

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Dagmar Zmrzlá
3. ročník – kombinované studium
Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA OSOB PEČUJÍCÍCH O OSOBY
SENIORSKÉHO VĚKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dita Finková, Ph.D.

OLOMOUC 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V České Třebové 15. 5. 2012

.....

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Ditě Finkové, Ph.D. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji rovněž i všem pracovním domovů pro seniory za čas a informace, které mi poskytly.

Dagmar Zmrzlá

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	7
1 Kvalita života	7
1.1 Definice kvality života	7
1.2 Přehled definic kvality života.....	8
1.3 Dimenze kvality života.....	9
1.4 Vnější a vnitřní činitelé kvality života.....	10
1.5 Rozsah pojetí kvality života	10
1.6 Oblasti měření kvality života.....	11
2 Stáří.....	12
2.1 Vymezení pojmu stáří	12
2.2 Biologické stáří.....	12
2.3 Sociální stáří	12
2.4 Chronologické stáří	13
2.5 Členění stáří.....	14
2.6 Stárnutí české populace	14
2.7 Životní změny ve stáří	16
3 Osoby seniorského věku	17
3.1 Charakteristika osoby seniorského věku	17
3.2 Péče o seniory.....	17
3.3 Osoby pečující o osoby seniorského věku	18
3.4 Domovy pro seniory	21
3.5 Syndrom vyhoření	22
3.6 Supervize	23
3.7 Postavení pracovníků v sociálních službách	24
4 Praktická část	26
4.1 Cíl a metodologie práce.....	26
4.2 Stanovení výchozích předpokladů.....	26
4.3 Charakteristika zařízení	27
4.4 Popis dotazovaného vzorku.....	28
4.5 Hodnocení spokojenosti dotazovaných osob v zaměstnání.....	32
4.6 Pracovní podmínky.....	33

4.7	Vztahy mezi kolegy na pracovišti	34
4.8	Vztahy s nařízenými pracovníky	35
4.9	Projevy problémů v zaměstnání v soukromém životě.....	36
4.10	Přesčasý	38
4.11	Syndrom vyhoření.....	39
4.12	Pomoc supervize	40
4.13	Firemní benefity.....	41
4.14	Společenské ocenění	42
4.15	Úvahy o změně zaměstnání	43
4.16	Kariérní růst	44
4.17	Další vzdělávání nad rámec stanovený zákonem	45
4.18	Srovnání spokojenosti vybraných skupin zaměstnanců.....	47
4.18.1	Hodnocení pracovních podmínek	47
4.18.2	Vztahy s kolegy.....	48
4.18.3	Vztahy s nadřízenými.....	49
4.18.4	Možnosti kariérního růstu	50
4.18.5	Úvahy o změně zaměstnání.....	51
4.19	Potvrzení výchozích předpokladů.....	52
	Závěr	55
	Seznam použité literatury.....	57
	Elektronické zdroje	57
	Seznam příloh.....	59
	Anotace	

Úvod

V současnosti se stále více v různých souvislostech ve spojení s oblastí sociálních služeb skloňuje pojem kvalita života osob, kterým jsou tyto služby poskytovány. Ale jaká je vlastně kvalita života nebo alespoň některé její aspekty u osob, které v rámci svého zaměstnání na nejrůznějších pozicích denně pečují o stále rostoucí skupinu seniorů, kteří se rozhodli prožít z nejrůznějších důvodů zbytek svého života v domovech pro seniory?

Nalézt alespoň částečnou odpověď na tuto otázku se pokusím ve své práci, která je rozdělena do čtyř částí. V první části se zabývám různými definicemi, historií a různými pohledy na kvalitu života.

V druhé části se věnuji popisu stáří a jeho nejrůznějším definicím a členění, také se zde zabývám demografickými ukazateli, které demonstrují stárnutí populace.

Ve třetí části se zabývám postavením osob pečujících o seniory a domovy pro seniory.

V poslední části této bakalářské práce se pokusím prostřednictvím dotazníkového šetření zmapovat, jak dotazované osoby vnímají aspekty kvality svého života vyplývající z jejich zaměstnání v domovech pro seniory.

Teoretická část

1 Kvalita života

1.1 Definice kvality života

Jak uvádí Vaňurová (2005), v evropském prostředí se pojem kvalita života (angl. zkratka QOL) poprvé objevil v 60. letech 20. století v programu nevládní organizace Římského klubu. Jednou z hlavních aktivit tohoto klubu bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Přibližně ve stejném období se pojem kvalita života začal používat i v souvislosti se zhoršujícím se životním prostředím.

Jak uvádí Džuka (in Gurková 2011), výzkumy kvality života, které byly uskutečněny na konci 60. a začátkem 70. let 20. století, byly iniciovány sociálními vědami. Kvalita života byla hodnocena především ve vztahu ke stavu společnosti. Výzkumy se zabývaly především ekonomickými a sociálními indikátory kvality života jako je např. výše příjmu, materiální zabezpečení, politická svoboda a nezávislost, sociální spravedlnost, právní jistoty a zdravotní péče.

V současné době existuje mnoho definic pojmu kvalita života. To souvisí s tím, že se zkoumáním a měřením kvality života zabývá mnoho různých oborů. Každý z těchto oborů nahlíží na kvalitu života z různého úhlu pohledu, který je ovlivněn účelem zkoumání. Jinak kvalitu života vymezuje sociologie, jinak ekonomie, medicína, psychologie, ekologie a mnohé další obory. Proto také neexistuje jednotná všeobecně platná definice QOL, která by platila pro všechny obory.

Dle Gurkové (2011) je třeba v případě hodnocení kvality života stanovit, kvalitu jakého života hodnotíme. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život jednotlivce, můžeme ale hodnotit i kvalitu života skupiny osob, společnosti nebo dokonce i celé populace.

1.2 Přehled definic kvality života

Vaďurová (2005) uvádí v současnosti nejpoužívanější definici kvality života podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která chápe kvalitu života jako jedincovu percepci, tzn., jak jedinec vnímá svoji pozici v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Toto pojetí kvality života je velice široké, a je ovlivněno jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem jedince, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.

Jiné vymezení pojmu QOL je z pohledu sociologie. Jak uvádí Vaďurová (2005), sociologie vymezuje QOL jako odborný pojem, který vyjadřuje kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Toto pojetí kvality života se svým vymezením nejvíce přibližuje pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzováno podle indikátorů životního prostředí, a dále ukazatelů jako jsou zdraví a nemoc, úroveň bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti atd.

Další definice QOL dle Dragomirecké (in Vaďurová 2005) vychází ze známé Maslowovy pyramidy potřeb, kdy se kvalita života měří jako velikost nepoměru mezi naplněnými a nenaplněnými potřebami a přáními.

Obr. 1. Maslowova pyramida potřeb



(Zdroj: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>)

Dalším přístupem k popisu pojmu kvalita života je, jak uvádí Vaďurová (2005), medicínský přístup, kdy je kvalita života jedince vymezená definicí zdraví dle WHO.

„Praktický slovník medicíny (1998, s. 487) cituje definici zdraví dle WHO jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo tělesné chyby. V kontrapozici ke zdraví se zde nachází pojem „nemoc“, který je definován jako „stav organismu, vznikající působením vnějších nebo vnitřních okolností, narušujících správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vedoucím k výskytu příznaků nemoci a dalším důsledkům“ (Vaďurová a kol., 2005, s. 24).

1.3 Dimenze kvality života

Podle Vaďurové (2005) je možno kvalitu života posuzovat ze dvou hledisek, buď z hlediska subjektivního, nebo naopak z hlediska objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL, které chápou jako zásadní pro život člověka. Tento posun lze zaznamenat i v lékařství, kdy objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci.

Objektivní kvalita života sleduje dle Vaďurové (2005) především materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Nebo také jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.

Subjektivní kvalita života se podle Vaďurové (2005) týká jedincova vnímání (percepce) svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

Subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytují odlišná data, obě jsou však stejně důležité, poskytují významná data v celkovém hodnocení QOL.

Jak uvádí Vaďurová (2005), na subjektivní hodnocení QOL má velký vliv nálada a emoce. Například pacienti, kteří trpí nemocí, mohou hodnotit celkovou spokojenost, životní podmínky a funkční stav hůře než nezávislý pozorovatel (a dokonce hůře, než oni sami po uzdravení). V subjektivním hodnocení QOL jsou základem hodnocení subjektivní proměnné, jako je spokojenost s poskytovanými službami, sebehodnocení, emoční stabilita.

Z objektivního hodnocení získáme, jak uvádí Vaďurová (2005), odlišná data. Mohou to být demografické ukazatele, jako např. výše příjmů, dosažené vzdělání, popř. i další ukazatele jako je třeba funkční stav, diagnóza apod.

1.4 Vnější a vnitřní činitelé kvality života

Dle Jesenského (2000) se kvalita života skládá z vnitřních a vnějších činitelů kvality života, které jedinci umožňují žít ve společnosti. Tyto činitele Jesenský (2000) rozděluje do dvou základních skupin, a to na:

- Vnitřní činitelé – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Patří sem všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.
- Vnější činitelé – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně - technické faktory. Tato oblast svým obsahem odpovídá objektivní dimenzi kvality života.

1.5 Rozsah pojetí kvality života

Měření kvality života se dle Vaďurové (2005) nezaměřuje pouze na jednotlivce. Kvalita života individua je pouze dílčí oblastí. Engel a kol. (in Vaďurová, 2005) rozeznává následující sféry kvality života:

- Makro – rovina, která se zabývá kvalitou života velkých společenských celků, problematika kvality života se stává součástí politických úvah (např. stanovení obsahu základní výuky, problematika boje s terorismem).
- Mezo – rovina, která se věnuje měření kvality života v malých sociálních skupinách (škola, podnik atd.). Vystupují zde otázky morální hodnoty života člověka, sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo nespokojování základních potřeb členů skupiny.
- Personální rovina, která se zaměřuje se na život jednotlivce, kdy se při hodnocení kvality života zvažuje hodnocení zdravotního stavu, bolesti, uspokojení nadějí. Vzhledem

k subjektivitě získaných informací se zde promítají osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy a přání, které vnímání QOL značně ovlivňují.

1.6 Oblasti měření kvality života

Přestože se rozsah chápání pojmu kvalita života mění v závislosti na druhu měření (jiné oblasti bude zkoumat výzkum sociologický a jiné např. medicínský), uvádí Dragomirecká a Škoda (in Vařurová, 2005) souhrn všech oblastí, které měří dostupné dotazníky QOL (viz Tabulka 1. Souhrn všech oblastí měřených dotazníky QOL). Jejich pojetí se pokouší o komplexní a subjektivní charakteristiku kvality života.

Tabulka 1. Souhrn všech oblastí měřených dotazníky QOL

Zdravotní stav	Fyzické zdraví	hodnocení
		potíže
		léčba
	Nezávislost	
	Psychické zdraví	diagnóza
		potíže
léčba		
Celkové zdraví	spánek potíže	
Každodenní aktivity	Bydlení	vybavení
		typ
		okolí
		s kým
	Denní režim	volný čas samota
	Sebeobsluha	domácnost hygiena
Práce		
Jídlo		
Sociální oblast	Blízké vztahy	rodina
		partner
		přátelé
	Širší vztahy	soc. organizace podpora okolí služby
Socioekonomická pozice	peníze	
Vnitřní realita	Spokojenost	
	Vnitřní zkušenost	svoboda
		krása
		láska
		víra
	Seberozvoj	vzdělání
	Bezpečí	
Sebehodnocení	sebeúcta	
	seberealizace	
	užitečnost	
Kontrola		

(Zdroj: Vařurová, 2005, s. 22, 23)

2 Stáří

2.1 Vymezení pojmu stáří

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné). Všechny změny se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné. Jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.

Múhlpachr (2004) používá pro popis stáří následující způsoby:

- Biologické stáří,
- Sociální stáří,
- Kalendářní stáří.

2.2 Biologické stáří

Múhlpachr (2004) uvádí, že biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, funkční zdatnost, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. arteroskleróza).

Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily. Stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.

2.3 Sociální stáří

Sociální stáří Múhlpachr (2004) popisuje jako kombinaci sociálních změn, popř. splnění určitých kritérií, které nastanou po odchodu člověka do penze nebo dosažení věku stanoveného pro odchod do starobního důchodu. V tomto období dochází ke změnám role

jedince, kterou dosud zastával ve společnosti, způsobu jeho života a také jeho ekonomického zajištění.

Sociální stáří je, jak uvádí Múhlpachr (2004), často nesprávně označované jako Třetí věk, někdy je také nazýváno postproduktivním obdobím, což vnucuje představu o stáří nejen jako o období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představu fáze za zenitem, bez produktivní přínosnosti. Termínem Třetí věk se vystavujeme podceňování, diskriminování nebo pauperizaci, potlačujeme hledisko osobnostního rozvoje, popř. možnosti celoživotního vzdělávání.

2.4 Chronologické stáří

Jak uvádí Múhlpachr (2004), nejznámějším měřítkem stárnutí je chronologické, (kalendářní) stáří. Kalendářní stáří je věk, arbitrárně stanovený, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

Chronologický věk ovšem nemůže být pokládán za spolehlivý ukazatel životního stavu konkrétního jedince, může pouze naznačovat stav průměrného člověka (<http://czmedicus.blogspot.com/?>).

Ve vnímání kalendářního stáří se také podle Múhlpachra (2004) uplatňuje demografické hledisko, čím více je seniorů ve společnosti (tedy čím je starší populace), tím vyšší je hranice stáří.

Múhlpachr (2004) uvádí, že závaznému vymezení stáří brání jednak velké rozdíly v projevech stáří u každého jedince (nesoulad mezi projevy psychickými, fyzickými), ale také historické, kulturní a sociální aspekty hodnocení stáří v každé lidské společnosti. Je velice těžké označit člověka jako starého, protože stárnutí je proces subjektivní a zároveň také relativní. Hezky to vystihuje lidové rčení: „*Jsem tak starý, na kolik se cítím.*“

2.5 Členění stáří

Každé vývojové období lidského jedince (ontogeneze) má své členění, proto také není výjimkou ani periodizace poslední etapy lidského života. Na členění této etapy existují různé názory.

