

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**LADISLAVA KOVÁŘOVÁ**

# FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

**Ladislava Kovářová**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**RIZIKA VYSKYTUJÍCÍ SE U PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Medunová

PLZEŇ 2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ladislava KOVÁŘOVÁ**  
Osobní číslo: **Z16B0238P**  
Studijní program: **B5347 Veřejné zdravotnictví**  
Studijní obor: **Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví**  
Název tématu: **Rizika vyskytující se u pracovníků v sociálních službách**  
Zadávací katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

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

Seznam odborné literatury:

- **HROZENSKÁ, Martina. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.**
- **HAUKE, Marcela. Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.**
- **ČÁMSKÝ, Pavel. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.**
- **Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální práce a sociální služby [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-12-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=9>**
- **ČEVELA, Rostislav. Sociální gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.**
- **CAPEZUTI, Elizabeth A., et al. The Encyclopedia of Elder Care: The Comprehensive Resource on Geriatric Health and Social Care. Third edition. New York: Springer Publishing Company, 2013. ISBN 978-0-8261-3735-7.**

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. Zuzana Medunová**

Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Datum zadání bakalářské práce:

**31. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**29. března 2019**



PhDr. Lukáš Štich  
děkan



PhDr. Alena Pistulková  
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2019

.....  
vlastnoruční podpis

# ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Kovářová Ladislava

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Rizika vyskytující se u pracovníků v sociálních službách

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Medunová

Počet stran: číslované: 64, nečíslované (tabulky, grafy): 27

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 59

Klíčová slova: pracovníci v sociálních službách, rizika, fyzická zátěž, psychická zátěž

Vlastní text:

Tématem bakalářské práce jsou „*Rizika vyskytující se u pracovníků v sociálních službách*“. Práce je dělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části bakalářské práce je popsán systém sociálních služeb, profese pracovníků v sociálních službách, a to z hlediska předpokladů a podmínek pro výkon profese a z hlediska etiky, dále jsou zde popsány rizikové faktory, se kterými se pracovníci mohou setkat. V praktické části jsou prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření, kterého se účastnili pracovníci poskytující přímou obslužnou péči klientům domova pro seniory. V diskuzi jsou výsledky tohoto výzkumu srovnávány s podobnými pracemi a v závěru se nachází shrnutí celé práce.

# ABSTRACT

Surname and name: Kovářová Ladislava

Department: Department of Rescue Service, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Risks endangering workers in social services

Consultant: MUDr. Zuzana Medunová

Number of pages: numbered: 64, unnumbered (tables, graphs): 27

Number of appendices: 2

Number of literature items: 59

Keywords: workers in social services, risks, physical load, psychical load

Summary:

The topic of the thesis is „*Risks endangering workers in social services*“. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part describes a system of social services, a profession of workers in social services, it is from a point of view of prerequisites and conditions for performing the profession, and from a point of view of ethics, then there are described hazard factors that workers in social services can come into contact with. The practical part presents results of an anonymous questionnaire which was attended by workers providing a direct health care to clients of a home for the elderly. In a discussion there are results of this research compared with similar theses and in the conclusion there is a summary of the whole thesis.

### **Poděkování:**

Děkuji MUDr. Zuzaně Medunové za odborné vedení práce a za poskytování materiálních podkladů, a Mgr. Lukáši Martinkovi, Ph.D. za poskytování rad. Zároveň děkuji vedoucímu Domova Černovice Jaromíru Jirkovi za zprostředkování výzkumu, také svým rodičům a blízkým za jejich podporu a trpělivost.



# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM GRAFŮ.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
Úvod.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY .....	17
1.1 Historie poskytování sociálních služeb .....	17
1.2 Současné formy poskytování sociálních služeb .....	18
1.2.1 Rodina.....	19
1.2.2 Zdravotnictví.....	19
1.2.3 Sociální služby.....	20
1.3 Dělení sociálních služeb .....	20
1.4 Pobytová zařízení .....	21
2 VHLED DO PROFESE PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	22
2.1 Profese pracovníka v sociálních službách .....	22
2.2 Předpoklady a podmínky pro výkon profese, kvalifikační požadavky .....	23
2.2.1 Odborná způsobilost.....	23
2.2.2 Osobnostní předpoklady a zdravotní způsobilost.....	24
2.3 Etika v sociální práci .....	24
2.3.1 Etické principy zdravotně sociální práce .....	25
2.3.2 Etické odpovědnosti sociálních pracovníků jako profesionálů .....	25
2.3.3 Etické kodexy ve zdravotní a sociální péči.....	26
2.3.4 Etické problémy v péči o seniory .....	26
3 RIZIKA, ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	28
3.1 Pracovní zátěž.....	29

3.1.1	Fyzická zátěž .....	29
3.1.2	Psychická zátěž.....	30
3.2	Následky pracovní zátěže .....	32
3.2.1	Únava.....	33
3.2.2	Stres .....	34
3.2.3	Syndrom vyhoření .....	35
3.3	Práce na směny (včetně nočních směn) a její následky .....	35
3.4	Další možná rizika.....	36
3.4.1	Riziko negativního chování ze strany klientů.....	37
3.4.2	Rizika infekcí.....	37
3.4.3	Sociální (psychologické) klima .....	38
PRAKTICKÁ ČÁST		
4	CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	41
5	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY .....	41
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	41
7	METODIKA PRÁCE .....	42
8	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	43
9	DISKUZE .....	66
10	PODKLADY K DISKUZI.....	70
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	78
	SEZNAM PŘÍLOH .....	86
	PŘÍLOHY.....	87

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Infekční onemocnění.....	54
Tabulka 2 Noční směny .....	57
Tabulka 3 Ovlivnění profesního a osobního života .....	61

