0,0		0,0	1	2,7	1	6,7	2	3,3		0,0	2	2,2
ano	7	100	2	100	36	97,3	14	93,3	59	96,7	28	100	87	97,8
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Na otázku „Beru na vědomí, že klient je v ubytovacím zařízení jako "doma" v přirozeném prostředí“ odpověděli kladně o něco více (o 2 procentní body) pracovníci v sociálních službách než zdravotní sestry (viz Tabulka 6).

Tabulka 6: Chápání přirozeného prostředí klientů

„Beru na vědomí, že klient je v ubyt. zařízení jako "doma" v ...“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne		0,0		0,0		0,0	1	6,7	1	1,6	1	3,6	2	2,2
ano	7	100	2	100	37	100	14	93,3	60	98,4	27	96,4	87	97,8
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Přirozenost prostředí v ubytovacích sociálních službách chápou podle svých etických přístupů více sociální pracovníci než zdravotní sestry. Dokazuje to výsledek odpovědí na následující otázku (viz Tabulka 7), kde 72,1 % sociálních pracovníků uvedlo, že vydávat alkohol nebo cigarety na vyžádání klienta není proti jejich profesní etice. Naopak 42,9 % zdravotních sester v sociálních službách uvedlo, že to je proti jejich profesní etice.

Tabulka 7: Etické přístupy pracovníků v sociálních službách I

„Pokud klient vyžaduje podávat alkohol nebo cigarety.“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
je to proti mé profesní etice	2	28,6	1	50,0	8	21,6	6	40,0	17	27,9	12	42,9	29	32,6
není to proti mé profesní etice	5	71,4	1	50,0	29	78,4	9	60,0	44	72,1	16	57,1	60	67,4
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Podobně jako u předchozí otázky, i v následující otázce ohledně podávání nevhodné stravy na vyžádání klienta (viz Tabulka 8 – klienti s diabetem), většina sociálních pracovníků (52,5 %) uvedla, že to není proti jejich profesní etice. Naopak většina zdravotních sester (53,6 %), že toto je proti jejich profesní etice.

Tabulka 8: Etické přístupy pracovníků v sociálních službách II

„Pokud klient s diabetem vyžaduje po personálu podávání nevhodné stravy.“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		Celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
je to proti mé profesní etice	4	57,1	1	50,0	18	48,6	6	40,0	29	47,5	15	53,6	44	49,4
není to proti mé profesní etice	3	42,9	1	50,0	19	51,4	9	60,0	32	52,5	13	46,4	45	50,6
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Také následující otázka se týká různých přístupů jednotlivých typů zaměstnanců ke specifickým případům, tentokrát k situaci kdy klient je v terminálním stavu, nechce do nemocnice a chce zůstat v sociálním zařízení do konce života (viz Tabulka 9). Zde překvapivě nemá problém s touto situací větší podíl zdravotních sester (92,9 %) oproti sociálním pracovníkům (90,2 %).

Tabulka 9: Profesní problém pracovníků ke klientovi v sociálních službách

„Pokud je klient v termínálním stavu, nechce do nemocnice a v jeho vůli je zůstat v domově do konce života.“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
mám s tím profesní problém		0,0	1	50,0	3	8,1	2	13,3	6	9,8	2	7,1	8	9,0
nemám s tím profesní problém	7	100	1	50,0	34	91,9	13	86,7	55	90,2	26	92,9	81	91,0
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Tabulka 10 obsahuje výsledky odpovědí respondentů – pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester v sociálních službách na zkušenosti se zdravotnickými zařízeními, konkrétně na otázku zda se tyto zaměstnanci v sociálních službách ocitli v situaci, kdy odeslali klienta k hospitalizaci do nemocnice z důvodu nepřijímání stravy a tekutin, a nemocnice jim tohoto pacienta-klienta poslala zpět do domova pro seniory s doporučením hydratace. S touto situací se setkalo 83,1 % respondentů (z toho 89,3 % zdravotních sester v sociálních službách a 80,3 % sociálních pracovníků), což je poměrně vysoký podíl. To potvrzuje domněnku, že zdravotnická zařízení doposud nepoznaly současné možnosti sociálních služeb a neakceptují Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách⁶. Sociální služby nejsou zařízení ani schopny své klienty nějakým způsobem donutit k přijímání životně důležitých tekutin, pokud to klienti záměrně odmítají anebo nemohou přijímat ze zdravotních důvodů orální cestou. Sociální služby vždy respektují právo klientů na svobodné rozhodnutí. Sociální služby odesílají klienty

⁶ Od 1. 1. 2007 (tedy od účinnosti tohoto zákona) nemohou sociální zařízení poskytovat lékařskou péči a tudíž nemůžou klienty např. hydratovat intravenózně.

do nemocnic až v momentě ohrožení života klienta. Klient se tak stává rukojmím mezi zdravotnickou a sociální službou, což je zásadní etické selhání systémů.