Najdeme stovky charakteristik tohoto životního období. Obecně však platí, že stáří a stárnutí jsou pojmy relativní, ovšem k sjednocení používání těchto termínů bylo stanoveno, jak uvádí Šimíčková – Čížková (2008), že vývojová etapa stáří začíná šedesátým rokem věku jedince.

Při periodizaci lidského života můžeme použít jedno z nejčastějších a nejjednodušších členění a to členění dle kalendářního věku. Toto členění můžeme označit také jako matriční věk nebo jako chronologický věk. Stářím se dle kalendářního věku tedy rozumí dosažení určité (arbitrárně stanovené) věkové hranice, od které se obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná porovnatelnost.

Malíková (2011) uvádí členění Světové zdravotnické organizace (WHO), která vychází z patnáctiletých věkových cyklů:

- 60 – 74 let senescence (počínající, časné stáří),
- 75 – 89let kmetství (senium, vlastní stáří),
- 90 let avíce patriarchum (dlouhověkost).

Obdobně člení stáří i Mühlpachr (2004):

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit),
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí),
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení).

2.6 Stárnutí české populace

Česká republika se v mnohých demografických charakteristikách dosti rychle přibližuje západoevropským zemím. Přestože obyvatelstvo České republiky je v současné době

historicky nejstarší, jeho věková struktura patří prozatím k evropskému průměru. Očekává se však, že intenzita populačního stárnutí většinu západoevropských zemí dokonce výrazně předčí.

Jak uvádí sever Demografie.info.cz, v období let 2015-2030 bude intenzivní stárnutí probíhat ve všech evropských zemích. Po roce 2030 se začnou plně projevovat důsledky rozdílů současných i očekávaných úrovní plodnosti a úmrtnosti. Zatímco v zemích severní a západní Evropy lze podle projekcí OSN očekávat mírné zpomalení procesu stárnutí, v ostatních zemích se bude podíl seniorů i nadále výrazně zvyšovat. V demograficky nejstarších evropských zemích jižní a střední Evropy bude podíl seniorů dosahovat více než 30% z celkového počtu obyvatelstva. Česká republika s téměř 33% osob ve věku nad 65 let bude podle prognózy zaujímat šestou pozici v Evropě v pořadí zemí s nestarší populací (<http://www.demografie.info.cz>).

Stárnutí populace je fenomén, který charakterizuje současný demografický vývoj ve všech vyspělých ekonomikách (včetně České republiky). Stárneme v důsledku prodlužování lidského života. Stárnutí populace bude probíhat velmi rychlým tempem. Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale hlavně dojde ke stárnutí populace seniorů, kdy bude narůstat skupina tzv. velmi starých lidí (starších 80 let), kteří mají své specifické potřeby (viz Tabulka 2. Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze).

Tabulka 2. Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3%	12,9%	13,9%	23,1%	32,7%
Zastoupení osob nad 80 let	1,0%	1,7%	2,5%	5,3%	9,5%

(Zdroj: Malíková, 2011, s. 27)

Jak uvádí Malíková (2011), má stárnutí populace několik obecně známých příčin:

- klesající porodnost,
- snižující se úmrtnost ve všech věkových skupinách v důsledku lepší zdravotní péče,
- pokles kojenecké úmrtnosti,
- prodlužování střední délky života,
- snížení chudoby, sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky,
- pokrok v lékařství.

2.7 Životní změny ve stáří

Dle Venglářové probíhá ve stáří řada změn (viz Tabulka 3. Přehled změn ve stáří) tělesných, psychických i sociálních. Reakce stárnoucího člověka na tyto změny a způsoby, jakými se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláváním, prostředím ve kterém žije, reakcemi jeho okolí a jeho možnostmi. Od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří.

Tabulka 3. Přehled změn ve stáří

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

(Zdroj: Venglářová, 2007, s. 13)

3 Osoby seniorského věku

3.1 Charakteristika osoby seniorského věku

Sýkorová (2007) uvádí, že senioři sami sebe považují za staré nikoli z hlediska svého věku, či odchodu do důchodu ale většinou z hlediska zdravotního stavu. Zdraví je také nejvýznamnějším problémem, s nímž se potýkají. Jiné problémy totiž s danou životní fází zpravidla nespojují. Teprve když změny zdravotního stavu mají charakter výrazného zhoršení, ať již nastupují razantně nebo postupně, pak senioři začnou uznávat vlastní stáří. Pro vnímání věku je rozhodující také vitalita, míra pohyblivosti nebo osobní autonomie.

Malíková (2011) obecně charakterizuje stárnoucí osobu:

- Projevuje se u ní celkový úbytek sil a jednotlivých schopností jedince.
- Snižuje se u ní výkonnost a zvyšuje se potřeba větší přípravy, podpory a koncentrace na provádění jednotlivých činností.
- Zvyšuje se její potřeba odpočinku, poskytování podpory a pomoci.
- Mění se její žebříček životních hodnot a potřeb (vyšší potřeba lásky, jistoty, bezpečí, touha po upevnění citových vazeb aj.).
- Dochází u ní ke změnám v psychickém stavu a v emočních projevech.

3.2 Péče o seniory

Jak uvádí Malíková (2011), došlo v posledních letech (a stále dochází) v oblasti poskytování sociálních služeb ke změnám. Způsob poskytování sociální služby a pomoci před rokem 1989 stál na zcela odlišných základech. Lidé s postižením, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech – sociálních, zdravotnických. Existence skupiny těchto osob se tabuizovala. To znamenalo direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám, chyběl přístup k těmto osobám jako k lidským bytostem, které mají své potřeby a pocity, které cítí a vnímají, jak je o ně postaráno.

Tento model péče se díky změnám, které nastaly po roce 1989, jak uvádí Malíková (2011), začal částečně měnit, ale výraznější proměny situace začaly až po vstupu zákona,

č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) v platnost. Tento zákon se dotkl všech, kteří jsou zainteresováni v oblasti sociálních služeb (jako jsou uživatelé, poskytovatelé sociálních služeb, obce, kontrolní orgány).

V současné době jsou osobám seniorského věku poskytovány různými organizacemi podle zákona o sociálních službách různé sociální služby (viz Tabulka 4. Klasifikace sociálních služeb podle věku cílové skupiny – určené pro seniory), popř. o tyto osoby může pečovat i osoba blízká v rodinném prostředí, případně terminálně nemocní mohou využívat služeb hospiců.

Tabulka 4. Klasifikace sociálních služeb podle věku cílové skupiny – určené pro seniory

Sociální poradenství	Služby sociální péče	Služby sociální prevence
Základní a odborné sociální poradenství	Osobní asistence	Telefonická krizová pomoc
Poradny pro seniory	Pečovatelská služba	Tlumočnické služby
	Tísňová péče	Azylové domy
	Průvodcovské a předčitatelské služby	Kontaktní centra
	Podpora samostatného bydlení	Krizová pomoc
	Odlehčovací služby	Intervenční centra
	Centra denních služeb	Nízkoprahová denní centra
	Denní stacionáře	Noclehárny
	Týdenní stacionáře	Služby následné péče
	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
	Domovy pro seniory	Sociálně terapeutické dílny
	Domovy se zvláštním režimem	Terapeutické komunity
	Chráněné bydlení	Terénní programy
	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	Sociální rehabilitace

(Zdroj: Krejčířová, 2011, s. 55)

3.3 Osoby pečující o osoby seniorského věku

Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je definován okruh pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají odbornou činnost. Jedná se o následující kategorie pracovníků:

- sociální pracovníci,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří poskytují sociální služby,
- dobrovolníci, pokud jsou splněny podmínky podle zvláštního předpisu.

Ze všech těchto osob, které mohou o osoby seniorského věku pečovat, jsem si vybrala sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách ve smyslu zákona č. 108/2006 o sociálních službách, kterým se budu dále podrobněji věnovat. U obou skupin pracovníků patří mezi základní předpoklady pro výkon činnosti následující podmínky:

- způsobilost k právním úkonům,
- bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- odborná způsobilost.

Sociální pracovník vykonává dle zákona č. 108/2006 následující činnosti: sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně-právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně-právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Odbornou způsobilost pro výkon povolání sociálního pracovníka stanovuje zákon č. 108/2006 následujícím způsobem:

- vyšší odborné vzdělání získané v oborech (akreditovaných dle zvláštního předpisu) se zaměřením na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu (akreditovaném dle zvláštního předpisu) se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v zákoně v rozsahu nejméně 200 hodin, praxe v povolání sociálního pracovníka minimálně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského studia, které není výše uvedeno,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v zákoně v rozsahu nejméně 200 hodin, praxe v povolání sociálního pracovníka minimálně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, které bylo ukončeno nejpozději 31. 12. 1998,
- odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče má rovněž sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost dle zvláštního právního předpisu.

Jak uvádí zákon č. 108/2006, je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává následující činnosti:

- přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevnování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit se zaměřením na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,
- pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod

vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

- pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Jak uvádí Krejčířová a kol. (2011), odbornou způsobilostí pro výkon pracovníka v sociálních službách rozumíme:

- základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v rozsahu minimálně 150 hodin,
- základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v rozsahu minimálně 200 hodin,
- základní, střední nebo střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání.

Mimo podmínky odborné způsobilosti stanovuje zákon pro zaměstnance činné v sociálních službách povinnost dalšího vzdělávání v minimálním rozsahu 24 hodin za rok.

Jak uvádí Krejčířová a kol. (2011), podmínka absolvování kvalifikačního kurzu musí být splněna do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Do splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

3.4 Domovy pro seniory

V praktické části bakalářské práce chci sledovat kvalitu života osob, které pečují o seniory na profesionální bázi (v domovech pro seniory), proto uvádím stručnou charakteristiku těchto zařízení.

V domovech pro seniory, jak uvádí Krejčířová (2011), se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Je to služba sociální péče, je hrazená ze strany uživatele a její poskytování není časově omezené.

V domovech pro seniory se dle zákona č. 108/2006 poskytují tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Jak uvádí Malíková (2011), o klienty pečují tyto skupiny pracovníků:

- sociální pracovník,
- pracovník v sociálních službách,
- nelékařský zdravotní pracovník (vrchní sestra nebo vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut).

Cílem služby je, jak uvádí Krejčířová (2011), poskytnout osobám, které již nemohou být ve svém přirozeném sociálním prostředí, důstojné, plnohodnotné, bezpečné a aktivní prožití života, zachovat a rozvíjet jejich soběstačnost, společenské návyky a dovednosti.

3.5 Syndrom vyhoření

„Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s pracovním vyčerpáním u jinak zdravých jedinců“ (Venglářová, 2007, s. 80).

Venglářová (2007) uvádí základní předpoklady vzniku syndromu vyhoření:

- Přítomnost stresorů - při práci se seniory dochází v problematických situacích k vzniku stresu, který může být způsoben obavou o osud klienta, o jeho bezpečí, popř. o dobré zvládnutí péče. Projevuje se zde také obava z možného střetu s klientem, popř. se spolupracovníky, a v neposlední řadě svou roli hraje také strach ze ztráty zaměstnání.
- Frustrace – za základní potřebu je považována potřeba smysluplné práce. Při práci se seniory je třeba brát v úvahu, že jde především o zkvalitnění jejich života. Mohou sice přicházet i mírná zlepšení jejich stavu. Bohužel, na rozdíl třeba od zdravotnictví, chybí fáze uzdravení, která posiluje zdravotníky pracující v těchto odvětvích.
- Negativní vztahy – existence sporů, konfliktů, nekolegiální chování, snaha o zneužití moci, verbální i neverbální útoky ze strany klientů.
- Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce – míra svobody a kontroly, problémy s autoritou, nesmyslnost požadavků, nadměrné nebo nesmyslné požadavky na pracovníky.

Venglářová (2007) uvádí následující způsoby předcházení vzniku syndromu vyhoření:

- Péče o sebe, zdravý životní styl.
- Profesní růst – více ohroženi jsou jedinci, pro které je práce vším. V tomto případě může dojít i k rozpadu partnerských vztahů.
- Profesní růst - sem patří rozvoj komunikace, péče o pracovní prostředí, sledování podmínek k práci.
- Změna zaměstnání.

3.6 Supervize

Horecký (in Malíková 2011) popisuje supervizi jako formu podpory, učení a dohledu, při níž se mohou pracovníci v sociálních službách v bezpečném prostředí svěřit se svými problémy, naučit se je zvládat a zhodnotit, jak jsou ve svých činnostech efektivní.

Malíková (2011) uvádí, že mezi největší přínosy supervize patří:

- rozšiřování a získávání nových dovedností,
- pomoc při řešení obtížných případů,
- zvládnání emočně náročných situací,
- vzdělávací funkce (hlavně u začínajících pracovníků).

Venglářová (2007) člení supervizi na individuální a týmovou. Při individuální jde o setkávání pracovníka a supervizora, na začátku je třeba vymezit místo, čas a frekvenci schůzek. Oba zúčastnění se musí dohodnout na způsobu zacházení s informacemi. Naopak týmová forma zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu (běžně 8 – 10 osob). Obvykle se zaměřuje na vztahy uvnitř kolektivu, efektivitu práce týmu a pozice jednotlivých pracovníků.

Další členění supervize, tak jak je uvádí Venglářová (2007), může být podle:

- frekvence setkávání – pravidelné, příležitostné popř. krizové,
- pozice supervizora – interní, externí,
- dále může jít o konzultaci dvou kolegů, setkání bez supervizora nebo o sebereflexi.

Správně provedená supervize zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb a zlepšuje jak vztahy na pracovišti, tak i vztah pracovníků k sobě samým.

3.7 Postavení pracovníků v sociálních službách

Jak uvádí Malíková (2011), jsou na pracovníky činné v oblasti sociálních služeb kladeny velké požadavky, jejich práce je fyzicky i časově náročná, v některých případech může docházet i k jejich přetěžování.

Podle Malíkové (2011) se pracovníci při své práci setkávají také s obviňováním, slovním napadáním a vynucováním nepotřebné péče při činnostech, které klient zvládá sám. Klienti a jejich příbuzní velmi často příliš jednostranně zdůrazňují svoje práva.

Malíková (2011) dále uvádí, že práce v oblasti sociálních služeb by neměla sklízet nevděk a opovrhování. Jde o činnost vysoce záslužnou, kterou většina pracovníků vykonává zodpovědně a s velkým nasazením.