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví .....	43
Graf 2 Věk.....	44
Graf 3 Počet odpracovaných let v profesi .....	45
Graf 4 Pocit časového tlaku .....	46
Graf 5 Psychická náročnost.....	47
Graf 6 Únava a ochablost.....	48
Graf 7 Zvedání těžkých břemen .....	49
Graf 8 Fyzická únava .....	50
Graf 9 Bolest zad či rukou .....	51
Graf 10 Práce s rizikem infekčního onemocnění .....	52
Graf 11 Infekční onemocnění.....	53
Graf 12 Negativní chování ze strany klientů.....	55
Graf 13 Noční směny .....	56
Graf 14 Slovní napadání ze strany klientů .....	58
Graf 15 Náročnější směna na DZR .....	59
Graf 16 Ovlivnění osobního života .....	60
Graf 17 Prožívání problémů a emocí s klienty.....	62
Graf 18 Více kroků na DZR.....	63
Graf 19 Poslání nebo zaměstnání .....	64
Graf 20 Setrvání v zaměstnání .....	65
Graf 21 Psychická zátěž.....	70
Graf 22 Porovnání věkových kategorií - psychická zátěž.....	71
Graf 23 Fyzická zátěž.....	72
Graf 24 Porovnání věkových kategorií - fyzická zátěž.....	73
Graf 25 Ovlivnění osobního života a emoce.....	74
Graf 26 Porovnání věkových kategorií - ovlivnění osobního života a emoce .....	75
Graf 27 Směna na oddělení se zvláštním režimem (DZR) .....	76

## SEZNAM ZKRATEK

atd.	a tak dále
DPS	domov pro seniory
DZR	domov se zvláštním režimem
např.	například
PSS	pracovník v sociálních službách
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá celkovou zátěží pracovníků v sociálních službách, tedy v domovech pro seniory, poskytujících klientům domovů přímou obslužnou péči. Využití systému sociálních služeb se stává stále aktuálnějším tématem, neboť v dnešní době přibývá lidí, kteří se z časových, finančních důvodů, nebo třeba z nedostatku místa ve svém bytě či domě nemohou postarat o své, již nesoběstačné, blízké. Tuto péči o seniory za ně suplují zaměstnanci jednotlivých domovů, na které jsou kladeny poměrně vysoké fyzické i psychické nároky.

System sociálních služeb se výrazně měnil a vyvíjel se v průběhu několika staletí. Přešlo se od tradičních forem, kdy se o seniory starala výhradně rodina, k současným formám poskytování péče. V dnešní době by měl být model takový, že rodina pomáhá seniorovi, pokud je to možné a pokud péči o něj zvládá jak časově, fyzicky, tak i finančně. Ve chvíli, kdy je péče o seniora pro rodinu tímto způsobem neúnosná, přichází na řadu žádost o umístění budoucího klienta do domova pro seniory. Pracovníci tohoto zařízení asistují klientům při vykonávání osobní hygieny, při stravování, oblékání, polohují imobilní klienty, respektive jim poskytují každodenní neustálou péči. Každý klient má své potřeby, proto je přístup k jednotlivým klientům více méně individuální a je vyžadováno více či méně pomoci od pracovníka.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem si sama vyzkoušela po několik let vykonávat tuto profesi brigádně, a proto mám představu, jaká jsou úskalí tohoto zaměstnání. Starání se o seniory není podle mého názoru činnost vhodná pro všechny, vyžaduje totiž určitou dávku empatie a fyzickou zdatnost. V této práci si tedy klademe za cíl zjistit míru fyzické a psychické zátěže pracovníků v sociálních službách, ale také další rizika, kterými mohou být touto prací ohroženi či omezeni. Dále chceme ověřit, zda a případně jakým způsobem ovlivňuje vykonávání této profese osobní život pracovníků.

Teoretická část předkládané práce se věnuje charakteristice systému sociálních služeb, současným formám poskytování sociálních služeb a jejich rozdělení. Dále poskytuje náhled do profese pracovníka, seznamuje s náplní jeho práce. Třetí kapitola je zaměřena na jednotlivé druhy zátěže, popisuje vliv nočních směn na organismus

pracovníka a vyjmenovává další možná rizika. Mezi ně patří také riziko negativního, odmítavého, dokonce až agresivního chování ze strany klientů a riziko infekcí vyskytujících se v domovech mimo jiné jako nozokomiální nákazy.

Praktická část práce je zaměřena na výzkum objektivních pocitů pracovníků při práci, konkrétně, zda např. pociťují bolest nebo únavu po skončení směny, zda mají pocit časového tlaku během pracovní směny, jestli jim vyhovují noční směny atd. V podstatě se jedná o monitorování toho, jakým způsobem zvládají dlouhodobé vykonávání této profese, co je omezuje a jak je ovlivněna jejich psychika nejen v zaměstnání, ale mnohdy i v osobním životě.

## TEORETICKÁ ČÁST



# 1 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

System sociálních služeb v České republice upravuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči,....*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Sociální péče je poskytována proto, aby pomáhala společensky znevýhodněným lidem řešit jejich nepříznivou životní situaci (Mahrová, 2008). Jejím cílem je především zlepšit kvalitu života seniorů a preventivně působit proti sociálnímu vyloučení, případně znovu začlenit seniory do společnosti, a to v maximální možné míře (Hrozenská, 2013).

Prostřednictvím sociálních služeb není možné převzít odpovědnost osoby za její osud (Mahrová, 2008), díky nim ale lze zajistit pomoc při péči o vlastní osobu, zajistit ubytování a následnou péči o domácnost, stravování, ale také ošetřování a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Hrozenská, 2013).

Hlavním cílem těchto služeb má být rozvoj nebo alespoň zachování soběstačnosti osob využívajících sociální služby, zachování úrovně života a původního životního stylu a snížení výskytu sociálních a zdravotních rizik, jichž jsou tito lidé nositeli. Zároveň ale pomoc zprostředkovaná těmito službami musí zachovávat lidskou důstojnost jakožto základní lidské právo (Hrozenská, 2013).

## 1.1 Historie poskytování sociálních služeb

V dobách minulých se o staré a nemocné lidi starala výhradně rodina. Ne všichni ale měli funkční rodinu, která by byla schopna se o ně postarat. Proto spousta starých nemocných lidí žila v nedůstojných podmínkách nebo dokonce na ulici. Následkem toho tito lidé umírali na hlad či podchlazení (Haškovcová, 2006).

Jako první byly zřizovány charitativní formy péče a pomoci, jejichž zakladateli byli bohatí lidé z řad církve, ale i z řad laiků. Pod vedením klášterů postupem času vznikaly chudobince, starobince a chorobince, kam přicházeli zejména lidé bez majetku a staří lidé, kteří neměli svůj domov (Haškovcová, 2006).