Tabulka 10: Zkušenosti soc. služeb se zdravotnickými zařízeními I

„Stalo se vám, že klienta, kterého odesíláte k hospitalizaci z důvodu nepřijímání stravy a tekutin odešlou zpět do domova s doporučením hydratace?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	2	28,6		0,0	7	18,9	3	20,0	12	19,7	3	10,7	15	16,9
ano	5	71,4	2	100	30	81,1	12	80,0	49	80,3	25	89,3	74	83,1
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Na předchozí otázku navazuje další otázka týkající se názoru respondentů o povědomí zdravotnických zařízení o možnostech ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních (viz Tabulka 11). Více než polovina všech respondentů ze sociálních služeb (68,5 %) odpověděla, že zdravotnická zařízení toto povědomí nemá. Dokonce ¾ zdravotních sester v sociálních službách odpověděly na tuto otázku negativně.

Tabulka 11: Zkušenosti soc. služeb se zdravotnickými zařízeními II

„Myslíte si, že zdravotnická zařízení mají povědomí o možnostech ...?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	6	85,7	1	50,0	24	64,9	9	60,0	40	65,6	21	75,0	61	68,5
ano	1	14,3	1	50,0	13	35,1	6	40,0	21	34,4	7	25,0	28	31,5
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Výsledky na otázku „Stává se Vám, že musíte porušit profesní etiku v sociálních službách?“ (viz Tabulka 12) by měly korespondovat s odpověďmi na otázky spojené s podáváním alkoholu a cigaret, a s diabetickou stravou (viz Tabulka 7 a Tabulka 8). Na tuto otázku odpovědělo kladně 60,7 % zdravotních sester v sociálních službách a 55,7 % sociálních pracovníků. Skutečně se zde potvrdilo, že větší podíl zdravotních sester v sociálních službách (60,7 %) muselo porušit profesní etiku, u ostatních pracovníků v sociálních službách to bylo o 5,0 p. b. méně (55,7 %).

Tabulka 12: Porušení profesní etiky v sociálních službách

„Stává se vám, že musíte porušit profesní etiku v sociálních službách?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	4	57,1	1	50,0	13	35,1	9	60,0	27	44,3	11	39,3	38	42,7
ano	3	42,9	1	50,0	24	64,9	6	40,0	34	55,7	17	60,7	51	57,3
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Většina zaměstnanců v sociálních službách (66,3 %) se vyjádřila „pro“ zavedení oboru Zdravotní sestra v sociálním zařízení na středních zdravotnických školách (SZŠ). Tento pocit má větší podíl nezdravotních pracovníků (72,1 %) v sociálních službách (viz Tabulka 13).

Tabulka 13: Postoje k novému oboru na SZŠ

„Vidíte přínos pro sociální služby, v zavedení na SZŠ obor Zdravotní sestra v sociálním zařízení?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	2	28,6		0	12	32,4	3	20,0	17	27,9	13	46,4	30	33,7
ano	5	71,4	2	100	25	67,6	12	80,8	44	72,1	15	53,6	59	66,3
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

K otázce zda je kurz pro pracovníky v sociálních službách pro profesi pečujícího dostačující se 53,6 % zdravotních sester v sociálních službách vyjádřilo že „ano“, naopak 60,7 % ostatních pracovníků v sociálních službách chápe tento kurz jako nedostačující (viz Tabulka 14).

Tabulka 14: Postoje k dostatečnosti kurzu pro pracovníky v soc. službách

„Myslíte si, že kurz pro pracovníky v sociálních službách je pro profesi pečujícího dostačující?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	7	100	2	100	21	56,8	7	46,7	37	60,7	13	46,4	50	56,2
ano		0		0	16	43,2	8	53,3	24	39,3	15	53,6	39	43,8
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

Poslední otázka výzkumu se dotýkala, zda je pro respondenty práce v sociálních službách naplňující (viz Tabulka 15). Většina všech respondentů (92,1 %) odpověděla že „ano“. Nejvíce jsou spokojeni sociální pracovníci (100,0 %) a zdravotní sestry v sociálních službách (96,4 %), naopak nejméně spokojeni jsou ergoterapeuti (50,0 %) a aktivizační pracovníci (85,7 %).

Tabulka 15: Spokojenost se zaměstnáním v sociálních službách

„Je pro vás práce v sociálních službách naplňující?“	Pracovníci v sociálních službách										zdravotní sestry v sociálních službách		Celkem	
	aktivizační pracovník		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		sociální pracovník		celkem					
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ne	1	14,3	1	50,0	4	10,8		0	6	9,8	1	3,6	7	7,9
ano	6	85,7	1	50,0	33	89,1	15	100	55	90,2	27	96,4	82	92,1
Celkem	7	100	2	100	37	100	15	100	61	100	28	100	89	100

Zdroj: vlastní výzkum, vlastní výpočty

6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Výše uvedené výsledky mého výzkumu potvrdily předem stanovené hypotézy.