V poslední době klade společnost na oblast sociálních služeb stále nové a nové požadavky týkající rozsahu poskytovaných služeb, jejich kvality a v případě hrazených služeb i finanční dostupnosti. Vedle toho neustále dochází ke snižování objemu dotací směřovaných do jednotlivých sociálních služeb. Zaměstnanci některých poskytovatelů služeb každý rok čekají na výši schválené dotace od města popř. kraje, která jim umožní poskytovat služby v dalším roce (poznatek z praxe). Často je tato práce špatně finančně ohodnocená a těší se nízkému společenskému ocenění.

4 Praktická část

4.1 Cíl a metodologie práce

Tato bakalářská práce si klade za cíl rámcové zmapování vybraných aspektů kvality života osob, které pečují o osoby seniorského věku.

Konkrétním cílem bylo zjistit, jak pečující osoby hodnotí svoji spokojenost se svým zaměstnáním, popř., zda se toto hodnocení liší i podle pracovního zařazení jednotlivých dotazovaných osob.

Jako výzkumná metoda bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník obecně patří mezi nejrozšířenější metody sběru dat. Zahrnuje různé otázky, jejichž cílem je zjistit u dotazovaných osob jejich názor na zkoumanou problematiku. Tyto otázky mohou být koncipovány jako uzavřené (volba jedné z nabídnutých možností) nebo otevřené (dotazovaný má možnost doplnit vlastní odpověď). Při sestavování dotazníku je důležité na začátku zahrnout obecnější problematiku a postupně postupovat až k jádru zkoumaného problému.

Velmi důležité při dotazníkovém šetření je seznámit dotazované osoby s účelem, k němuž získaná data použijeme. Samozřejmě musíme těmto osobám poskytnout i návod, jak s dotazníkem pracovat (např. jak správně značit odpovědi).

Před započítím dotazníkového šetření jsem si připravila vytištěné formuláře dotazníku. Jednotlivé dotazované osoby jsem seznámila s účelem šetření. (získání podkladů pro zpracování bakalářské práce). Dále jsem je ujistila o naprosté anonymitě celého dotazování. Zároveň jsem jim vysvětlila způsob značení jejich odpovědí.

Po uskutečnění dotazníkového šetření přímo v terénu jsem získaná data uspořádala do tabulek a grafů pomocí programu Excel.

4.2 Stanovení výchozích předpokladů

Praktická část práce se zaměřuje na subjektivní hodnocení aspektů kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku v oblasti jejich každodenních aktivit souvisejících se zaměstnáním.

Před započítáním dotazníkového šetření byly stanoveny následující předpoklady:

- přibližně 65 - 70% dotazovaných je se svým zaměstnáním přinejmenším spokojeno,
- větší spokojenost bude zjištěna u zaměstnanců pracujících na pozici sociální pracovník a zdravotnický pracovník - cca 75%. Procento spokojenosti u pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků bude na úrovni 35 - 40%.

4.3 Charakteristika zařízení

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno ve dvou zařízeních sociálních služeb poskytujících služby domova pro seniory a to v Domově důchodců sv. Zdislavy v Červené Vodě a v Domově důchodců v Poličce (v obou případech se jedná o oficiální pojmenování, jak je tato zařízení užívají, proto v této práci, i když uvědomujeme si fakt, že je to v rozporu s platnou legislativou, budeme tato pojmenování užívat).

Domov důchodců v Poličce je umístěn v prostorách areálu zdravotních a sociálních služeb v Poličce (jde o objekt bývalé nemocnice). Poskytovatelem služby je svazek obcí Azass, který sdružuje obce v regionu Polička. O 50 seniorů, kteří využívají pobytové služby, pečuje v nepřetržitém provozu celkem 14 pracovníků. Domov přednostně nabízí svoje služby obyvatelům obcí sdružení Azass.

Historie domova pro seniory v Poličce začíná zánikem lůžkové péče v místní městské nemocnici. V letech 2001 – 2003 byla budova z roku 1932 přestavěna pro potřeby sociální péče. V roce 2003 byl zahájen provoz domova pro seniory. Od roku 2011 má domov další pobočku, která je v obci Bystré u Poličky (kapacita je 69 ubytovaných osob).

Zřizovatelem Domova důchodců sv. Zdislavy v Červené Vodě je obec Červená Voda, jméno zařízení odkazuje na Zdislavu z Lemberka, která se ve 13. století starala o staré, chudé a nemocné.

O 150 seniorů, kteří využívají jeho služby (pobytové, sociální, ošetrovatelské a zdravotní), pečuje celkem 80 pracovníků v nepřetržitém provozu. Ubytovaní senioři mají k dispozici jedno, dvou a tří lůžkové pokoje, které se nachází v komplexu vzájemně propojených budov domova pro seniory. Služby domova plně respektují individualitu každé osoby, podporují její sociální začleňování a zachovávají její důstojnost.

Historie domova důchodců v Červené Vodě se začala psát v roce 1951, kdy na něj byl adaptován dvoupatrový objekt obchodníka s textilním zbožím. Tehdejší kapacita byla 16 osob, a postupnými stavebními úpravami byla kapacita zvýšena až na 48 osob. K podstatnému zvýšení kapacity zařízení (až na 104 ubytovaných seniorů), došlo po roce 1960, kdy proběhla rozsáhlá přestavba domova. V roce 1970 došlo k dalšímu zvýšení kapacity na 130 ubytovaných seniorů, a zároveň byly v tomto roce přistavěny další provozní místnosti (sušárna, jídelna, prádelna). Následné stavební úpravy v roce 1975 umožnily zvýšení ubytovací kapacity na 146 osob. Během celkové rekonstrukce areálu, která probíhala od poloviny 90. let do roku 2000, byla zvýšena kapacita na dnešních 150 ubytovaných seniorů.

Až do roku 1978 o seniory pečovaly řádové sestry, po tomto roce byly nahrazeny civilními zaměstnanci.

Ubytování senioři mají možnost přímo v areálu domova využívat rozmanité služby jako je například kadeřník, pedikúra, popř. mají k dispozici i menší kantýnu.

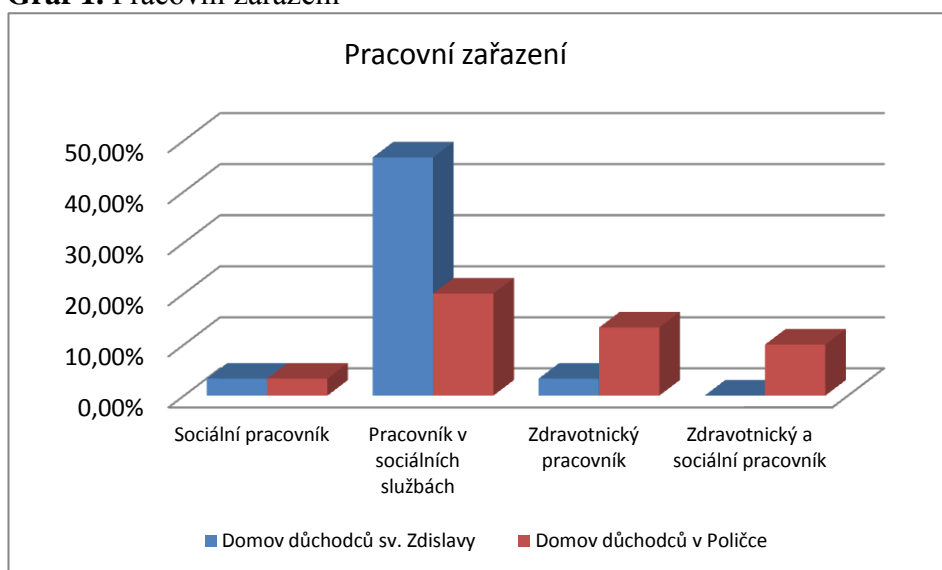
Na základě pozorování přímo v jednotlivých zařízeních, lze dle našeho názoru konstatovat, že obě zařízení poskytují svým klientům komfortní ubytování, celodenní stravování a odbornou péči.

4.4 Popis dotazovaného vzorku

V dotazovaném vzorku byly zastoupeny tyto jednotlivé skupiny pracovníků, které ve výše uvedených zařízeních vykonávaly přímou obslužnou péči o ubytované seniory – sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotnický pracovník a poslední skupina pojmenovaná jako zdravotnický a sociální pracovník, kterou tvořili zaměstnanci, kteří vykonávali na 0,5 úvazku činnost pracovníka v sociálních službách a na 0,5 úvazku činnost zdravotnického pracovníka (tato skupina pracovala pouze v Domově důchodců v Poličce). *Graf 1. Pracovní zařazení* uvádí zastoupení profesních skupin pečujících osob v jednotlivých zařízeních. Z grafu je zřejmé, že největší zastoupení ve vzorku dotazovaných osob měli pracovníci v sociálních službách, kteří tvořili celkem 66,67% dotazovaných, z toho bylo 46,67% z Červené Vody a 20% z Poličky. Druhou největší skupinu tvořili zdravotničtí pracovníci s podílem 16,67% osob, z toho bylo 3,33%

z Červené Vody a 13,33% z Poličky. Zdravotníci a sociální pracovníci tvořili 10% dotazovaných. Nejmenší část tvořili sociální pracovníci a to 6,67%.

Graf 1. Pracovní zařazení



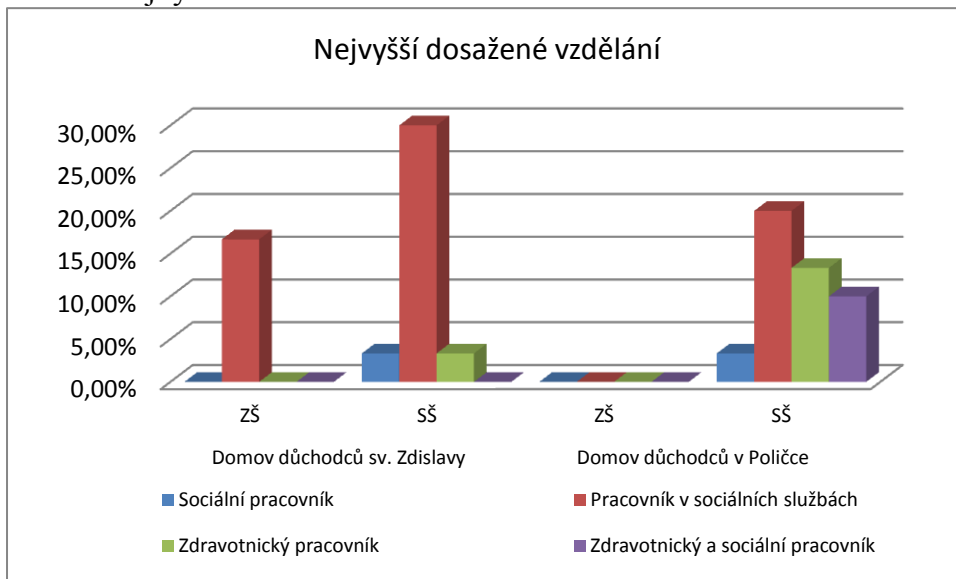
Tabulka 5 uvádí zastoupení pracovníků v jednotlivých skupinách pracovníků, které provádí přímou péči.

Tabulka 5. Pracovní zařazení pečujících osob

Pracovní zařazení	Domov pro seniory	
	Domov důchodců sv. Zdislavy	Domov důchodců v Poličce
Sociální pracovník	1	1
Pracovník v sociálních službách	14	6
Zdravotnický pracovník	1	4
Zdrav. a sociální pracovník	0	3

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání zobrazuje rozdělení dotazovaného vzorku osob dle nejvyššího dosaženého (a ukončeného) vzdělání. U celkem 83,33% všech dotazovaných pracovníků převládalo střední vzdělání, z toho bylo 50% pracovníků v sociálních službách, 16,67% zdravotnických pracovníků, 10% zdravotnických a sociálních pracovníků, a sociálních pracovníků bylo 6,67%. 16,67% osob uvedlo ukončené pouze základní vzdělání (jednalo se o pracovníky v sociálních službách z Domova důchodců sv. Zdislavy v Červené Vodě). Nikdo z dotazovaných osob neukončil vyšší odborné popř. vysokoškolské vzdělání.

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání



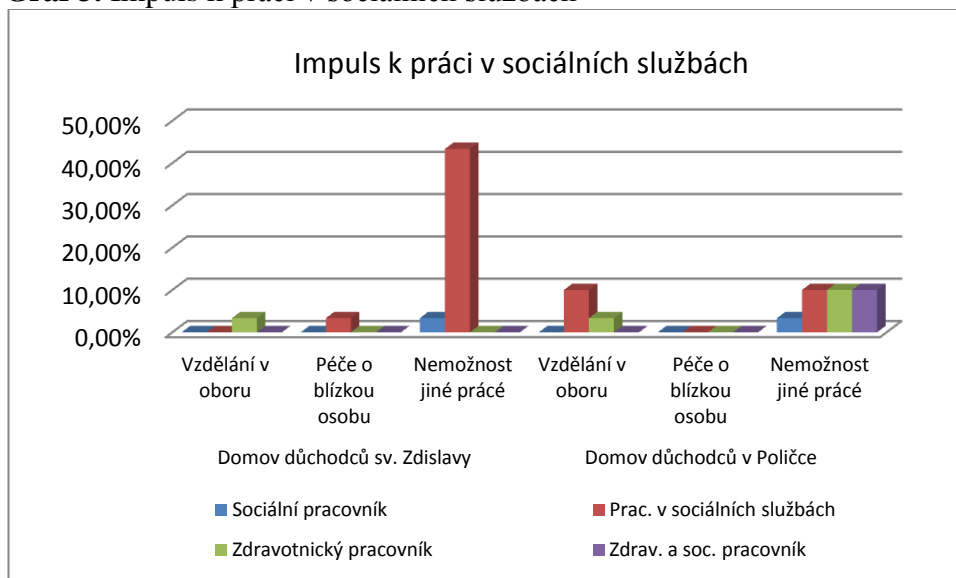
Tabulka 6. uvádí nejvyšší dosažené vzdělání u jednotlivých pracovníků.