Ve 14. a 15. století začaly vznikat na území bývalé Jugoslávie tzv. „domovy pro staré osoby“ a současně v Nizozemí pokojíčky pro staré lidi, tzv. objekty „hofjes“. Teprve

v roce 1504 vznikl v Anglii první zákon, který se týkal řešení problémů starých lidí, a za královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo (Nečasová, 2011).

Během 15. a 16. století v Evropě vznikaly obecní ústavy, v USA „farmy chudých“ a v Anglii „penziony pro staré dámy a pány“. Na území Čech a Moravy vznikly tři typy ústavní péče: středověké špitály, klášterní nemocnice a nemocnice pro malomocné. Ve všech těchto typech však převažovala charitativní pomoc (Haškovcová, 2010).

Během několika dalších let byly založeny v zemích koruny české různé špitály, které však kapacitně nestačily, a tak bylo mnoho starých lidí odkázáno na žebrotu. Proto Josef II. navrhl jiný způsob péče o staré a nemocné, a to zakládání farních chudinských ústavů vzniklých na základě chudinského práva (Haškovcová, 2006). V polovině 19. století vyhlásil Josef II. domovské právo, podle něhož se mohl občan v nouzi obrátit o pomoc na obec, ve které se narodil. Tato obec byla pak povinna se o občany postarat, tzn. poskytnout jim ubytování a stravu (Haškovcová, 2010).

System péče o občany se postupně zdokonaloval a stával se garantovaným, a to státem, městy i obcemi. Od druhé poloviny 20. století byly budovány jak zdravotnické, tak sociální systémy, proto byla péče o staré a nemocné lidí následně rozdělena na zdravotní a sociální péči. Začaly vznikat první léčebny pro dlouhodobě nemocné (Haškovcová, 2006) a po druhé světové válce se začaly také stavět v Evropě i u nás domovy důchodců zřizované státem (Nečasová, 2011). Teprve v 70. letech minulého století se ukázalo, že nelze oddělovat zdravotní a sociální péči, a že je třeba tyto systémy kombinovat (Haškovcová, 2010), aby si každý starý člověk mohl vybrat způsob péče podle svých vlastních potřeb (Haškovcová, 2006).

## **1.2 Současné formy poskytování sociálních služeb**

Současná péče o staré lidi je uskutečňována v rodině, v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb. Dále je pak také realizována prostřednictvím občanských sdružení, církve a dobrovolnictví (Nečasová, 2011). Prioritou však je, aby sociální služby byly vždy poskytovány v zájmu osob a v určité kvalitě tak, aby nedocházelo k porušování lidských práv a základních svobod klientů (Hrozenská, 2013).

### 1.2.1 Rodina

Rodina je důležitým článkem v péči o starého člověka. V dřívějších dobách fungoval tzv. výměnkářský systém, což znamenalo, že staří lidé odešli bydlet do výměnku, ale měli zajištěné základní živobytí. V současné době však rodina není ve většině případů schopna zajistit náležitou péči svému zestárlému a nemocnému členu rodiny. Je schopna mu zajistit intermitentní (občasnou) péči, která jí nečiní žádné potíže, ale ne dlouhodobou, nebo dokonce trvalou péči. Přesto však podle sociologických výzkumů rodinná a sousedská péče zajišťuje 70 – 80 % potřeb starých a nemocných lidí (Haškovcová, 2006).

Pro dnešní dobu je typické, že ne všechny rodiny jsou zcela funkční, tudíž nejsou schopny se o starého člověka starat, nebo v některých případech vyloženě odmítají poskytovat mu péči. To však neznamená, že by dnešní rodiny byly necitlivé vůči potřebám starých lidí, ale existuje mnoho překážek, kvůli kterým nelze péči o ně realizovat. Mezi tyto překážky patří např. nevyhovující bydlení nebo malý byt, vysoká časová náročnost zaměstnání žen střední generace či ekonomické důvody. Všechny tyto překážky neumožňují dlouhodobou nebo dokonce trvalou péči o seniora (Haškovcová, 2006).

### 1.2.2 Zdravotnictví

Stále přibývá starých nemocných lidí, kteří využívají služby všech zdravotnických zařízení. Následkem toho dochází k tzv. geriatrizaci medicíny, což by mělo být důvodem vzdělání všech profesionálů v gerontologii (Haškovcová, 2006).

Péči o seniory poskytují primárně praktičtí lékaři pro dospělé. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění, a to platbou za pacienta a za provedený výkon. Pokud se zdravotní stav seniora zhorší a rodina již tento stav není schopna zvládnout v rámci domácí péče, je indikována hospitalizace (Jurašková, 2008). Počet akutních geriatrických lůžek, která se vyskytují v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, je však nízký. Stejně tak je nedostatek ošetrovatelských lůžek (Haškovcová, 2006). V důsledku toho mnoho pacientů zabírá akutní lůžka, a protože je pobyt na těchto lůžkách časově limitovaný, dochází k přemísťování pacientů seniorů z jednoho zdravotnického zařízení do druhého. Jedná se pak o tzv. „ping pongovou“ strategii (Nečasová, 2011).

Navíc byla k již existující péči na lůžku, která je mimo jiné i velice finančně náročná, vytvořena počátkem 80. let 20. století strategie nová, zjednodušeně označená jako

4 x D. Pod touto zkratkou se skrývají pojmy deinstitucionalizace, demedicinalizace, deprofesionalizace a deresortizace. Deinstitucionalizace znamená, že je třeba podpořit rodiny, které se o staré nemocné členy starají, a zároveň rozvíjet domácí péči, protože péči o tyto seniory nelze provádět výhradně ve zdravotnických institucích. Demedicinalizace vyjadřuje, že všechny problémy nemůže řešit jen medicína. Péči o staré a nemocné musí také obstarávat ambulantní režim zdravotnických a sociálních služeb. Deprofesionalizací se rozumí, že pečovat o starého nemocného člověka může v podstatě každý. Pokud je tento člověk ochoten spolupracovat, má být poučen a podporován. Posledním ze čtyř „D“ je deresortizace, vyjadřující, že se každý může podílet na pomoci seniorské společnosti, a že by tito lidé měli alespoň okrajově znát potřeby starších občanů (Nečasová, 2011).