Dle Tabulky 5 odpověděly zdravotní sestry v sociálních službách, že se 100% řídí podle své profesní etiky. Stejná skupina respondentů uvedla ve většině odpovědí, že i přes požádání klienta-diabetika v sociální péči je proti jejich profesní etice podat nevhodnou stravu (viz Tabulka 8) a podobně pro dvakrát více zdravotních sester než sociálních pracovníků je podání alkoholu či cigaret na požádání klienta taktéž proti jejich profesní etice (viz Tabulka 7). Zdravotní sestry v sociálních službách také ve větší míře uvádějí, že musejí porušit svojí profesní etiku (viz Tabulka 12). Z těchto odpovědí lze hypotézu 1 potvrdit s tím, že zdravotní pracovníci v sociálních službách upřednostňují vzhledem ke svému vzdělání etiku zdravotních sester před etikou sociálních pracovníků.

Zdravotní sestry v sociální péči mají představu o špatném povědomí zdravotnických zařízení o možnostech ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních (viz Tabulka 11). Zdravotní pracovníci v sociálních službách v daleko menší míře než sociální pracovníci prosazují zavedení oboru Zdravotní sestra v sociálních službách na SZŠ (viz Tabulka 13) a v daleko větší míře se domnívají, že kurz pro pracovníky v sociálních službách je pro profesi pečujícího dostačující (viz Tabulka 14). Na základě porovnání těchto odpovědí lze potvrdit hypotézu 2, že zdravotním pracovníkům v sociálních službách chybí v současné době vzdělání o legislativě v sociálních službách.

Strukturu zaměstnanců v sociálních službách, které se zaměřují na péči o seniory, tvoří dle mého průzkumu 31,5 % zdravotní sestry, v přímé péči (pečovatelé, aktivizační pracovníci, ergoterapeuti) 51,7 % pracovníků a sociální pracovníci 16,8 %. Přestože mají společný cíl, a to je sociální péče samotná, etický přístup bývá u jednotlivých profesí odlišný. Může se tedy stát, že se jednotlivé profese dostávají do střetů zájmů a přístup k samotnému uživateli služby se profese od profese liší.

Zdravotní sestry mají 4 základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení (Malíková, 2011, s. 303). Z logiky své profesní etiky dbají především o zdraví člověka. Pečovatelé dbají o kvalitní, standardizovanou službu a podporují soběstačnost klienta při zvládnání běžných úkonů. Aktivizační

pracovníci a ergoterapeuti se snaží o uchování a posílení stávajících kognitivních a fyzických schopností klienta. Používají k tomu podpůrné a stimulační metody k aktivizaci klienta. Speciální pedagogové ve zkoumaných DS nebyly. Přitom gerontologie je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Gerontagogika je moderní obor Speciální pedagogiky.

Speciální pedagogika je multidisciplinární obor. Speciální pedagogové mají odborné znalosti a přístup k narušeným jedincům. Jednoznačně patří také do sociálních služeb pečujících o seniory. Zařazení speciálních pedagogů do těchto institucí je nezbytné pro dosažení rovného etického přístupu všech zaměstnanců. Je tedy zapotřebí, aby přístup všech pracovních profesí směřoval k jednotnému cíli, jehož podstatou by měla být nedotknutelnost osoby a jejího soukromí a ochrana lidské důstojnosti.

Protože sociální služby pro seniory se oddělily od zdravotních služeb pro stejnou cílovou skupinu, je nezbytné, aby všechny profese upřednostňovaly jednoznačně právo na život a svobodu před právem člověka na zdraví. Pak se mohou profesní etické zásady sjednotit do obecnějších principů. Navržení rovného etického přístupu pro všechny pracovníky v DS spočívá v tom, že pracovníci budou dodržovat základní etické zásady jak vůči klientům při poskytování sociální služby, tak i v interpersonálních vztazích na pracovišti, a nebudou se striktně řídit dle svých profesních etických kodexů.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat etické přístupy pracovníků v sociálních službách z hlediska jejich profesí a zhodnotit střety zájmů. Jelikož jsem se zaměřila na profese pracovníků v přímé péči o seniory, porovnávala jsem etické přístupy sociálních, zdravotních, lékařských a pedagogických pracovníků. V hlavní výzkumné teoretické části uvádím rozdílnost mezi zdravotním a lékařským pojetím profesní etiky od profesní etiky ostatních pracovníků v sociálních službách. Liší se v konečném přístupu ke klientům. Zdravotní pracovníci upřednostňují před svobodnou volbou klienta jeho zdraví. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách upřednostňují právo na vlastní rozhodnutí, jedinečnost a ochranu důstojnosti klienta před zachováním zdraví jedince.