Tabulka 6. Nejvyšší dosažené vzdělání

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy		Domov důchodců v Poličce	
	zŠ	sŠ	zŠ	sŠ
Sociální pracovník	0	1	0	1
Pracovník v sociálních službách	5	9	0	6
Zdravotnický pracovník	0	1	0	4
Zdravotnický a sociální pracovník	0	0	0	3

Dále jsem u dotazovaného vzorku zjišťovala, proč vlastně dotazované osoby pracují v oblasti sociálních služeb. Jako nejčastější impuls uvedlo 80% dotazovaných osob nemožnost nalézt jinou práci, z toho bylo 53,33% pracovníků v sociálních službách, 10 % zdravotnických pracovníků, 10 % zdravotnických a sociálních pracovníků a 6,67% sociálních pracovníků. 16,67% osob uvedlo jako impuls vzdělání v oboru, z toho bylo 10% pracovníků v sociálních službách a 6,67% zdravotnických pracovníků. 3,33% dotazovaných osob vedla k práci v domově pro seniory předcházející péče o sobu blízkou. *Graf 3 Impuls k práci v sociálních službách* zobrazuje motivaci dotazovaných osob pro volbu práce (zaměstnání) v domově pro seniory.

Graf 3. Impuls k práci v sociálních službách



Tabulka 7. zobrazuje počty dotazovaných pracovníků a jejich motivaci k práci v sociálních službách (domovech pro seniory).

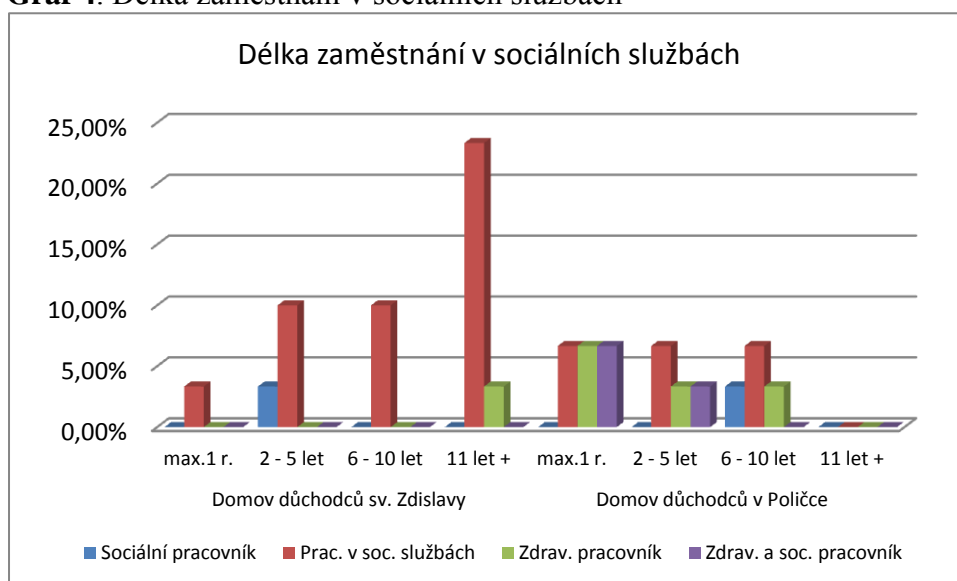
Tabulka 7. Impuls k práci v sociálních službách

Pracovní zařízení	Domov důchodců sv. Zdislavy			Domov důchodců v Poličce		
	Vzdělání v oboru	Péče o blízkou osobu	Nemožnost jiné práce	Vzdělání v oboru	Péče o blízkou osobu	Nemožnost jiné práce
Sociální pracovník	0	0	1	0	0	1
Prac. v sociálních službách	0	1	13	3	0	3
Zdravotnický pracovník	1	0	0	1	0	3
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	3

Dále nás zajímala i doba, po kterou dotazované osoby působí v oblasti sociálních služeb. Zajímala nás celková délka práce v oboru, ne jen délka práce pro současného zaměstnavatele. Graf 4. *Délka zaměstnání v sociálních službách* uvádí zjištěnou dobu působení dotazovaných osob v oblasti sociálních služeb. 26,67% procenta dotazovaných pracovalo v oblasti sociálních služeb 11 a více let, z toho bylo 23,33% pracovníků v sociálních službách a 3,33% zdravotnických pracovníků. Obdobně 26,67% zaměstnanců pracovalo v sociálních službách 2 – 5 let, z toho bylo 16,67% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků, 3,33% zdravotnických pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků. 23,33% dotazovaných působilo v sociální oblasti 6 – 10 let, z toho bylo 16,67% pracovníků v sociálních službách, 3,3% byli sociální pracovníci a zbylých 3,33% bylo tvořeno zdravotnickými pracovníky. 23,33% pracovníků v sociálních službách působilo maximálně do 1 roku, z toho bylo 10% pracovníků

v sociálních službách, 6,67% zdravotnických pracovníků, 6,67% zdravotnických a sociálních pracovníků.

Graf 4. Délka zaměstnání v sociálních službách



Tabulka 8. uvádí celkovou dobu působnosti v oblasti sociálních služeb u jednotlivých dotazovaných pracovníků.

Tabulka 8. Délka zaměstnání v oblasti sociálních služeb

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Max. 1 r.	2 - 5 let	6 - 10 let	11 let +	Max. 1 r.	2 - 5 let	6 - 10 let	11 let +
Sociální pracovník	0	1	0	0	0	0	1	0
Prac. v soc. službách	1	3	3	7	2	2	2	0
Zdrav. pracovník	0	0	0	1	2	1	1	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	2	1	0	0

4.5 Hodnocení spokojenosti dotazovaných osob v zaměstnání

Při hodnocení spokojenosti v zaměstnání jsem se u dotazovaných osob zaměřila na to, jak hodnotí následující oblasti:

- podmínky pro práci,
- vztahy mezi kolegy,
- vztahy s nadřízenými,

- kolik odpracují přesčasů měsíčně,
- supervizi,
- syndrom vyhoření,
- benefity poskytované zaměstnavatelem,
- vnímání společenského ocenění práce v sociálních službách,
- možnosti kariérního postupu,
- další vzdělávání nad zákonem stanovený rámec,
- prolínání pracovních problémů do soukromého života.

4.6 Pracovní podmínky

Graf 5. Pracovní podmínky zobrazuje hodnocení pracovních podmínek. Je zřetelné, že největší skupina dotazovaných, celkem 50% hodnotí podmínky pro svoji práci jako velmi dobré, z toho bylo 43,33% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických pracovníků.

Za dobré považovalo pracovní podmínky 26,67% dotazovaných, z toho bylo 13,33% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků.

13,33% dotazovaných považuje svoje pracovní podmínky za průměrné, z toho bylo 6,67% zdravotnických a sociálních pracovníků, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických pracovníků.

Jen 10% dotazovaných hodnotilo svoje pracovní podmínky jako špatné, jednalo se pracovníky v sociálních službách z Domova důchodců v Poličce.

Graf 5. Pracovní podmínky

Tabulka 9 uvádí hodnocení pracovních podmínek jednotlivými dotazovanými osobami.

Tabulka 9. Hodnocení pracovních podmínek

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník	1	0	0	0	0	0	1	0
Prac. v soc. službách	11	3	0	0	2	1	0	3
Zdrav. pracovník	1	0	0	0	0	3	1	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	1	2	0

4.7 Vztahy mezi kolegy na pracovišti

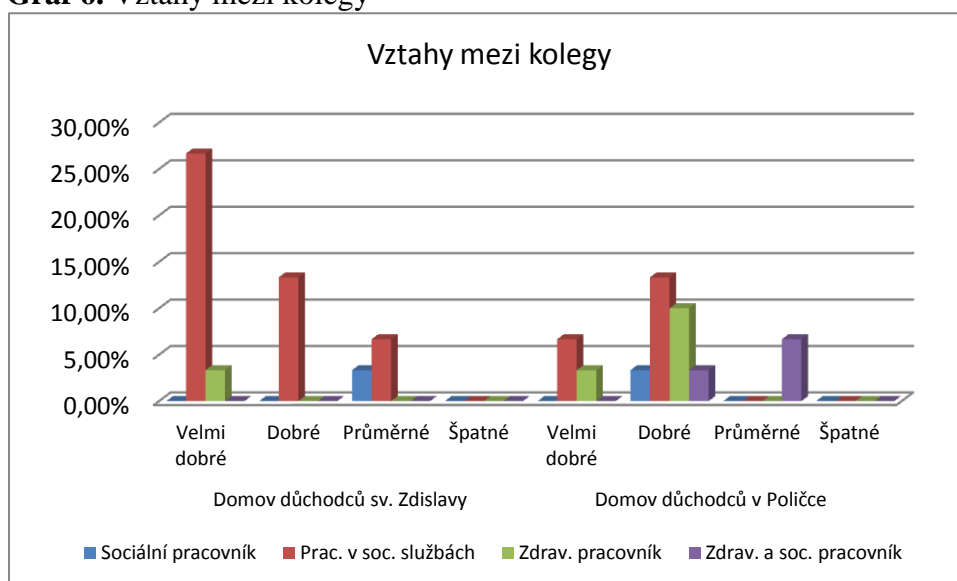
Při zjišťování, jak dotazované osoby hodnotí vztahy mezi kolegy, bylo vyhodnoceno, že za dobré je považovalo 43,33% dotazovaných, z toho bylo 26,67% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických pracovníků, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků.

40% dotazovaných hodnotilo pracovní vztahy jako velmi dobré, z toho bylo 33,33% pracovníků v sociálních službách a 6,67% zdravotnických pracovníků.

Za průměrné považovalo svoje vztahy s kolegy 16,67% dotazovaných, z toho 6,67% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických a sociálních pracovníků a 3,33% sociálních pracovníků.

Za špatné nepovažoval vztahy s ostatními pracovníky nikdo z dotazovaných. Hodnocení vztahů mezi kolegy uvádí *Graf 6. Vztahy mezi kolegy*.

Graf 6. Vztahy mezi kolegy



Tabulka 10. uvádí, jak dotazované osoby hodnotí vztahy s kolegy.

Tabulka 10. Hodnocení vztahů s kolegy

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník	0	0	1	0	0	1	0	0
Prac. v soc. službách	8	4	2	0	2	4	0	0
Zdrav. pracovník	1	0	0	0	1	3	0	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	1	2	0

4.8 Vztahy s nařízenými pracovníky

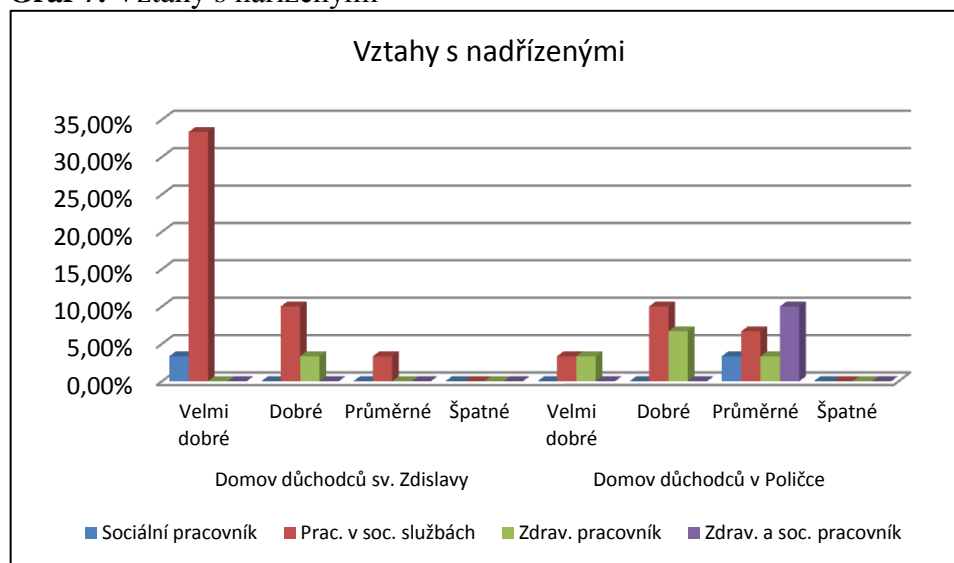
Další oblastí, na kterou jsem se dotazovala, bylo hodnocení vztahů s nadřízenými pracovníky. *Graf 7. Vztahy s nařízenými* zobrazuje, jak dotazované osoby hodnotí vztahy s nadřízenými.

Nejvíce dotazovaných, celkem 43,33% dotazovaných, z toho 36,67% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických pracovníků považovalo tyto vztahy za velmi dobré.

Za dobré je považovalo 30% dotazovaných, z toho bylo 20% pracovníků v sociálních službách a 10% zdravotnických pracovníků.

Za průměrné považovalo vztahy s nadřízenými 26,67% dotazovaných osob, z toho bylo 10% zdravotnických a sociálních pracovníků, 10% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických pracovníků. Za špatné nepovažoval vztahy s nadřízenými nikdo z dotazovaných.

Graf 7. Vztahy s nadřízenými



Tabulka 11. uvádí hodnocení vztahů s nadřízenými podle jednotlivých dotazovaných osob.