### 1.2.3 Sociální služby

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“* (§38 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Lze říci, že poskytování sociálních služeb pro seniory má upřednostňovat spíše jejich podporu než péči o ně (Nedomová, 2015). Sociální služby pro seniory zajišťují pobytová zařízení sociálních služeb, mezi která se řadí domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale i týdenní stacionáře (Jurašková, 2008).

Sociální služby jsou poskytované nestátními neziskovými organizacemi, Ministerstvem práce a sociálních věcí, ale také kraji a obcemi (MPSV, 2017). Zvláště kraje a obce zajišťují 85 % ústavů pro staré nemocné občany (Malíková, 2011). Všechny typy sociálních ústavů by měly být pouze doplňkovými v péči o seniory a v rámci strategie 4 x D by se měla rozvíjet terénní a domácí péče (Haškovcová, 2006).

## 1.3 Dělení sociálních služeb

V procesu poskytování sociálních služeb je velmi důležitá již zmíněná deinstitucionalizace, což znamená poskytování těchto služeb dle individuálních potřeb seniorů v jejich domácím prostředí. Na základě toho jsou dle zákona o sociálních službách

poskytovány terénní a ambulantní služby, které tuto individuální podporu umožňují (Malíková, 2011).

Podle zákona o sociálních službách jsou rozlišovány tři základní druhy sociálních služeb. Zaprvé je to sociální poradenství, které poskytují poskytovatelé sociálních služeb všem, kdo žádá o pomoc, a dále se dělí na základní a odborné. Zadruhé služby sociální péče, které se podílejí na rozvoji či udržení úrovně soběstačnosti klienta, poskytují se formou ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantní služby nabízejí seniorům možnost docházet do centra denních služeb, neposkytují však ubytování. Typickými terénními službami se rozumí pečovatelské služby, kdy je seniorům umožněn pobyt v jejich vlastním prostředí (Haškovcová, 2010). Cílem pečovatelské služby je celková podpora klientů, zajištění jejich základních životních potřeb a stravy. Pobytové služby nabízejí seniorům ubytování v zařízeních sociálních služeb (Hrozenská, 2013). Zatřetí se jedná o služby sociální prevence, které se cíleně věnují prevenci sociálního vyloučení, což vede k neschopnosti pečovat o sebe (Pevná, 2014).

#### **1.4 Pobytová zařízení**

Mezi typická pobytová zařízení pro seniory se řadí domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Hrozenská, 2013). V domovech pro seniory (DPS) jsou poskytovány služby osobám, které již nejsou schopny se o sebe plně postarat, a vzhledem k jejich situaci je nutná pravidelná pomoc jiné fyzické osoby. Nejčastějším limitujícím faktorem soběstačnosti je vysoký věk. Klientům je v domově poskytováno ubytování, strava, dopomoc při osobní hygieně, různé terapeutické činnosti a udržování sociálního kontaktu s okolím (MPSV, 2017).

Domovy se zvláštním režimem (DZR) se více přizpůsobují specifickým individuálním potřebám klientů. Služby zde využívají osoby, které jsou jakkoliv chronicky duševně nemocné, trpí stařeckou, Alzheimerovou demencí či jinými typy demence, nebo jsou závislé na návykových látkách. Poskytované služby jsou zde stejné jako v domově pro seniory, opět situace klientů vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (MPSV, 2017).

## 2 VHLED DO PROFESE PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon o sociálních službách definuje nejen podmínky poskytování pomoci fyzickým osobám v jejich nepříznivé životní situaci, ale také přesně náplň práce pracovníka v sociálních službách (PSS), dále kvalifikační a personální požadavky pro výkon této specifické profese a nutnost celoživotního vzdělávání (Malíková, 2011). „*Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách ...*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Celoživotní vzdělávání pracovníky v sociálních službách učí, jakým způsobem mají s klienty pracovat, zejména s klienty, kteří trpí demencí či jinými poruchami kognitivních funkcí. Dále se seznamují s různými technikami, aby uměli lépe porozumět potřebám klientů (Malíková, 2011).

Pracovníci v sociálních službách mají vzhledem k požadavkům na dosažené vzdělání omezené kompetence, některé výkony smějí dokonce vykonávat pouze s vedením sociálního pracovníka, který zabezpečuje sociální agendu (Pevná, 2014).

### 2.1 Profese pracovníka v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách je zákonem definován jako pracovník, který vykonává čtyři základní druhy činností. Těmito činnostmi jsou přímá obslužná péče, základní výchovná nepedagogická činnost, pečovatelská činnost v domácnosti osoby a činnosti vykonávané pod dohledem sociálního pracovníka (Hrozenská, 2013).

Přímá obslužná péče spočívá hlavně v dopomoci běžných denních úkonů, při osobní hygieně, rozvoji soběstačnosti či zprostředkování sociálního a společenského kontaktu. Základní výchovná nepedagogická činnost má za úkol prohlubovat a upevňovat v klientech základní a společenské hygienické návyky, udržuje či rozvíjí jejich manuální zručnost a rozvíjí osobnost klienta prostřednictvím volnočasových aktivit. Pečovatelská činnost v domácnosti osoby je zaměřena na osobní asistenci klientům a péči o jejich domácnost. Činnosti vykonávané pod dohledem sociálního pracovníka zahrnují hlavně

sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a další (Vinařová, 2015).

## **2.2 Předpoklady a podmínky pro výkon profese, kvalifikační požadavky**

Podmínkami a předpoklady pro výkon profese pracovníka v sociálních službách se rozumí plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (Hrozenská, 2013).