Zde je nutné konstatovat, že zdravotní sestra má v sociálních službách velmi složitou pozici. Zdraví klienta může zajistit pouze odesláním klienta do zdravotnického zařízení. Je smutné a paradoxní, když pak jiná zdravotní sestra ze zdravotnického zařízení odešle toho samého klienta zpět a bez pomoci do sociálních služeb. Dle vlastního výzkumu totiž 68,5 % pracovníků v sociálních službách uvedlo, že dle jejich zkušeností nemají zdravotnická zařízení ponětí o možnostech zdravotnických služeb v sociálních zařízeních. Dle platné legislativy nemohou sociální zařízení poskytovat lékařskou péči. Klient se tak stává obětí legislativy.

V rámci vlastního výzkumu bylo také zjištěno, že speciální pedagogové v pobytových sociálních službách pro seniory ve zkoumaných institucích nejsou vůbec zastoupeni, ačkoliv jsou v tomto oboru důležitou profesní složkou. Neboť výchova, péče a vzdělávání jsou základem všeho. Mottem sociálních služeb by mělo být, aby se klient v **institucionální** péči cítil jako doma, a ne jako v domově. Aby byla možnost postarat se o člověka v jeho nepříznivé situaci, musí být vytvořen jednotný systém péče o člověka od narození do smrti.

Domov pro seniory patří mezi služby sociální péče. Je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V současné době však přibývá žádostí k přijetí do domova osob s neurologickými onemocněními. Lidé s Parkinsonovou nemocí, roztroušenou

sklerózou, amyotrofická laterální skleróza (ALS), jejichž postižení spočívá v narušení komunikace mezi mozkiem a svalstvem, zdaleka **nedosahují seniorského věku**. Proto se uvažuje o zrušení názvů Domovy pro seniory na **výstižnější Sociální služby zaměřené na více cílových skupin různých postižení**.

Zdravotní, sociální a speciálně-pedagogické obory spolu úzce souvisí a jsou vzájemně propojené. Proto v **institucionální péči** o seniory, kromě zdravotních a sociálních pracovníků musí spolupracovat i speciální pedagog. Dovednosti a postoje **Speciálního pedagoga** jsou potřebné pro výkon jednotlivých činností v sociálních službách v rámci zdravotně sociální péče. Jeho činnost je zaměřená na rozvíjení jemné motoriky, na zachování a stabilizaci stávajících a již narušených kognitivních funkcí, na vytváření pozitivních mezilidských vztahů. Pokud všechny profesní složky zainteresované do péče o člověka budou spolupracovat a z etického pohledu svých profesí hledat to, co je pro postiženého nejlepší, budou se minimalizovat střety zájmů profesní etiky v sociálních službách.

Důležité je vytvoření jednotného systému v přístupu k sociálním službám v rámci ministerstev práce a sociálních věcí, zdravotnictví a školství, mládeže a tělovýchovy. Člověk je bio-psycho-sociální bytost, a proto je tedy zapotřebí, aby etický přístup všech profesí směřoval k jednotnému cíli. Aby všechny profesní etické kodexy splnily svůj účel, je třeba, aby jej pracovníci pochopili, osvojili si je a používali při všech aspektech své práce. Musí pracovat týmově a při etickém rozhodování dospět ke shodě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: UJAK, 2014. ISBN 978-80-7452-039-6.

BÍLÝ, J. a SIČÁK, A. *Základy humanitních věd: základy filosofie, etiky a sociologie*. Banská Bystrica: Trian, 2014. ISBN 978-80-89371-10-5.

BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3197-4.

DOMOV PRO SENIORY HÁJE. *Výroční zpráva za rok 2015*. Praha: DSH, 2016.

GOLDMANN, R. a CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: A. Krtílková, 1996. ISBN 80-902163-0-7.

JIRÁK, J. a KÖPPLOVÁ, B. *Masová media*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-466-3.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.

KOUKOLÍK, F. a DRTILOVÁ, J. *Vzpouřa deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.

LANE, T. *Dějiny křesťanského myšlení*. Praha: Návrat domů, 1999.

LÄPPLE, A. *Úvod do starého zákona*. Praha: Česká katolická charita, 1972.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 230 s.

VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. *Co je to kaplanská služba* [online]. 2003, [cit. 2015-01-04]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.htm>.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 2003, [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.

Evropská charta práv pacientů seniorů [online]. 1998, [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: http://www.revmacentrum.cz/doc/prava_pacientu/charta_prav_senioru.pdf.

KOHLBERG, L., GILLIGAN, C. *The adolescent as a philosopher: a discovery of the self in a postconventional World*, [online]. 1971, [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic40933.files/kohlberg_gilligan1971pp1051-1086.pdf.

KOMÁRKOVÁ, A. *Etické aspekty pomáhajících profesí z pohledů studentů* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2017-01-13]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií. Dostupné z: https://theses.cz/id/07jxen/Diplomov_prce_Komrkov.txt.