Tabulka 11. Hodnocení vztahů s nadřízenými

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník	1	0	0	0	0	0	1	0
Prac. v soc. službách	10	3	1	0	1	3	2	0
Zdrav. pracovník	0	1	0	0	1	2	1	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	0	3	0

4.9 Projevy problémů v zaměstnání v soukromém životě

Graf 8. Projevy problémů v zaměstnání v soukromém životě zobrazuje, jak moc se problémové situace v zaměstnání projevují v soukromém životě dotazovaných osob. 36,67% dotazovaných, z toho bylo 26,67% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků, 3,33% zdravotnických pracovníků a 3,33% zdravotnických

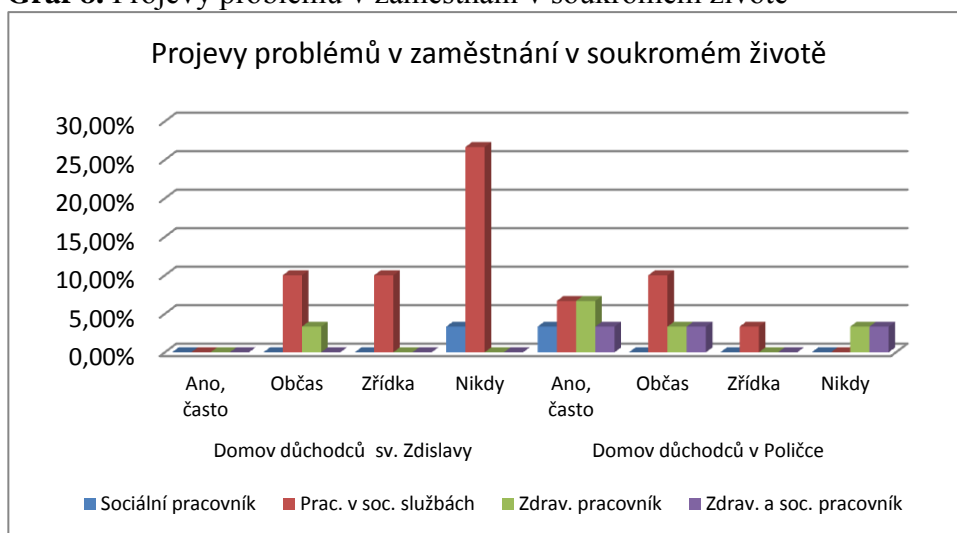
a sociálních pracovníků, si nikdy nepřeneslo pracovní problémy do svého soukromého života.

U 30% dotazovaných osob, (z toho bylo 20% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků), se pracovní problémy občas promítaly do soukromého života.

20% dotazovaných osob, z toho bylo 6,67% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických pracovníků, 3,33% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků, uvedlo, že si pracovní problémy přenáší často do svého soukromí.

Zřídka si přeneslo pracovní problémy do soukromého života 13,33% dotazovaných (vše pracovníci v sociálních službách).

Graf 8. Projevy problémů v zaměstnání v soukromém životě



Tabulka 12. uvádí počty jednotlivých pracovníků, tak jak oni vnímali, že se u nich pracovní problémy projevují v jejich soukromém životě.

Tabulka 12. Projevy problémů v zaměstnání v soukromém životě

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Ano, často	Občas	Zřídka	Nikdy	Ano, často	Občas	Zřídka	Nikdy
Sociální pracovník	0	0	0	1	1	0	0	0
Prac. v soc. službách	0	3	3	8	2	3	1	0
Zdrav. pracovník	0	1	0	0	2	1	0	1
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	1	1	0	1

4.10 Přesčasý

Jako další podklad pro hodnocení spokojenosti se zaměstnáním v oblasti péče o seniory jsem zjišťovala množství odpracovaných přesčasových hodin v měsíci. Zjištěné výsledky uvádím v *Grafu 9. Přesčasové hodiny v měsíci*.

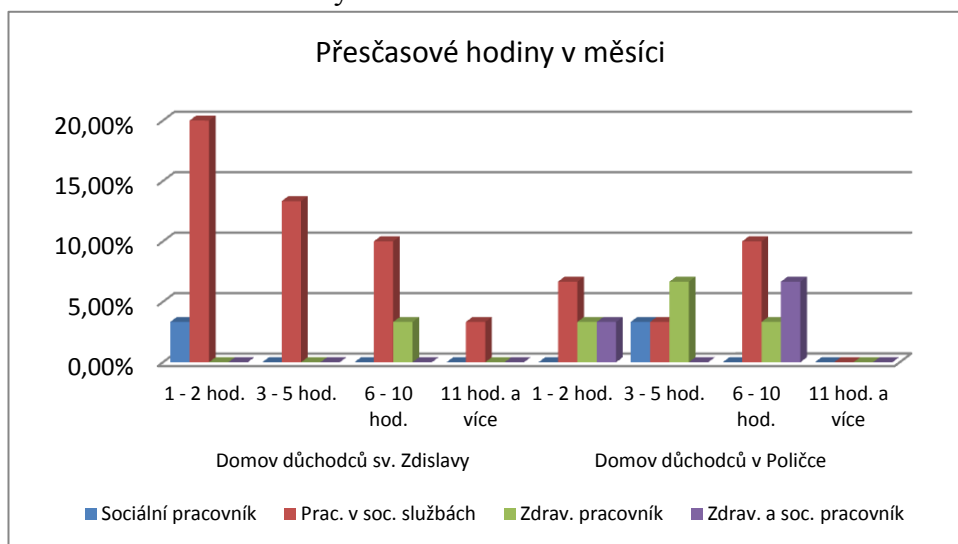
Nejvíce dotazovaných - 36,67% osob, z toho bylo 26,67% pracovníků v sociálních službách, 3,33% sociálních pracovníků, 3,33% zdravotnických pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků, pracovalo měsíčně 1 až 2 hodiny přesčas.

6 až 10 hodin odpracovaných přesčasů v kalendářním měsíci uvedlo 33,33% procenta dotazovaných, z toho bylo 20% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických pracovníků a 6,67% zdravotnických a sociálních pracovníků.

26,67% dotazovaných uvedlo, že měsíčně odpracuje 3 až 5 hodin přesčas, z toho bylo 16,67% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických pracovníků a 3,33% sociálních pracovníků.

3,33% dotazovaných osob (vše pracovníci v sociálních službách) uvedlo, že objem jejich měsíčních přesčasů dosahuje 11 a více hodin.

Graf 9. Přesčasové hodiny v měsíci



Tabulka 13. uvádí množství přesčasových hodin u jednotlivých dotazovaných pracovníků.

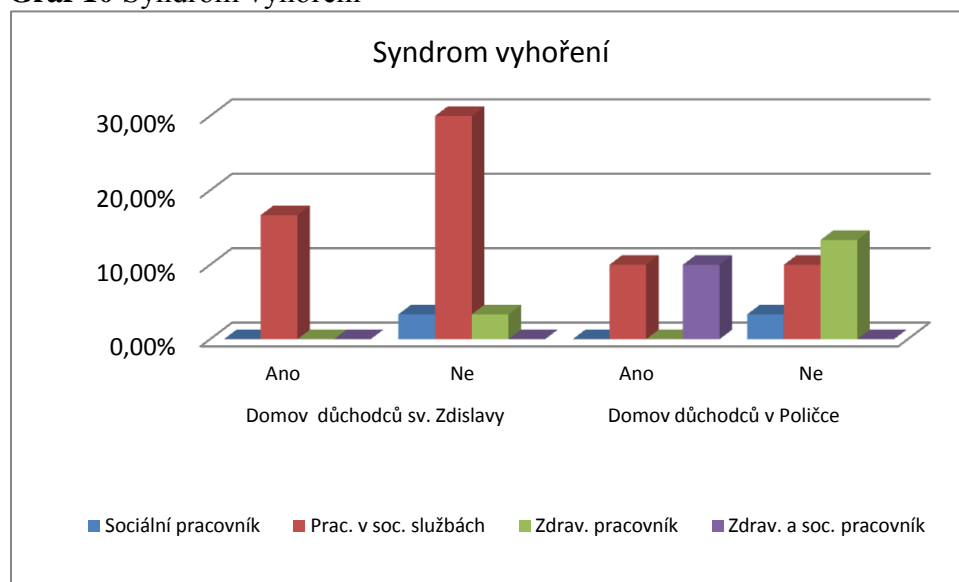
Tabulka 13. Přesčasová práce v kalendářním měsíci

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	1 - 2 hod.	3 - 5 hod.	6 - 10 hod.	11 hod. a více	1 - 2 hod.	3 - 5 hod.	6 - 10 hod.	11 hod. a více
Sociální pracovník	1	0	0	0	0	1	0	0
Prac. v soc. službách	6	4	3	1	2	1	3	0
Zdrav. pracovník	0	0	1	0	1	2	1	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	1	0	2	0

4.11 Syndrom vyhoření

Dále jsem zjišťovala, jak dotazované osoby vnímají ohrožení syndromem vyhoření. Zjištěné výsledky zobrazuje *Graf 10 Syndrom vyhoření*. Z něj je zřejmé, že 63,33% dotazovaných, z toho bylo 40% pracovníků v sociálních službách, 16,67% zdravotnických pracovníků a 6,67% sociálních pracovníků, nepociťovalo příznaky tohoto syndromu.

Naopak ohroženo syndromem vyhoření se cítilo 36,67 dotazovaných, z toho bylo 26,67% pracovníků v sociálních službách a 10% zdravotnických a sociálních pracovníků.

Graf 10 Syndrom vyhoření

Tabulka 14. uvádí, jak dotazované osoby vnímaly svoje ohrožení syndromem vyhoření.

Tabulka 14. Ohrožení syndromem vyhoření

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy		Domov důchodců v Poličce	
	Ano	Ne	Ano	Ne
Sociální pracovník	0	1	0	1
Prac. v soc. službách	5	9	3	3
Zdrav. pracovník	0	1	0	4
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	3	0

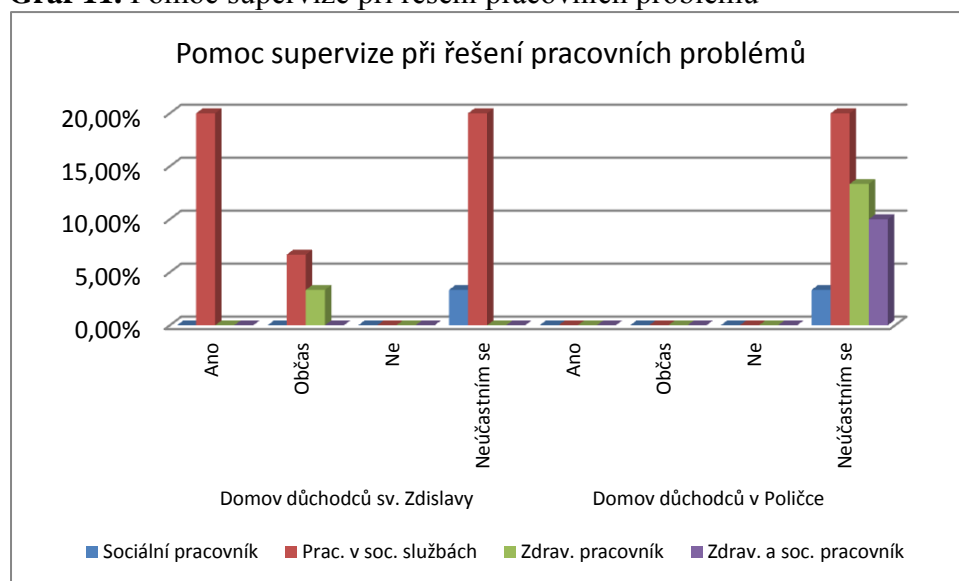
4.12 Pomoc supervize

Při zjišťování, jak pomáhá supervize jednotlivým pracovníkům, bylo zjištěno, že supervize se účastnilo pouze 30% všech dotazovaných. Z toho 20% dotazovaných (vše pracovníci v sociálních službách) uvedlo, že jim supervize pomáhala vždy při řešení jejich pracovních problémů.

Občas pomáhala supervize 10% dotazovaných, z toho bylo 6,67% pracovníků v sociálních službách a 3,33% zdravotnických pracovníků.

70% dotazovaných se supervize neúčastnilo, nebo v zařízení, kde pracovali, se supervize neprováděla (Domov důchodců v Poličce).

Grafické znázornění pomoci supervize při řešení pracovních problémů zobrazuje *Graf. 11. Pomoc supervize při řešení pracovních problémů.*

Graf 11. Pomoc supervize při řešení pracovních problémů

Tabulka 15. uvádí, jak dotazované osoby vnímají přínos supervize při řešení pracovních problémů.

Tabulka 15. Pomoc supervize při řešení pracovních problémů

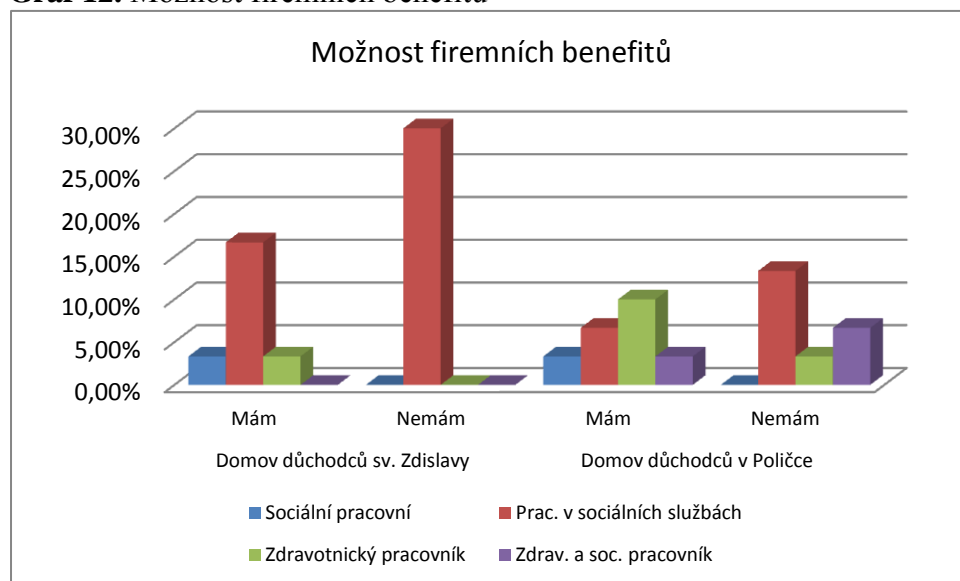
Pracovní zařazení	Domov sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Ano	Občas	Ne	Ne- účastním se	Ano	Občas	Ne	Ne- účastním se
Sociální pracovník	0	0	0	1	0	0	0	1
Prac. v soc. službách	6	2	0	6	0	0	0	6
Zdrav. pracovník	0	1	0	0	0	0	0	4
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	0	0	3

4.13 Firemní benefity

Dále jsem zjišťovala, zda jsou dotazovaní zaměstnanci svým zaměstnavatelem motivováni formou různých benefitů (jako jsou např. stravenky, týden dovolené navíc apod.). Zjištěné výsledky uvádí *Graf 12. Možnost firemních benefitů*.

53,33% dotazovaných osob, z toho bylo 43,33% pracovníků v sociálních službách, 6,67% zdravotnických a sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických pracovníků, uvedlo, že jim zaměstnavatel žádné firemní benefity k platu neposkytuje.