O svéprávnosti rozhoduje soud, který ji v případě nutnosti také omezuje. Pokud je svéprávnost pracovníka z nějakého důvodu omezena, není možné, aby tato osoba dále činnost vykonávala (Vinařová, 2015). *„Bezúhonným je pro účely zákona o sociálních službách ten, kdo nebyl odsouzen pro úmyslný trestný čin ani pro trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činností při poskytování sociálních služeb“* (Vinařová, 2015). Trestní bezúhonnost je třeba dokládat výpisem z rejstříku trestů v případě vzniku pracovněprávního vztahu. Zdravotní způsobilost je posuzována lékařem, který vykonává pracovnělékařské služby a je poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (Hrozenská, 2013). Co se týče odborné způsobilosti, jsou na pracovníky kladeny celkově nižší požadavky, kdy k výkonu některých činností postačí pouze základní vzdělání (Vinařová, 2015).

### **2.2.1 Odborná způsobilost**

Pro vykonávání profese je nutné splnění kvalifikačních požadavků. Těmi se rozumí základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, dále pak střední vzdělání všeobecné nebo odborné a opět absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (Malíková, 2011).

Kvalifikační kurz je nutné absolvovat do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání (Hrozenská, 2013). Kurzy jsou akreditované ministerstvem práce a sociálních věcí a o jeho délce a obsahu rozhoduje prováděcí právní předpis, konkrétně vyhláška č. 505/2006 Sb. (Vinařová, 2015). Pokud je dosažené vzdělání pracovníka základní či střední, minimální rozsah akreditovaného kvalifikačního kurzu činí 150 hodin, pokud je dosažené vzdělání střední všeobecné nebo odborné, činí 200 hodin (Malíková, 2011).

Podle zákona jsou zaměstnavatelé povinni zajistit pracovníkům další vzdělávání, a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Účastí na dalším vzdělávání si pracovníci prohlubují a doplňují svoji kvalifikaci (Hrozenková, 2013).

### **2.2.2 Osobnostní předpoklady a zdravotní způsobilost**

Každý pracovník poskytující přímou obslužnou péči by měl splňovat určité osobnostní předpoklady a být zdravotně způsobilý. Mezi osobnostní předpoklady se řadí laskavost, ochota, ohleduplnost, dovednost adekvátně komunikovat s klienty, respekt k důstojnosti a bezpečí klienta a zachování mlčenlivosti (Havrdová, Zamykalová, 2001). Důležitý je také individuální přístup k jednotlivým klientům, spolupráce s rodinou klienta, schopnost pracovat v týmu a zachování profesionality. Ze všeho nejdůležitější je však empatický přístup ke klientům. Především je ale nutné, aby se pracovníci přímé péče vnitřně identifikovali s posláním a cíli organizace, a následně tak podávali kvalitní výkon přímé péče (Sazimová, 2008).

Jak již bylo zmíněno v podkapitole, zdravotní způsobilost posuzuje poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel pracovnělékařských služeb za účelem zjištění, zda je pracovník pro výkon profese fyzicky zdatný (Arnoldová, 2016). Lékař u posuzované osoby zjišťuje údaje o dosavadním vývoji zdravotního stavu a zaměřuje se na dosud prodělané nemoci, které v některých případech mohou omezit nebo vyloučit zdravotní způsobilost posuzovaného. Dále provádí komplexní fyzikální vyšetření, které zahrnuje orientační vyšetření sluchu, zraku, kůže, neurologické vyšetření a základní chemické vyšetření moče (Vlk, Franc, 2018).

## **2.3 Etika v sociální práci**

Etika je filozofickou disciplínou zabývající se správným jednáním, posuzuje vztahy ve společnosti (Kutnohorská, 2011), její snahou je také určovat hodnocení lidských aktivit, zda jsou správné či špatné (Mahrová, 2008). Základem celé etiky sociální práce by mělo být rčení „*konat dobro a vyhýbat se zlu*“ (Mahrová, 2008).

Často se v sociální práci mohou vyskytnout etické problémy, které není radno podceňovat. Proto v roce 1995 vznikly etické normy, které vymezují pracovníkům v sociálních službách profesionální chování s ohledem na nejednoznačné či konfliktní



situace. Etické standardy v chování definují odpovědnost pracovníků vůči všem, tzn. vůči klientům, spolupracovníkům, ale také vůči sobě samým (Mahrová, 2008).

Existuje i profesionální etika, protože profesionálové v sociálních službách musí řešit mnohem více dilematických situací, než jiné profese (Kutnohorská, 2011). Je to v podstatě druh morálky, který je vymezen normami, předpisy a pravidly chování pracovníků, kteří jednají s lidmi. Etika v sociální práci je jakýmsi souborem mravních zásad a po pracovnících je vyžadováno jejich dodržování (Mahrová, 2008).

### **2.3.1 Etické principy zdravotně sociální práce**

Základem vykonávání zdravotně sociální práce je dokonalé porozumění klientovi a vytvoření dobrého vztahu s ním. Vztah mezi pracovníkem a klientem by měl poté být založen hlavně na důvěře a pocitu bezpečí (Kutnohorská, 2011). Základními etickými principy tedy jsou: „*advokacie, autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro a spravedlnost*“ (Kutnohorská, 2011).

Mezi tradiční principy zdravotně sociální práce patří princip neškození, princip dobřečinění, respekt k autonomii a princip spravedlnosti. Objevuje se ale více a více kritiků k těmto principům. V posledních letech je ve středu zájmu především respekt k autonomii, vyskytující se ve dvou formách, a to ve formě modelu zákazníka a modelu smluvním nebo dohádovacím. V modelu zákazníka je klient chápán jako spotřebitel a lékař nebo sociální pracovník jako zprostředkovatel objednávky. Ve druhém modelu respektu k autonomii všechny tři smluvní strany vzájemně komunikují a diskutují o hodnotách týkajících se zdraví (Mahrová, 2008).

### **2.3.2 Etické odpovědnosti sociálních pracovníků jako profesionálů**

Pracovníci v sociálních službách by měli přebírat odpovědnost pouze v případě, pokud je určitá činnost v jejich kompetenci. Jejich povinností je účastnit se vzdělávacích kurzů, které souvisejí i s etikou sociální práce. V žádném případě by neměli diskriminovat klienty na základě jejich rasy, původu, pohlaví, sexuální orientace, náboženství, rodinného stavu či jejich duševní nebo fyzické schopnosti. Dále by pracovníci neměli nechat své

osobní problémy, právní problémy či nějaké obtíže s duševním zdravím zasahovat do profesního života a následně ohrožovat zájmy klientů. Pokud tyto osobní problémy zasahují do úsudků pracovníka, měl by vyhledat odbornou pomoc, případně zaměstnání opustit (Code of Ethics of the National Association of Social Workers, 2017).