KUCHARSKÁ, A., MRÁZKOVÁ, J. a kol. *Metodika práce školního speciálního pedagoga: zapojeného ve školním poradenském pracovišti* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2014 [cit. 2017-01-13]. ISBN 978-80-7481-036-7. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/39007?highlightWords=Metodika+pr%C3%A1ce+%C5%A1kolen%C3%ADho+speci%C3%A1ln%C3%ADho+pedagoga>.

LOJKOVÁ, J., POPOVIČOVÁ, D. *Právní a etické aspekty ochrany nenarozených dětí a dětí s vrozenými vadami* [online]. 2008, [cit. 2016-12-27]. Dostupné z: http://www.law.muni.cz/sborniky/dp08/files/pdf/prteorie/lojkova_popovicova.pdf.

LYOTARD, J.-F. *La condition postmoderne*, [online]. 1979, [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: http://www.eng.fju.edu.tw/Literary_Criticism/postmodernism/lyotard_text.htm.

SÁRKÖZY, R. *Pedagogická komora a etický kodex učitele* [online]. © 21. 2. 2005, [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/22108.html>.

The Triune Brain [online]. [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://www.bible.ca/psychiatry/psychiatry-mental-illness-brain-mind-neo-phrenology-triune-brain.htm>.

VONDRÁČEK, L. *Hippokratova přísaha v současném zdravotnictví* [online]. 2001, [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2006. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast5>

Zákon č. 185/2001 Sb. o odpadech o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2001. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-185>.

Zákon č. 3/2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech). In: *Sbírka zákonů ČR*. 2002. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-3>.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2006. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

SEZNAM ZKRATEK

ČAS	-	Česká asociace sester
ČLS JEP	-	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	-	Česká republika
DS	-	dům pro seniory
DSH	-	Domov pro seniory Háje
ICN	-	Mezinárodní rada sester
MHMP	-	Magistrát hlavního města Prahy
MŠMT	-	ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
p. b.	-	procentní bod
PSS	-	pracovník v sociálních službách
SP	-	sociální pracovník
SZŠ	-	střední zdravotnická škola
USA	-	Spojené státy americké

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Pohled na lidský mozek podle teorie trojího mozku	28
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet respondentů podle pohlaví a věkových skupin	36
Tabulka 2: Zaměstnání respondentů v různých typech zařízení	36
Tabulka 3: Struktura vzdělání respondentů v různých typech zařízení (v %)	37
Tabulka 4: Znalosti profesní etiky	38
Tabulka 5: Jednání respondentů podle své profesní etiky	38
Tabulka 6: Chápání přirozeného prostředí klientů.....	39
Tabulka 7: Etické přístupy pracovníků v sociálních službách I	39
Tabulka 8: Etické přístupy pracovníků v sociálních službách II	40
Tabulka 9: Profesní problém pracovníků ke klientovi v sociálních službách	41
Tabulka 10: Zkušenosti soc. služeb se zdravotnickými zařízeními I.....	42
Tabulka 11: Zkušenosti soc. služeb se zdravotnickými zařízeními II	42
Tabulka 12: Porušení profesní etiky v sociálních službách	43
Tabulka 13: Postoje k novému oboru na SZŠ.....	43
Tabulka 14: Postoje k dostatečnosti kurzu pro pracovníky v soc. službách.....	44
Tabulka 15: Spokojenost se zaměstnáním v sociálních službách.....	44

Seznam grafů

Graf 1: Čas vyplňování dotazníku	35
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester	I
Příloha B – Náplň práce sociálních pracovníků (SP)	VII
Příloha C – Náplň práce pracovníků v sociálních službách (PSS)	VIII
Příloha D – Etický kodex sociálních pracovníků České republiky	IX
Příloha C – Fotografie biografického modelu péče	XII
Příloha D – Fotografie multisenzorické zóny v různých barvách	XIII
Příloha E – Výzkumný dotazník „Etika v sociálních službách“	XIV



Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

KODEX ICN

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a lidé

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

3. Sestry a profese

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a spolupracovníci

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex sester připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na realitu ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu sester připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování.

Následující tabulka by měla sestrám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studenti ošetrovatelství tak mohou:

- studovat normy spadající pod každý článek Kodexu,
- přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku v každé oblasti ošetrovatelství: v praxi, ve vzdělání, ve výzkumu nebo v řízení,
- diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníky a dalšími lidmi,
- použít konkrétní příklad z praxe k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Diskutovat o tom, jak by danou situaci řešili,
- pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování,
- spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuálním uplatňování etických norem do ošetrovatelské praxe, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a lidé