Naopak 46,67% dotazovaných (z toho bylo 23,33% pracovníků v sociálních službách, 13,33% zdravotnických pracovníků, 6,67% sociálních pracovníků a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků) uvedlo, že firemních benefitů (stravenky, týden placené dovolené navíc) využívá.

Graf 12. Možnost firemních benefitů

Tabulka 16. uvádí možnosti čerpání firemních benefitů k platu u jednotlivých dotazovaných pracovníků.

Tabulka 16. Možnost čerpání firemních benefitů

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy		Domov důchodců v Poličce	
	Mám	Nemám	Mám	Nemám
Sociální pracovník	1	0	1	0
Prac. v sociálních službách	5	9	2	4
Zdravotnický pracovník	1	0	3	1
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	1	2

Rozpor v tom, že část dotazovaných pracovníků (i na stejné pozici) v rámci jednoho zařízení uvedla, že využívá určité benefity a část odpověděla, že jim zaměstnavatel žádné benefity neposkytuje, mohla být způsobená např. neznalostí zákonné délky dovolené nebo považováním stravenek za samozřejmost a nikoliv za benefit.

4.14 Společenské ocenění

Se spokojeností pracovníka se svým zaměstnáním úzce souvisí i společenské uznání vykonávané profese. *Graf 13. Společenské ocenění práce v sociálních službách* zobrazuje, jak dotazovaní zaměstnanci vnímají společenské ocenění jejich práce.

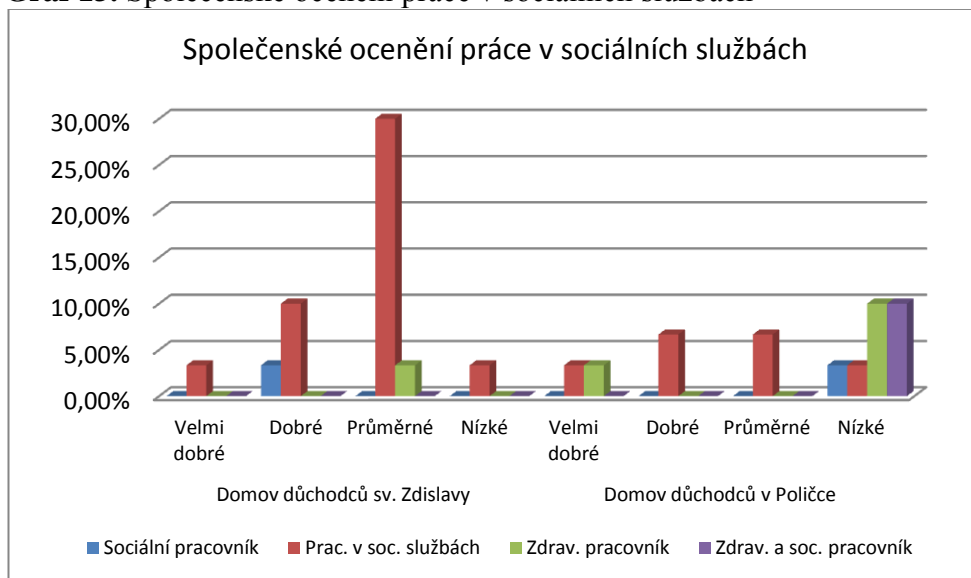
40% dotazovaných osob, z toho bylo 36,67% pracovníků v sociálních službách a 3,3% zdravotnických pracovníků, považovalo společenské ocenění své práce za průměrné.

30% dotazovaných, z toho bylo 10% zdravotnických pracovníků, 10% zdravotnických a sociálních pracovníků, 6,67% pracovníků v sociálních službách a 3,33% sociálních pracovníků, považovalo společenské ocenění své práce v sociálních službách za nízké.

Jako dobré vnímalo společenské ocenění své práce 20% dotazovaných, z toho bylo 16,67% pracovníků v sociálních službách a 3,33% sociálních pracovníků. Jako velmi nízké vnímalo uznání své práce ze strany společnosti 10% dotazovaných (vše zdravotničtí a sociální pracovníci).

Naopak 10% dotazovaných, z toho 6,67% pracovníků v sociálních službách a 3,33% zdravotnických pracovníků se domnívalo, že společenské ocenění jejich práce je velmi dobré.

Graf 13. Společenské ocenění práce v sociálních službách



Tabulka 17. uvádí, jak dotazované osoby hodnotily společenské ocenění své práce v sociálních službách.

Tabulka 17. Společenské ocenění práce v sociálních službách

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy					Domov důchodců v Poličce				
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Nízké	Velmi nízké	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Nízké	Velmi nízké
Sociální pracovník	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Prac. v soc. službách	1	3	9	1	0	1	2	2	1	0
Zdrav. pracovník	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3

4.15 Úvahy o změně zaměstnání

Dále bylo zjišťováno, zda dotazované osoby uvažují o změně zaměstnání. Zjištěné výsledky uvádí *Graf 14. Úvahy o změně zaměstnání*. 66,67% dotazovaných osob, z toho bylo 53,33% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických pracovníků a 3,33% sociálních pracovníků, neuvažovalo o změně zaměstnání.

Naopak 33,33% dotazovaných, z toho bylo 13,33% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických a sociálních pracovníků, 6,67% zdravotnických pracovníků a 3,33% sociálních pracovníků, přemýšlelo o změně zaměstnání. U této skupiny je z grafu také patrné, že více dotazovaných, kteří uvažovali o změně zaměstnání, pracovalo v Domově důchodců v Poličce.

Graf 14. Úvahy o změně zaměstnání



Tabulka 18. uvádí pro přehled počty a pracovní zařazení dotazovaných osob a zda uvažují nebo neuvažují o změně svého zaměstnání.

Tabulka 18. Úvahy o změně zaměstnání

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy		Domov důchodců v Poličce	
	Uvažují	Neuvažují	Uvažují	Neuvažují
Sociální pracovník	0	1	1	0
Prac. v sociálních službách	1	13	3	3
Zdravotnický pracovník	0	1	2	2
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	3	0

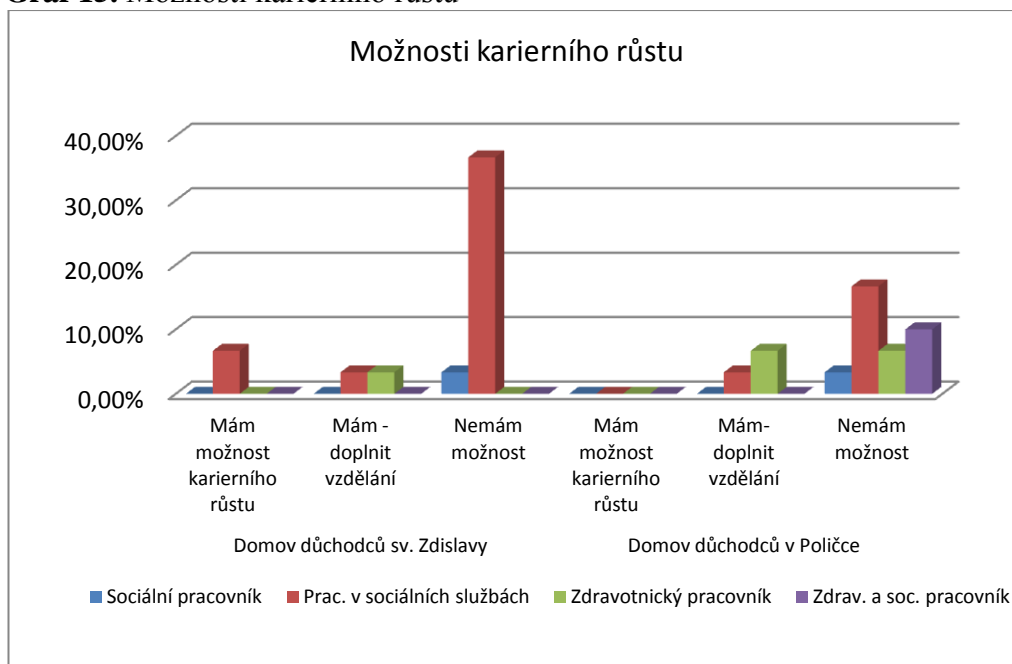
4.16 Kariérní růst

Dále jsem zjišťovala možnost kariérního růstu u dotazovaných osob v jejich současném zaměstnání. Zjištěné výsledky uvádí *Graf 15. Možnosti kariérního růstu*. 76,67% dotazovaných osob, z toho bylo 53,33% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických a sociálních pracovníků, 6,67% zdravotnických pracovníků a 6,67% sociálních pracovníků, uvedlo, že u současného zaměstnavatele nemají žádnou možnost kariérního růstu.

16,67% dotazovaných, z toho bylo 10% zdravotnických pracovníků a 6,67% pracovníků v sociálních službách, uvedlo, že mají možnost kariérního postupu v případě, že si doplní vzdělání.

Pouze 6,67% dotazovaných, vše pracovníci v sociálních službách, se domnívalo, že mají možnost kariérního růstu u současného zaměstnavatele bez splnění dalších podmínek.

Graf 15. Možnosti kariérního růstu



Tabulka 19. uvádí, jak dotazovaní uchazeči hodnotili další možnosti svého kariérního postupu u současného zaměstnavatele.

Tabulka 19. Možnosti kariérního růstu

Pracovní zařazení	Domov sv. Zdislavy			Domov důchodců v Poličce		
	Mám možnost kariérního růstu	Mám - doplnit vzdělání	Nemám možnost	Mám možnost kariérního růstu	Mám - doplnit vzdělání	Nemám možnost
Sociální pracovník	0	0	1	0	0	1
Prac. v sociálních službách	2	1	11	0	1	5
Zdravotnický pracovník	0	1	0	0	2	2
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	3

4.17 Další vzdělávání nad rámec stanovený zákonem

Poslední oblastí, na kterou jsem se zaměřila během dotazníkového šetření, bylo, zda si dotazované osoby doplňují vzdělání nad zákonem stanovený rámec. Zjištěné výsledky uvádí *Graf 16. Vzdělávání nad rámec stanovený zákonem.*

Překvapivě nejvíce dotazovaných - 66,67% pracovníků, z toho bylo 50% pracovníků v sociálních službách, 10% zdravotnických pracovníků, 3,33% zdravotnických a sociálních

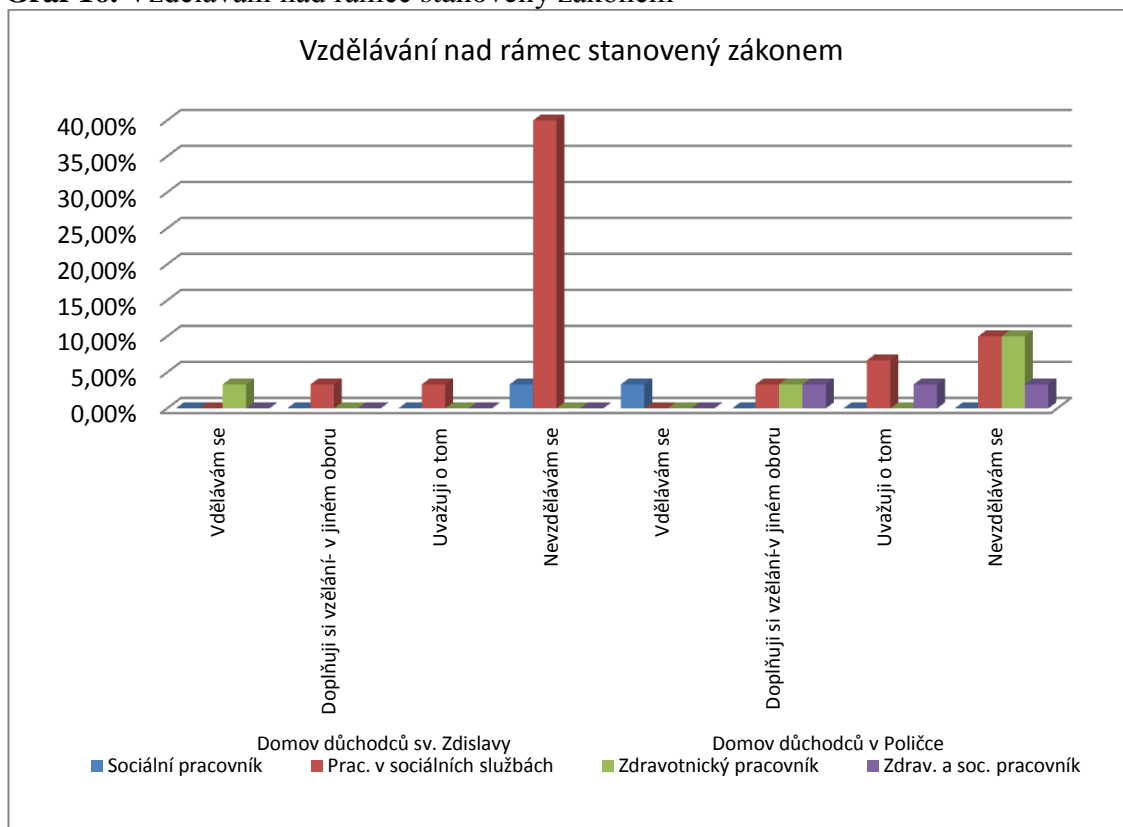
pracovníků a 3,33% sociálních pracovníků, uvedlo, že se nevzdělávají nad zákonem stanovený rámec.

O dalším vzdělávání zatím uvažovalo (aniž by s ním začalo) 13,33% dotazovaných, z toho bylo 6,67% pracovníků v sociálních službách a shodně po 3,33% zdravotnických pracovníků a zdravotnických a sociálních pracovníků.

Dalších 13,33% dotazovaných, z toho bylo 6,67% pracovníků v sociálních službách 3,33% zdravotnických a 3,33% zdravotnických a sociálních pracovníků, si vzdělání doplňovalo v jiném oboru, než byla oblast sociálních služeb.

Pouze 6,67% dotazovaných, z toho 3,33% zdravotnických a 3,33% sociálních pracovníků se vzdělává v oblasti sociálních služeb nad rámec stanovený zákonem.

Graf 16. Vzdělávání nad rámec stanovený zákonem



Tabulka 20. uvádí, jak se dotazované osoby vzdělávají nad rámec stanovený zákonem.