### **2.3.3 Etické kodexy ve zdravotní a sociální péči**

I v této specifické profesi se uplatňují principy morálky a morálního jednání. Proto existují etické zásady chování zformulované v etických kodexech, které určují meze chování a jednání pracovníků (Kutnohorská, 2011). Tyto kodexy mají zároveň eliminovat bezohledné jednání, které je pouze ku prospěchu dotyčné osoby (Mahrová, 2008).

Pracovníci by se měli rozhodovat na základě kodexů, které se ale průběhem času mění s ohledem na vývoj společnosti, profese i práva. Dříve však neexistoval kodex, který by se věnoval pouze zdravotně sociální péči. Z důvodu, že se na zajištění této péče podílí několik oborů, není možné se řídit podle kodexu týkajícího se jedné profese. Dochází zde k prolínání kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských profesí a sociálního pracovníka (Kutnohorská, 2011). Témata etických kodexů poukazují na „*respektování hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podpory sebeurčení klienta, podpory sociální spravedlnosti a profesní integrity, tzn. celistvosti či neporušení*“ (Mahrová, 2008).

Teprve v roce 1995 byl vydán Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, který v roce 2006 prošel revizí (Kutnohorská, 2011).

### **2.3.4 Etické problémy v péči o seniory**

V péči o seniory se vyskytuje mnoho etických problémů různých příčin. Tyto příčiny jsou pak důvodem nespolupráce klientů, na něž jsou kladeny vyšší nároky, a následně se přestanou snažit provádět úkony, které dříve zvládali samostatně (Delongová, 2012).

Hlavními zdroji vzniku etických problémů jsou vzájemné sympatie nebo antipatie mezi pečovatelem a klientem, dále často nereálné požadavky klientů vůči pracovníkům nebo také určité stresory vyskytující se na obou stranách (Delongová, 2012).

Podle Jůna (2010) existuje i několik problémů vyvolaných ze strany pracovníků, a to „efekt pořadí“ a „chyba atribuce“. V prvním případě se jedná buď o nového zaměstnance, který přijme názory původních pracovníků a následně se jimi řídí, nebo se jedná o dokumentaci z předchozího zařízení, kde byl klient ubytován, ve které je uvedena alespoň jedna negativní zkušenost s klientem, která na první dojem výrazně ovlivní mínění pracovníků o novém uživateli sociálních služeb. Ve druhém případě se personál nezabývá problémy klienta, ale přisuzuje uživateli služeb příčiny chování, aniž by znal celou situaci. „*Udělal to, protože takový prostě je*“ (DeLongová, 2012).

Dle analýzy rozhovorů Kuglerová (2010) uvádí, že etickým problémem v péči o seniory jsou personální problémy, jejichž příčinou je nedostatek zaměstnanců, tudíž připadá velké množství klientů na jednoho pracovníka. Souvisí s tím také administrativa vykonávaná pracovníky, která zabírá mnoho času, a zbývá tak menší prostor pro práci s klienty.

Nejvíce problémů však způsobuje komunikace, ať už mezi klienty samotnými, či mezi klienty a jejich rodinnými příslušníky. Velkým problémem je také zhoršená komunikace mezi klientem s demencí a pracovníkem. Další příčinou etických problémů je zhoršující se stav klienta, kdy pracovník není schopen zmírnit bolesti či zastavit progredující nemoc. I rodinná situace dokáže přispět k etickým problémům. Jedná se např. o děti či vnoučata, které si pravidelně chodí pro finanční hotovost. Pracovník ovšem nemůže nijak zasáhnout, protože se nejedná o trestný čin (Kuglerová, 2010).

### 3 RIZIKA, ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍ PÉČE

Stejně jako všechny práce je také profese pracovníka v sociálních službách zařazena do systému kategorizace prací. „*Kategorizace prací je základním nástrojem pro hodnocení vlivu práce na zdraví. Povinnost kategorizovat je dána zákonem a legislativně jsou dány i základní podmínky pro kategorizaci.*“ Jedná se o systém skládající se ze čtyř kategorií, do kterých jsou všichni zaměstnavatelé povinni jednotlivé práce zařadit podle stanovených pravidel. Každá kategorie odpovídá rizikivosti práce, přičemž v kategorii první se nepředpokládá riziko vzniku onemocnění a kategorie čtvrtá je považována za nejvíce rizikovou (Šamánek, Bečvářová, 2011). Kategorizace prací neslouží jen zaměstnavatelům, ale také zaměstnancům, pro které je tento systém určitým ujasněním jejich pracovní pozice. Mohou se tak na základě zařazení pracovní pozice do určité kategorie rozhodnout, zda přijmou práci, která by jim v budoucnu mohla činit zdravotní obtíže (Holubcová, 2006). Zátěž pracovníků poskytujících přímou obslužnou péči klientům v domovech pro seniory však nelze jednoznačně zařadit do příslušné kategorie systému kategorizace prací. Je to především z toho důvodu, že jakékoliv měření expozičních rizikových faktorů je finančně náročné. Pracovník v přímé obslužné péči je přitom vystaven několika rizikům, která by tak měla podléhat přísnějším bezpečnostním opatřením, aby byla zmírněna či alespoň stabilizována (Šmehilová, 2018).

Po srovnání jednotlivých poznatků vyšlo najevo, že nadlimitní expozice rizikových faktorů nejsou řešeny jednotně (Šmehilová, 2018). Jedná se o trvalou fyzickou a psychickou zátěž, o biologické činitele (Šmehilová, 2018), o ergonomická rizika, například při manipulaci s klienty, a psychosociální rizika, včetně fyzického a verbálního napadení či práce na směny (Rizikové faktory ve zdravotnictví, 2016).

Všechny tyto uvedené rizikové faktory společně s aktivitami vykonávanými při práci s klientem vedou postupem času ke vzniku různých muskuloskeletálních poruch, kardiovaskulárních onemocnění nebo infekčních onemocnění, která mají pochopitelně negativní vliv na zdraví zaměstnance (Šmehilová, 2018).