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity jako základ pro přístup k péči.	Vydávat prohlášení a standardy, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajišťovat kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky.
Zajišťovat dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vydávat standardy a prohlášení zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které podporují zachování mlčenlivosti.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a zachování mlčenlivosti.	Začleňovat otázky soukromí a zachování mlčenlivosti do národního etického kodexu sester.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Zajistit, aby studenti dokázali vnímat důležitost sociálních aktivit při řešení aktuálních problémů.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvářet standardy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Nabídnout příležitosti ke vzdělání, jako je celoživotní vzdělávání a rozvoj odborných znalostí a dovedností.	Zajišťovat přístup ke kontinuálnímu vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavádět do praxe systém pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a systematické registrace sester.	Provádět výzkum, který dokazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a rozvojem odborných znalostí a dovedností, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření standardů kvality péče.
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti vykonávat své povolání.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat zdravý životní styl mezi ošetrovatelským personálem. Lobovat za zdravé pracovní prostředí, služby pro sestry.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit standardy pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Umožnit vzdělávání týkající se tvorby standardů ošetrovatelské praxe, výzkumu, výuky a managementu.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření standardů pro vzdělávání, praxi, výzkum a management v ošetrovatelství.
Podporovat provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvím a zdravím na pracovišti. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení a standardy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v národních asociacích sester, za účelem tvorby příznivých socioekonomických podmínek pro sestry.	Informovat studenty o důležitosti členství v profesních sesterských asociacích.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravovat prohlášení a standardy týkající se otázek pracovního prostředí.

Článek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními příbuznými obory.
Vytvářet pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování.	Informovat o zásadách ošetrovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvářet povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvářet mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Vzdělávat studenty k ochraně jednotlivce, rodiny nebo komunity, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Připravovat dokumenty, prohlášení, a diskusní fóra související s bezpečností pacientů / klientů, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby byl Etický kodex pro sestry účinný, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, mezi sestrami v praxi, v časopisech pro sestry a v dalších médiích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotní pracovníci a zaměstnavatelé sester, spotřebitelské skupiny, organizace pro lidská práva, skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

Spolupracovník	Jiné sestry a jiní zdravotníci a nezdravotní pracovníci a odborníci.
Kooperující vztah	Profesionální vztah založený na kolegiální a vzájemné aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů.
Rodina	Sociální jednotka, skládající se ze členů, kteří jsou spojeni pokrevně, nebo příbuzenským, emočním či právním vztahem.
Sestra se dělí se společností	Sestra jako zdravotník a občan iniciuje a podporuje vhodné aktivity vedoucí k uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.
Osobní zdraví	Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry.
Osobní údaje	Informace o jednotlivci nebo o rodině získané během pracovního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, vznik nepříjemností nebo poškození jednotlivce či rodiny.
Příbuzné skupiny	Jiné sestry, zdravotní pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů.

Příloha B – Náplň práce sociálních pracovníků (SP)

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Základní činnosti v souvislosti s výkonem práce

1. Zabezpečuje základní sociální agendy včetně zajišťování standardní dokumentace v předepsaném softwaru.
2. Řeší sociálně právní problémy.
3. Zajišťuje informace a odborné podklady pro sociální práci včetně jejich zpracování.

Další činnosti v souvislosti s výkonem práce

1. Eviduje žádosti o umístění žadatelů, vede veškerou písemnou i osobní komunikaci formou záznamů ve věci přijetí klientů do DSH. Provádí sociální šetření a aktualizace žádostí, uzavírá smlouvy o zajišťování sociální péče před nástupem klienta do DSH.
2. Organizuje kulturně společenský život klientů DSH, zajišťuje kulturní akce, programy pro klienty DSH.
3. Pomáhá řešit případné nedostatky, spory a vzniklé problémy a vztahy mezi klienty, příp. ve spolupráci se zdravotnickým personálem. Návrhy a závěry projednává s ředitelkou DSH.
4. Podílí se na řešení sociálně právních a sociálně zdravotních problémů klientů vč. kontaktu s příbuznými.
5. Je přítomna společně s pokladní DSH a ošetřujícím personálem u výplat důchodů a přísl. poplatků.
6. Přípravuje podklady pro výběr uchazečů o umístění pro výběrovou komisi v DSH.
7. Vede věcná depozita a přesnou evidenci uložených věcí klientů DSH.
8. Zodpovídá za pozůstalostní řízení a do rozhodnutí soudu uchovává komplexní majetek zemřelého.
9. Koordinuje jednání mezi klienty a správními orgány.
10. Zpracovává statistické výkazy pro nadřízené orgány.
11. Vede depozita cenných předmětů, kontrolu depozitního účtu klientů a pozůstalostí, výplaty důchodů, přeplatky, vratky.
12. Přejímá a řádně eviduje došlou poštu a složenky klientům DSH a odesílá úřední poštu DSH.
13. Komplexně zastupuje činnosti dalších sociálních pracovníků. V případě své pracovní nepřítomnosti předá řádné informace související se svojí činností dalším sociálním pracovníkům.
14. Dodržuje předpisy PO, BOZP a hygienické předpisy. Zodpovídá za bezpečnost a PO na úseku ochrany klientů při organizování různých akcí. Účastní se dle programu jednání Patrových důvěrníků DSH a veřejných setkání v DSH.
15. Je povinna dodržovat Zákon č. 101/2000 Sb. „O ochraně osobních údajů“ a ochranu důvěrných dat klientů.
16. Je přímo řízena ředitelkou DSH a plní další úkolů v rámci pracovní náplně.

PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, přímá péče

Základní činnosti v souvislosti s výkonem práce

1. Komplexní provádění pečovatelských činností, psychické aktivizace klientů, posilování společenských a sociálních kontaktů klientů. Provádění úkonů pečovatelské služby u mobilních a imobilních klientů.
2. Vytváření pozitivních mezilidských vztahů, rozvíjení jemné motoriky. Návěstění běžných denních činností.

Další činnosti v souvislosti s výkonem práce

1. Poskytuje klientům pomoc, podporu nebo péči při zajištění sebeobsluhy
 - a) podpora nebo pomoc s osobní hygienou
 - b) podpora nebo pomoc při oblékání
 - c) podpora nebo pomoc při jídle
 - d) podpora nebo pomoc při chůzi
2. Poskytuje klientům podporu nebo pomoc při péči o prostředí
 - a) podpora a pomoc s udržováním lůžka (stlaní, převlékání lůžkovin)
 - b) podpora nebo pomoc při úklidu povrchu zařízení pokoje
 - c) podpora nebo pomoc při úklidu osobních věcí ve skříni
 - d) mytí a desinfekce pomůcek, podložních mís, močových lahví, WC křesel
 - e) péče o imobilní klienty zcela závislé na pomoci druhé osoby; výměna osobního prádla, výměna lůžkovin
3. Pomáhá klientům při udržování sociálních kontaktů a aktivizaci
 - a) formou nabídky motivuje klienty k účasti na společenských a kulturních aktivitách
 - b) pravidelně informuje klienty o možnosti trávit čas ve společnosti druhých lidí
 - c) klientům s omezenými možnostmi pomáhá udržovat kontakt s druhými lidmi (pomoc s korespondencí, předčítání dopisů, doprovod)
 - d) pravidelně s klienty hovoří, zjišťuje jejich potřeby
4. Úzce spolupracuje se zdravotním personálem, sociálními pracovníky a aktivizačními pracovníky:
 - a) zdravotní potíže klienta, náhlou změnu chování a nepřijetí léků, které jsou podány zdravotním personálem, vždy neprodleně hlásí všeobecné sestře ve službě
 - b) při zajišťování ošetrovatelské péče dbá metodických pokynů všeobecné sestry
 - c) obtíže v hospodaření s penězi vždy sepíše a nahlásí zodpovědné sestře a vedoucí péče
 - d) spolupracuje při zajišťování sociální péče o klienta
 - e) spolupracuje s aktivizačními pracovníky na plánování vhodných volnočasových aktivit klientů
 - f) podílí se na udržování fyzických i psychických schopnostech klienta, podporuje soběstačnost klienta, podporuje klienta v sebeobsluze
 - g) při naplňování potřeb klientů úzce spolupracuje s ostatními pracovníky DSH
5. Manipuluje se špinavým prádlem, odváží do prádelny, přivazuje čisté, třídí je a případně označuje prádlo nových klientů. Dbá na celkovou čistotu a pořádek na pokojích klientů, ale i na ostatních prostorech domova seniorů.

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

1. Etické zásady

1.1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1.2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružením občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2.1. Ve vztahu ke klientovi

2.1.1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2.1.2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2.1.3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2.1.4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2.1.5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které využívají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2.2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2.2.1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2.2.3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2.3. Ve vztahu ke kolegům

2.3.1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2.4.1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2.4.4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2.5. Ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2.5.4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),

- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,

- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,

- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

kteřé se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,

- při konfliktu klienta a jiného občana,

- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,

- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti,

- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a to, do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Příloha E – Fotografie biografického modelu péče

Tato příloha znázorňuje zpracovávání a ukázky biografických knih v Domově pro seniory Háje. Z etického hlediska všechny osoby zveřejněné na fotografiích této bakalářské práce podepsali informovaný souhlas o zveřejnění těchto fotografií.