Tabulka 20. Vzdělávání nad rámec stanovený zákonem

Pracovní zařazení	Domov důchodců sv. Zdislavy				Domov důchodců v Poličce			
	Vzdělávám se	Vzdělávám se, ale v jiném oboru	Uvažuji o vzdělávání	Nevzdělávám se	Vzdělávám se	Vzdělávám se, ale v jiném oboru	Uvažuji o vzdělávání	Nevzdělávám se
Sociální pracovník	0	0	0	1	1	0	0	0
Prac. v sociálních službách	0	1	1	12	0	1	2	3
Zdravotnický pracovník	1	0	0	0	0	1	0	3
Zdrav. a soc. pracovník	0	0	0	0	0	1	1	1

4.18 Srovnání spokojenosti vybraných skupin zaměstnanců

Z výše uvedených výsledků dotazníkového šetření zpracovaných do grafů a tabulek je možno stanovit, zda se náš první předpoklad potvrdil. Aby bylo možno potvrdit nebo vyvrátit druhý výchozí předpoklad, rozdělila jsem si dotazované pracovníky do dvou skupin. První skupinu tvořili sociální a zdravotničtí pracovníci. Druhá skupiny byla tvořena pracovníky v sociálních službách a zdravotnickými a sociálními pracovníky.

U obou těchto skupin jsem se zaměřila na hodnocení:

- pracovních podmínek,
- vztahů s kolegy,
- vztahů s nadřízenými,
- možnosti kariérního růstu
- úvah o změně zaměstnání,

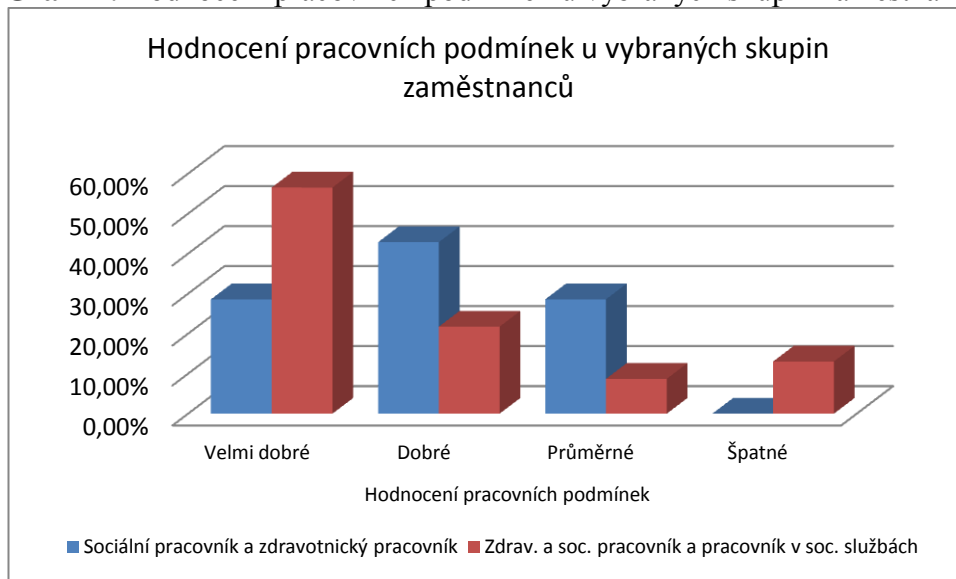
Získané výsledky byly opět zpracovány do grafů a tabulek.

4.18.1 Hodnocení pracovních podmínek

Při hodnocení pracovních podmínek bylo zjištěno, že ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků je hodnotilo jako velmi dobré 28,67% dotazovaných, jako dobré 42,86% dotazovaných, za průměrné je považovalo 28,57% dotazovaných. Za špatné nepovažoval pracovní podmínky nikdo z tázaných.

Druhá skupina tvořená pracovníky v sociálních službách a zdravotnickými a sociálními pracovníky hodnotila svoje pracovní podmínky následujícím způsobem: 56,52% dotazovaných je považovalo za velmi dobré, 21,74% je považovalo za dobré. Jako průměrné je hodnotilo 8,70% dotazovaných a za špatné je považovalo 13,04% dotazovaných osob. Grafické zpracování výsledků uvádím v *Grafu 17. Hodnocení pracovních podmínek u vybraných skupin zaměstnanců.*

Graf 17. Hodnocení pracovních podmínek u vybraných skupin zaměstnanců



Tabulka 21. uvádí počty pracovníků v jednotlivých skupinách a jejich hodnocení pracovních podmínek.

Tabulka 21. Hodnocení pracovních podmínek u vybraných skupin zaměstnanců

Pracovní zařazení	Hodnocení pracovních podmínek			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník a zdravotnický pracovník	2	3	2	0
Zdrav. a soc. pracovník a pracovník v soc. službách	13	5	2	3

4.18.2 Vztahy s kolegy

57,14% sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků hodnotilo vztahy s kolegy jako dobré, za velmi dobré je považovalo 28,57% dotazovaných a jako průměrné je vnímalo 14,29% dotazovaných osob z této skupiny zaměstnanců.

Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků je 43,48% osob považovalo za velmi dobré, 39,13% dotazovaných je považovalo za dobré

a 17,39% je hodnotilo jako průměrné. Uvedené výsledky zobrazuje *Graf 18. Hodnocení vztahů s kolegy u vybraných skupin zaměstnanců.*

Graf 18. Hodnocení vztahů s kolegy u vybraných skupin zaměstnanců



Tabulka 22. uvádí počty pracovníků v jednotlivých skupinách a jejich hodnocení vztahů s kolegy.

Tabulka 22. Hodnocení vztahů s kolegy u vybraných skupin zaměstnanců

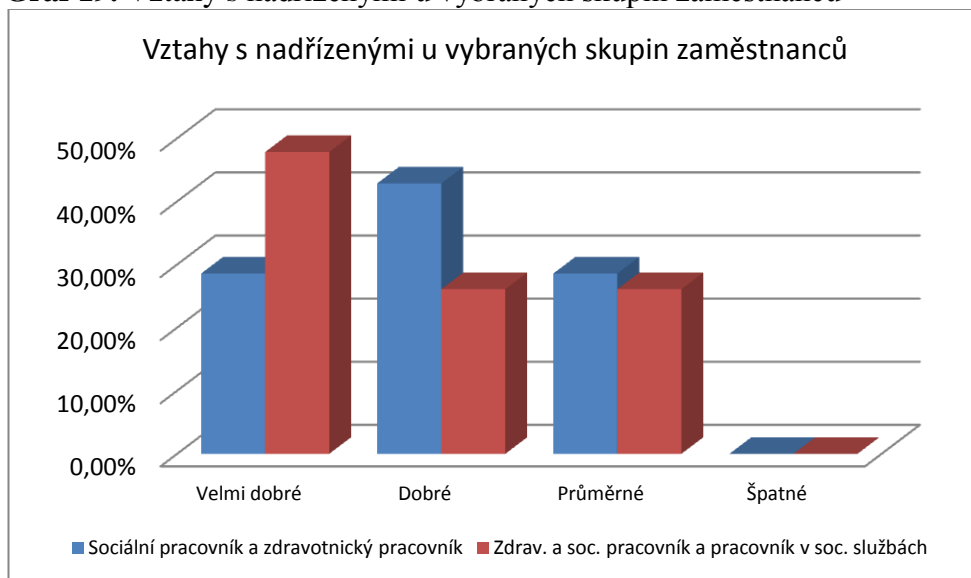
Pracovní zařazení	Vztahy s kolegy			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník a zdravotnický pracovník	2	4	1	0
Zdrav. a soc. pracovník a pracovník v soc. službách	10	9	4	0

4.18.3 Vztahy s nadřízenými

Ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků hodnotilo 42,86% dotazovaných svoje vztahy s nadřízenými jako dobré, za velmi dobré a průměrné je považovalo shodně 28,57% dotazovaných.

Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků považovalo vztahy s nadřízenými za velmi dobré 47,83% dotazovaných. Shodně po 26,09% dotazovaných je mělo za dobré a průměrné. Grafické znázornění hodnocení vztahů s nadřízenými uvádí *Graf 19. Vztahy s nadřízenými u vybraných skupin zaměstnanců.*

Graf 19. Vztahy s nadřízenými u vybraných skupin zaměstnanců



Tabulka 23. uvádí počty pracovníků v jednotlivých skupinách a jejich hodnocení vztahů s nadřízenými pracovníky.

Tabulka 23. Hodnocení vztahů s nadřízenými u vybraných skupin zaměstnanců

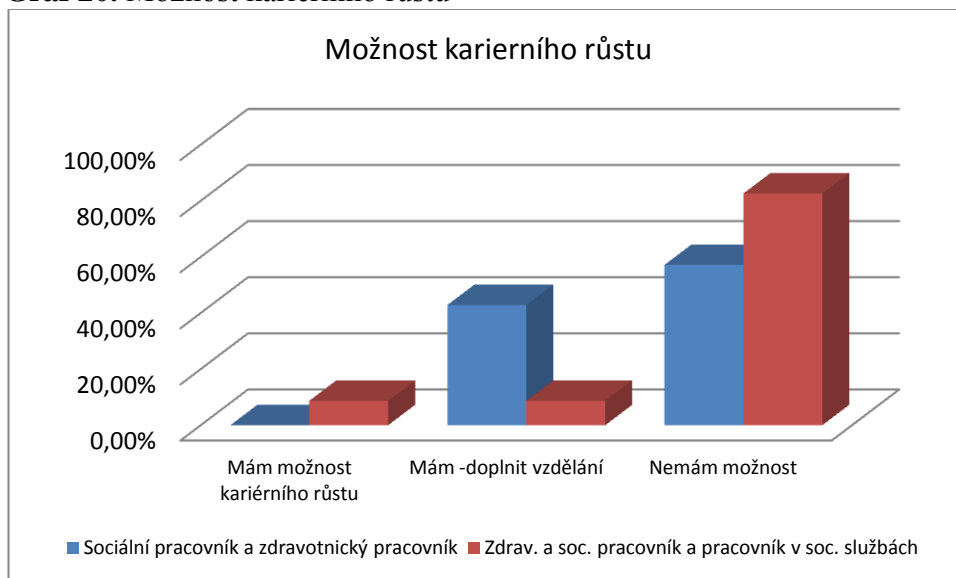
Pracovní zařazení	Vztahy s nadřízenými			
	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné
Sociální pracovník a zdravotnický pracovník	2	3	2	0
Zdrav. a soc. pracovník a pracovník v soc. službách	11	6	6	0

4.18.4 Možnosti kariérního růstu

Ve skupině sociálních a zdravotnických pracovníků nejvíce dotazovaných, celkem 57,14% osob uvedlo, že nemá možnost kariérního postupu. Naopak 42,86% dotázaných pracovníků se domnívalo, že by tuto možnost mělo, za předpokladu, že si doplní vzdělání.

Obdobně negativně vnímala možnosti kariérního růstu i skupina pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků. 82,61% dotazovaných z této skupiny uvedlo, že nemá možnost kariérního růstu. 8,70% dotazovaných osob uvedlo, že by tuto možnost mělo v případě, že si doplní vzdělání. Jen 8,70% dotazovaných se domnívalo, že má možnost kariérního postupu. Grafické znázornění možnosti kariérního růstu uvádí *Graf 20. Možnost kariérního růstu.*

Graf 20. Možnost kariérního růstu



Tabulka 24. uvádí počty pracovníků v jednotlivých skupinách a jejich vnímání možnosti kariérního postupu.

Tabulka 24. Možnost kariérního růstu

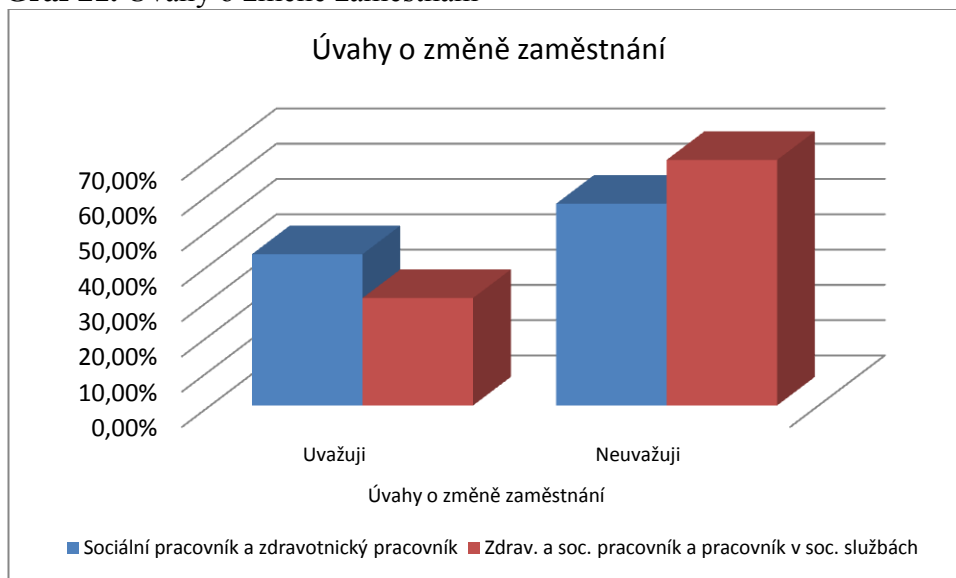
Pracovní zařazení	Možnost kariérního růstu		
	Mám možnost kariérního růstu	Mám -doplnit vzdělání	Nemám možnost
Sociální pracovník a zdravotnický pracovník	0	3	4
Zdrav. a soc. pracovník a pracovník v soc. službách	2	2	19

4.18.5 Úvahy o změně zaměstnání

Graf 21. Úvahy o změně zaměstnání dokládá, že ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků, neuvažovalo o změně zaměstnání 57,14% dotazovaných osob, a naopak o změně zaměstnání uvažovalo 42,86% dotazovaných osob.

Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků neuvažovalo o změně zaměstnání 69,57% dotazovaných, naopak 30,43% dotazovaných osob se zaobíralo myšlenkou, že zaměstnání změní.

Graf 21. Úvahy o změně zaměstnání



Tabulka 25. uvádí počty pracovníků v jednotlivých skupinách a jejich úvahy o změně zaměstnání.