### **3.1 Pracovní zátěž**

Pracovní zátěž je charakterizována vnějšími podmínkami a požadavky dané pracovní činnosti. Tyto okolnosti působící na fyziologický a psychický stav člověka ovlivňují každého jedince jiným způsobem či rozdílnou velikostí pracovní zátěže. Ta záleží mimo jiné i na fyzické zdatnosti a způsobilosti daného pracovníka (Marek, 2009).

Zátěž v práci rozlišuje dva druhy zátěží, a to zátěž fyzickou a zátěž psychickou. S nadměrnou pracovní zátěží souvisí jednak úbytek fyzické síly a jednak psychická vyčerpanost. Na psychickou zátěž reaguje člověk stresem, který výrazně mění duševní stav člověka a na rozdíl od fyzické zátěže se nedá objektivně změřit (Marek, 2009).

#### **3.1.1 Fyzická zátěž**

Jedním z výrazných rizikových faktorů, jenž je hlavní příčinou únavy pracovníků, je fyzická zátěž. Její míra výrazně souvisí s výkonovou kapacitou člověka, s jeho tělesnou stavbou, rozměry těla a končetin, svalovou silou, a v neposlední řadě také s věkem a pohlavím (Hejnová, 2013).

Fyzická zátěž je dána celkovou svalovou zátěží, lokální svalovou zátěží, pracovními polohami a ruční manipulací s břemeny. Mnohdy dochází během pracovní směny k překračování limitů stanovených pro jednotlivé položky, zejména v případech ruční manipulace s břemeny, zde myšleno s klienty. Dochází také k jednostranné a opakované zátěži pracovníka a k zaujímání nevhodných pracovních poloh (Marek, 2009). Fyzická náročnost této specifické profese je tedy zapříčiněna potřebami fyzické pomoci klientům, a to nejčastěji při přesunech klienta na lůžko či z lůžka, při jeho polohování a při nácvičku soběstačnosti (Hejnová, 2013).

Pokud je fyzická zátěž jakýmkoliv způsobem pro pracovníka nevhodná a nadměrná, následují vyšší počty pracovních úrazů a onemocnění pohybového aparátu. Nejčastěji se vyskytují onemocnění šlach, svalů, kloubů a kostí, a to v důsledku již zmiňované jednostranné-dlouhodobé nadměrné zátěže. Nevhodná fyzická zátěž rovněž snižuje výkonnost pracovníka a kvalitu práce jím odvedenou (Hejnová, 2013).

Dle Šmehilové (2018) se v rámci posuzování podmínek práce provádí pouze snímek pracovního dne a nepředpokládá se překročení hygienických limitů. Avšak při

manipulaci s klientem dochází k vynakládání velkých svalových sil, při kterých vzniká velká část úrazů či přetížení. Aby pracovník přímé obslužné péče, pokud je to možné, co nejvíce předcházel těmto rizikům, musí vzít v úvahu několik aspektů. Především musí znát klientův zdravotní stav a také do jaké míry je klient schopný spolupracovat. Pak se musí rozhodnout, zda potřebuje pomoc dalšího pracovníka a musí vědět, které části klientova těla jsou bolestivé (Hejnová, 2013). Manipulace s klientem zahrnující dopomoc při stravování, vysazování (vylučování), provádění hygieny či polohování je velmi zatěžující pro daného pracovníka. Existuje sice mnoho pomůcek pro manipulaci s klientem, ale ani v ideálním stavu nelze veškerou práci ulehčit. Brání tomu totiž mimo jiné stavební dispozice interiérů jako jsou rozměry pokojů, koupelny či chodby (Šmehilová, 2018).

Pokud pracovník zamýšlí s klientem manipulovat, musí nejdříve zhodnotit aktuální situaci, tzn. odstranit nábytek, který by bránil v manipulaci, zabrzdit kolečka např. invalidního vozíku, upravit si výšku lůžka a další. Z toho vyplývá, že pracovník musí být v tomto ohledu velmi zkušený. Pokud tomu tak není a zaujímá např. špatný postoj, zakládá si především na bolesti zad (Hejnová, 2013). Dle zahraničního výzkumu provedeného v roce 2012 vykazují zdravotničtí pracovníci vyšší prevalenci výskytu bolesti zad, zejména spodní (bederní) části. Roční výskyt těchto obtíží mezi zdravotnickými pracovníky dosahuje 77 % (Jensen et al., 2012).

Každá manipulace s břemenem, klientem, představuje zvýšené riziko poškození zdraví. Proto by měl být každý pracovník řádně zacvičen a měl by dbát na používání správných technik manipulace (Hejnová, 2013).

### **3.1.2 Psychická zátěž**

Pracovník, který poskytuje klientům v domově přímou obslužnou péči, je vystaven také psychické zátěži. Tím, že s uživateli domova přichází denně do styku, vnímá jejich psychické změny a prožívá s nimi jejich zdravotní stav, je vystaven vzniku emoční zátěže (Hejnová, 2013).

Co se týče profese pracovníka v domově pro seniory, je psychická zátěž dána složkou kognitivní, sociální a emocionální. Kognitivní zátěž je založena na přípravě a realizaci intervence. Ne vždy ale jednání s klientem probíhá dle představ, pracovník se

tedy musí umět rychle přizpůsobit nově vzniklé situaci. Z toho vyplývá, že jsou kladeny vysoké nároky na pozornost, paměť a rozhodování pracovníka (Kotterbová, 2012).

Sociální zátěž úzce souvisí s každodenním stykem s lidmi, kdy se pracovník věnuje buď péči o klienta, nebo spolupracuje s kolegy. Třetí složkou je emotivní zátěž, která vychází z prožívání a zpracovávání silných emocí provázejících výkon profese. Pokud dostane pracovník od klienta pozitivní zpětnou vazbu, potvrzuje to profesionální schopnosti pracovníka, ale sám pracovník také potřebuje svou psychosociální oporu, např. od kolegů či vedoucího (Kotterbová, 2012).