Fotografie 1: Zpracovávání biografické knihy v DSH



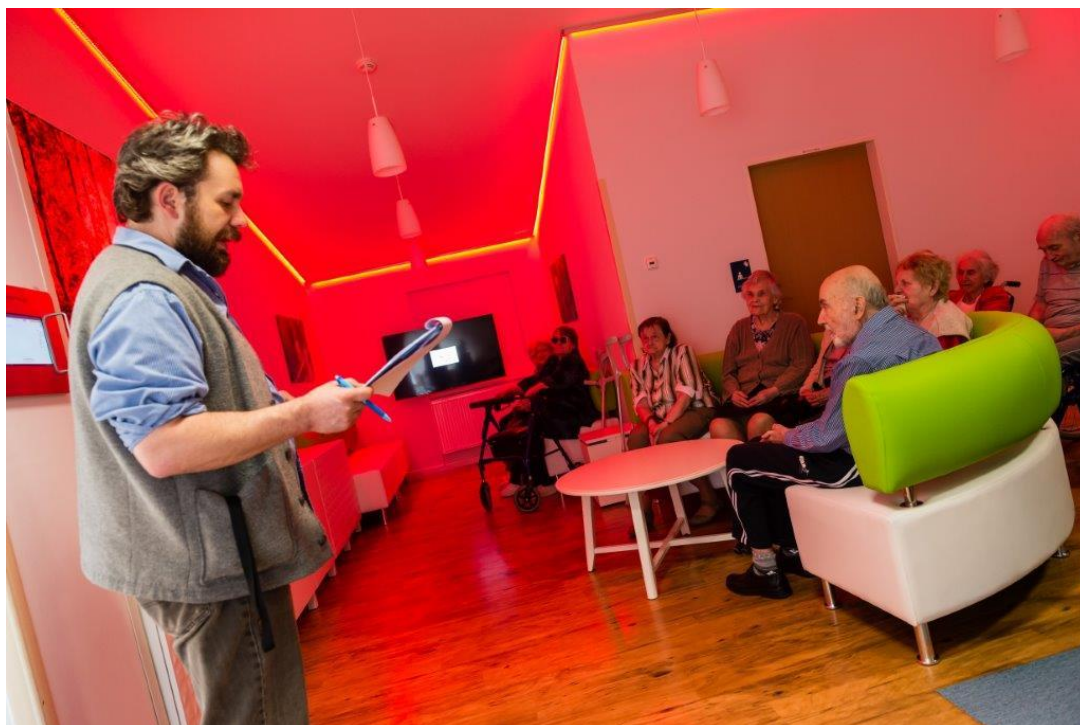
Fotografie 2: Ukázky titulních stran biografických knih klientů DSH



Příloha F – Fotografie multisenzorické zóny v různých barvách

Tato příloha znázorňuje použití různých barev při sezeních v multisenzorické zóně v DSH. Z etického hlediska všechny osoby zveřejněné na fotografiích této bakalářské práce podepsali informovaný souhlas o zveřejnění těchto fotografií.

Fotografie 1: Multisenzorická zóna v červené barvě



Fotografie 2: Multisenzorická zóna v modré barvě



Příloha: dotazník

Etika v sociálních službách

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

1. Typ zařízení sociálních služeb

- Domov pro seniory pobytová služba
- Domov s pečovatelskou službou

2. Pohlaví

- žena
- muž

3. Věková kategorie

- 18-30
- 31- 40
- 41-50
- 50 a více

4. Vzdělání respondenta

- základní vzdělání
- kurz pracovníka v sociálních službách dle zák. 108/2006sb.
- střední škola bez maturity , ukončená závěrečnou zkouškou
- střední odborná škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysokoškolské vzdělání

5. Pracuji v Domově pro seniory jako

- zdravotní sestra
- pracovník v sociálních službách
- sociální pracovník
- aktivizační pracovník
- ergoterapeut

6. Vím co je profesní etika

- ano
- ne

7. Jednám podle své profesní etiky

- ano
- ne

8. Beru na vědomí , že klient je v ubytovacím zařízení jako " doma" v přirozeném prostředí

- ano
- ne

9. Pokud klient vyžaduje podávat alkohol nebo cigarety

- je to proti mé profesní etice
- není to proti mé profesní etice

10. Pokud klient s diabetem vyžaduje po personálu podávání nevhodné stravy

- je to proti mé profesní etice
- není to proti mé profesní etice

11. Pokud je klient v terminálním stavu, nechce do nemocnice a v jeho vůli je zůstat v domově do konce života

- mám s tím profesní problém
- nemám s tím profesní problém

12. Stalo se vám, že klienta, kterého odesíláte k hospitalizaci z důvodu nepřijímání stravy a tekutin odešlou zpět do domova s doporučením hydratace ?

- ano
- ne

13. Myslíte si, že zdravotnická zařízení mají povědomí o možnostech ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních ?

- ano
- ne

14. Stává se vám, že musíte porušit profesní etiku v sociálních službách?

- ano
 ne

15. Vidíte přínos pro sociální služby, v zavedení na SZŠ obor Zdravotní sestra v sociálním zařízení ?

- ano
 ne

16. Myslíte si, že kurz pro pracovníky v sociálních službách je pro profesi pečujícího dostačující ?

- ano
 ne

17. Je pro vás práce v sociálních službách naplňující ?

- ano
 ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iva Lhotská

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Etické principy práce speciálního pedagoga v institucionální péči

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 40

Celkový počet stran příloh: 16

Počet titulů českých použitých zdrojů: 16

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 15

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.