Tabulka 25. Úvahy o změně zaměstnání

Pracovní zařazení	Úvahy o změně zaměstnání	
	Uvažují	Neuvažují
Sociální pracovník a zdravotnický pracovník	3	4
Zdrav. a soc. pracovník a pracovník v soc. službách	7	16

4.19 Potvrzení výchozích předpokladů

I přes prvotní zjištění, že 80% osob z dotazovaného vzorku zvolilo práci v oblasti sociálních služeb (v domově pro seniory) z důvodu nemožnosti nalézt jiné zaměstnání, lze konstatovat, že většina dotazovaných je se svým zaměstnáním přinejmenším spokojená, tudíž že se nám potvrdil první předpoklad o 65% až 70% spokojenosti dotazovaných zaměstnanců v oblasti péče o seniory.

Uvedené tvrzení podporuje nejenom zjištěná délka zaměstnání v oblasti sociálních služeb, (76,67% dotazovaných osob v této oblasti pracovala minimálně 2 a více let), ale i poměrně pozitivní hodnocení vztahů s kolegy na pracovišti (83,33% dotazovaných hodnotilo tyto vztahy minimálně jako dobré a lepší) a obdobně i kladný výsledek spokojenosti se vztahy s nadřízenými (zde považovalo vztahy za minimálně dobré a lepší 73,33% dotazovaných). Obdobně pozitivně vnímala většina dotazovaných své pracovní podmínky (76,67% osob je hodnotilo přinejmenším jako dobré).

Poměrně vysokou spokojenost se zaměstnáním v sociálních službách potvrzuje i to, že většina dotazovaných osob neuvažovala o změně zaměstnání (66,67%), a to i přes poměrně malou šanci na další rozvoj jejich kariéry (76,67% dotazovaných osob).

U většiny osob (36,67%) nedocházelo ve větší míře k přenášení pracovních problémů do soukromého života. I množství přesčasových hodin v měsíci (1 - 2 hodiny přesčasů v měsíci uvedlo 36,67% dotazovaných) lze považovat za relativně nízké.

Překvapivě vysoké bylo procento osob, které se cítilo být ohroženo syndromem vyhoření (36,67% dotazovaných osob). Zvláště při zjištění, že 70% dotazovaných se neúčastní supervize.

Jako negativní zjištění lze vnímat nejen to, že 30 % dotazovaných vnímalo společenské ocenění (můžeme říci i prestiž) svého zaměstnání jako nízké, ale i to že celkem 80% dotazovaných osob se dále nevzdělává nad zákonem stanovený rámec (67,67% se nevzdělávalo vůbec a 13,33% o vzdělávání teprve uvažovalo, aniž by s ním začalo).

Druhý předpoklad, že větší spokojenost bude zjištěna u zaměstnanců pracujících na pozici sociální pracovník a zdravotnický pracovník - cca. 75% a procento spokojenosti pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků bude na úrovni 35 – 40%, byl částečně potvrzen. U osob s pracovním zařazením pracovník v sociálních službách a sociální a zdravotnický pracovník byla zjištěna vyšší spokojenost, než jsem předpokládala. Zjištěné procento osob spokojených se svým zaměstnáním bylo v obou skupinách přibližně stejné. Uvedené tvrzení dokládají níže uvedená zjištění.

71,53% sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků hodnotilo svoje pracovní podmínky minimálně jako dobré a lepší. Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků považovalo svoje pracovní podmínky za minimálně dobré a lepší 78,26% dotazovaných.

Při posuzování vztahů s kolegy na pracovišti bylo zjištěno, že ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků tyto vztahy hodnotilo minimálně jako dobré a lepší 85,71% dotazovaných. Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků je jako dobré a lepší hodnotilo 82,96% dotazovaných osob.

Obdobně pozitivně vyznělo i hodnocení vztahů s nadřízenými, kdy ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků považovalo tyto vztahy minimálně za dobré

a lepší 70,43% dotazovaných. Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků považovalo tyto vztahy minimálně za dobré a lepší 73,92% dotazovaných osob.

O případných dalších možnostech kariérního růstu uvedlo 57,14% dotazovaných osob ze skupiny sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků, že tuto možnost nemá. Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků tuto možnost nemělo dokonce 82,61% dotazovaných. Poměrně vysoké procento osob, které uvedlo, že nemá možnost dalšího kariérního postupu, může být způsobeno, buď nedostatečnou kvalifikací dotazovaných osob, popř. zde může hrát významnou roli i to, že v uvedených zařízeních není z praktických důvodů možnost dalšího kariérního postupu (např. nelze zvyšovat počty sociálních pracovníků nad potřebnou úroveň). Proto se lze domnívat, že tato oblast se výrazně neprojevovala při hodnocení spokojenosti u dotazovaných osob.

Za potvrzení našeho druhého předpokladu můžeme považovat i zjištění, že o změně zaměstnání neuvažovalo ve skupině sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků 57,14% dotazovaných osob. Ve skupině pracovníků v sociálních službách a zdravotnických a sociálních pracovníků o změně zaměstnání neuvažovalo dokonce 69,57% dotazovaných osob.

Závěr

V této bakalářské práci jsem si stanovila za cíl v základních rysech zmapovat kvalitu života osob pečujících o seniory, které se péčí o seniory věnují především na profesionální bázi.

V teoretické části jsem se věnovala pojmu kvalita života, jeho historii a různým aspektům chápání kvality života. Také jsem se zabývala popisem a definicemi stáří a stárnutí. V neposlední řadě jsem se pokusila i o popis nejrůznějších možností péče o stále rostoucí populaci seniorů. V této části práce jsem se zabírala i postavením osob činných v sociálních službách.

V praktické části byly stanoveny výchozí předpoklady pro hodnocení spokojenosti se zaměstnáním u dotazovaných osob. Tyto předpoklady byly následně pomocí dotazníkového šetření potvrzeny i v praxi ve dvou vybraných zařízeních.

Pomocí dotazníků bylo u dotazovaných osob zjišťováno pracovní zařazení, vzdělání, hodnocení vztahů na pracovišti, délka zaměstnání v oblasti sociálních služeb, motivace k práci v sociálních službách, využívání zaměstnaneckých benefitů, přenos pracovních problémů do soukromého života, možnosti supervize, ohrožení syndromem vyhoření, vnímání společenského ocenění vykonávané profese, množství odpracovaných přesčasů, možnosti kariérního růstu, a v neposlední řadě nás zajímalo i to zda se dotazovaní pracovníci dále vzdělávají a zda uvažují o změně zaměstnání.

Při zjišťování spokojenosti se zaměstnáním nás zajímalo nejen hodnocení spokojenosti jednotlivých dotazovaných pracovníků, ale i to, zda se toto hodnocení spokojenosti nebude lišit u osob s různým pracovním zařazením.

Po zpracování výsledků získaných pomocí dotazníkového šetření lze konstatovat, že velká část dotazovaných osob (přibližně 70% dotazovaných) je se svým zaměstnáním spokojená. Dokonce můžeme tvrdit, že neexistují výraznější rozdíly ve vnímání spokojenosti se zaměstnáním u osob s různým pracovním zařazením, (i když u skupiny osob se zařazením zdravotnický a sociální pracovník v domově pro seniory v Poličce je možno vyzorovat větší nespokojenost s vykonávanou prací – toto může být způsobeno neúplným využitím jejich kvalifikace zdravotní sestry a částečným úvazkem pracovníka v sociálních službách).

Poměrně vysoká spokojenost s vykonávanou profesí je překvapivá, hlavně v porovnání se zjištěním, že 80% dotazovaných tuto práci vykonává z důvodu nemožnosti nalezení jiného

pracovního uplatnění (projevuje se tu i určitá stálost - 76,67% osob pracovalo v oblasti sociálních službách minimálně 2 roky).

Vysokou spokojenost se zaměstnáním v sociálních službách dokládá i to, že 66,76% dotazovaných osob neuvažovalo o změně zaměstnání, a to i přes poměrně malou šanci na další rozvoj jejich kariéry (u 76,67% dotazovaných osob). I množství přesčasových hodin odpracovaných měsíci (1 - 2 hodiny do měsíce uvedlo 36,67% dotazovaných) lze považovat za relativně nízké.

Určité nesrovnalosti byly zaznamenány v oblasti benefitů, ale jak již bylo uvedeno v příslušné kapitole, toto bylo s největší pravděpodobností způsobeno odlišným chápáním toho, co zaměstnavatel poskytuje zaměstnanci v rámci nadstandardních vztahů.

Jako negativní je možno vnímat nejen to, že 30 % dotazovaných vnímalo společenské ocenění svého zaměstnání jako nízké, ale i to, že celkem 80% dotazovaných osob se dále nevzdělává nad zákonem stanovený rámec. Nejvíce překvapujícím zjištěním bylo, že 70% osob se neúčastní supervize (a zároveň 36,67% dotazovaných osob uvedlo, že se cítí být ohroženo syndromem vyhoření a 20% dotazovaných osob uvedlo, že si často přenáší pracovní problémy do soukromého života).

Seznam použité literatury

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života – Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha – Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978–80–247–3625-9

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 354 s ISBN 8071848239

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978–80–247–3148-3

KREJČÍŘOVÁ O., TREZNEROVÁ, I. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 62 s. ISBN 97-80-244-2754-6

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2004. 189 s. ISBN 80-210-3345-2

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří – Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha : Slon, 2007. 248 s. ISBN 978-80-86429-62-5

ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80–210–3754-7

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje

Filosofie úspěchu [online]. [cit. 2011-09-20]. Dostupné z <<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>>

Kalvach, Z a kol. Stáří a pozitivní vztah k životu. *Medicina* [online]. Zář 2011, ročník 3, číslo 9 [cit. 2011-09-20]. Dostupné z <<http://czmedicus.blogspot.com/2011/10/stari-pozitivni-vztah-k-zivotu.html>>

Demografie info [online]. [cit. 2011-11-06]. Dostupné z http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201&PHPSESSID=dccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1>

Seznam doporučené literatury

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9

RHEIWALDOVÁ, E., *Novodobá péče o seniory*. 1. Vydání. Praha : Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8

TOŠNEROVÁ, M. *Špatné zacházení se seniory – Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha. 2002. 45 s. ISBN:80-238-9505-2

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Vzor použitého dotazníku

Příloha č. 1 - Vzor použitého dotazníku

Dotazník

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který si klade za cíl zmapovat, jak zaměstnání ovlivňuje kvalitu života.

Pohlaví

muž žena

Vaše pracovní zařazení?

sociální pracovník pracovník v sociálních službách zdravotnický pracovník

Nejvyšší dosažené vzdělání

ZŠ SŠ VOŠ VŠ

Impulesem k práci v sociálních službách bylo

absolvování školy zaměřené na soc. služby péče o osobu blízkou nemožnost jiného pracovního uplatnění

Jak dlouho pracujete v sociálních službách

do 1 roku 2-5 let 6-10 let 11 let a více

Podmínky pro Vaši práci považujete za

velmi dobré dobré průměrné špatné

Vztahy mezi kolegy hodnotíte jako

velmi dobré dobré průměrné špatné

Vztahy s nadřízenými hodnotíte jako

velmi dobré dobré průměrné špatné

Projevují se problémové situace v zaměstnání ve vašem soukromém životě

ano, často občas zřídka nikdy

Kolik odpracujete v průměru přesčasových hodin měsíčně

1 – 2 hod. 3-5 hod. 6 – 10 hod. 11 hod. a více

Pozorujete u sebe příznaky syndromu vyhoření

ano ne

Pomáhá Vám supervize při řešení pracovních problémů

ano občas ne neúčastním se supervize

Máte možnost benefitů k platu, v případě že ano, jakých

ano stravenky ne

týden dovolené navíc

jiné

Společenské ocenění zaměstnanců v sociálních službách považujete za

velmi dobré dobré průměrné nízké

Uvažuje o změně zaměstnání, když ano proč

ano finance ne

vyhoření

jiné (např. vztahy na pracovišti)...

Máte možnost kariérního postupu u současného zaměstnavatele

ano ano, ale musel bych doplnit vzdělání ne

Doplňujete si vzdělání nad zákonem stanovený rámec

ano ano, ale v jiném oboru uvažuji o tom ne

Děkuji Vám za Váš čas.

Anotace

Jméno a příjmení:	Dagmar Zmrzlá
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dita Finková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku
Název v angličtině:	Aspects of life quality of persons taking care of an old age persons
Anotace práce:	<p>Tato bakalářská práce si klade za cíl popsat v teoretické části pojem kvalita života, jeho historii, členění, i různé aspekty chápání kvality života. Také se zabývá stářím, stárnutím a péčí o seniory, osobami, které tuto péči vykonávají, a také postavením osob, které pracují v této oblasti.</p> <p>V praktické části jsem se zaměřila na zjišťování spokojenosti pečujících osob se svým zaměstnáním. Na základě stanovených předpokladů (jak budou dotazované osoby hodnotit svoji spokojenost se zaměstnáním a zda budou rozdíly v hodnocení spokojenosti dle pracovního zařazení), jsem sestavila dotazník, který jsem poté použila při dotazníkovém šetření v terénu ve dvou vybraných zařízeních.</p> <p>Na základě zpracovaných výsledků se nám potvrdily výchozí předpoklady (byla zjištěna vysoká spokojenost dotazovaných osob se svým zaměstnáním).</p>
Klíčová slova:	Stáří, stárnutí, senior, kvalita života, domov pro seniory, pečující osoba,
Anotace v angličtině:	<p>In its theoretical concept, this thesis aims to describe terms such as quality of life, its history of structure, and understanding of various aspects of life quality. It also discusses age, aging and care for elderly by individuals who engage in this type of work and their status.</p> <p>In the pragmatic part of the thesis we focused on participants' satisfaction with their job. Based on set assumptions (how will interviewed individuals evaluate their job satisfaction and whether there will be differences in satisfaction ratings according to employee's status), we designed a questionnaire that was used in the field in two selected facilities.</p> <p>Based on the obtained results, we confirmed the initial assumptions (high participants' job satisfaction was found).</p>
Klíčová slova v angličtině:	Age, aging, quality of life, old people's home, individuals providing care
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Vzor použitého dotazníku
Rozsah práce:	59 s.
Jazyk práce:	Český jazyk