V některých případech dochází k přetěžování v oblasti psychické zátěže, což má za následek bolesti hlavy, únavu, změny nálad, poruchy spánku, deprese až psychiatrické choroby. Dále může dlouhodobá psychická zátěž vést k pracovní nespokojenosti nebo k syndromu vyhoření, může způsobit i vážné poruchy zdraví, jako je např. ischemická choroba srdeční, vředová choroba či hypertenze (Hejnová, 2013).

V širším pojetí se psychickou zátěží rozumí taková pracovní zátěž, která klade vysoké nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Zvýšená odpovědnost a vědomí rizika tak může mít následně vliv na emoční stabilitu (Psychická zátěž, 2018). „*V kategorizaci prací se prací s psychickou zátěží rozumí:*

- *práce spojená s monotonií,*
- *práce ve vnuceném tempu,*
- *práce ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu,*
- *práce vykonávaná pouze v noční době*

*Prací spojenou s monotonií se rozumí práce, při níž je charakteristické opakování stejných pohybových nebo úkolových úkonů s omezenou možností zásahu zaměstnance do jejich průběhu. Monotonie se člení na: pohybovou, kterou se rozumí taková činnost, při které se opakují jednoduché pohybové manuální úkony stejného typu, a úkolovou, kterou se rozumí taková činnost, při které se vyskytuje nízký počet a malá proměnlivost úkolů. Prací ve vnuceném pracovním tempu se rozumí práce, při níž si zaměstnanec nemůže volit její tempo sám a musí se podřídít rytmu strojového mechanismu, úkolu nebo rytmu jiného zaměstnance“ (Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.).*

Do oblasti psychické zátěže v kategorizaci prací se řadí výše uvedené položky. Na pracovišti se však vyskytují také tzv. novodobé zátěže, mezi které patří pracovní stres,

mobbing a jiné podobné negativní jevy (Holubcová, 2006). V kategorizaci prací v sociálních službách se nebere v úvahu vliv mentální stařecké demence klientů jako rizikový faktor. Nestanovuje se totiž tzv. neměřitelná psychická zátěž vznikající v situacích spojených s chováním klienta v důsledku mentální stařecké demence. Tyto situace jsou provázeny změnami nálad klienta, smutkem, agresivitou, verbálním napadením nebo dezorientací (Šmehilová, 2018).

S psychickou zátěží rovněž souvisí práce na směny včetně směn nočních (Šmehilová, 2018). V domovech pro seniory je provoz nepřetržitý, což znamená, že se směny střídají i během víkendu. Provoz je veden 24 hodin denně, sedm dní v týdnu a 365 dní v roce (Machová, 2017).

### **3.2 Následky pracovní zátěže**

Škodlivé vlivy pracovní zátěže působící na člověka během práce přecházejí v následky, které se obecně rozdělují na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé následky většinou nemají dlouhého trvání a ve většině případů odezní po odpočinku (Marek, 2009). Dochází k různým fyziologickým změnám, nejčastěji na úrovni periferního nervového aparátu (Drgáčová, 2006). Jedná se např. o lokální únavu horních končetin, napětí v důsledku časového tlaku, krátkodobé zrakové a sluchové obtíže a jiné (Marek, 2009). Mění se také průtok krve kožními kapilárami, kdy dochází k červenání nebo naopak k blednutí, a teplota kůže (Drgáčová, 2006). Dlouhodobé následky neodezní a jsou často nevratné. Řadí se mezi ně přetrvávající bolesti zápěstí, bolesti hlavy, ztuhlý krk, záněty šlach, poruchy spánku, zažívací potíže (Marek, 2009). Častou příčinou těchto dlouhodobých následků je fyzická pracovní zátěž. Ovlivňuje zejména pohybový, dýchací a kardiovaskulární systém. Projevuje se přetížením celého organismu, psychickými příznaky a onemocněním pohybového aparátu v důsledku přetížení. Vlivem přetížení pohybového aparátu dochází k poškození svalů, které se projeví mikrorupturami svalových vláken, a následně je tak omezena pohyblivost dané části těla. Přetížení se také projevuje na úrovni šlach, šlachových pochev a úponů, kdy dochází k zánětu. Tato onemocnění známe pod názvem tenisový loket nebo oštěpařský loket. K poškození z přetížení může dojít také na úrovni periferních nervů. Dlouhodobý tlak v tunelu způsobuje kompresi cév, snižuje se prokrvení nervu a zpomalí se vedení vzruchu. Nejčastějším případem takového poškození



je syndrom karpálního tunelu vznikající útlakem středového nervu v oblasti zápěstí (Šplíchalová, 2014).

Při manipulaci s klienty je využívána svalová síla. Práce, která je vykonávána svaly, se dále dělí na statickou a dynamickou. Práce dynamická je z fyziologického hlediska přijatelnější, protože je méně zatěžující. Střídavě se při ní mění zapojování svalových skupin a uvolnění svalstva po dobu kratší než tři sekundy. Při práci statické se zvyšuje napětí ve svalu, délka svalu se nemění a stah trvá déle než tři sekundy. V důsledku tohoto se snižuje zásobování svalu krví a kyslíkem (Marek, 2009). Může tak dojít v krajním případě až k prasknutí svalů a šlach, např. vzpřimovače trupu nebo Achillovy šlachy. Manipulace s břemenem, klientem, má také negativní vliv na páteř, klouby končetin a zvyšuje riziko vzniku gynekologických poruch. Páteř je namáhána zejména v bederní oblasti. Nejvíce zatíženým kloubem je kolenní kloub, ve kterém může dojít např. k prasknutí menisku. Gynekologické poruchy u žen vznikají v důsledku zvýšeného nitrobršního tlaku. Dochází tak k poruchám menstruačního cyklu nebo k námaze děložních vazů, kdy se snižuje jejich elasticita (Šplíchalová, 2014).

Po pracovní zátěži se většinou u pracovníka projeví únava, kterou nelze dlouhodobě přemáhat vůlí, ale je třeba ji odstranit dostatkem odpočinku (Marek, 2009). V krajním případě přechází únava do vyčerpání, kdy může dojít až k syndromu vyhoření (Hejnová, 2013).

### **3.2.1 Únava**

*„Únava je pokles schopnosti a dovednosti ke kvantitativně adekvátní a kvalitní psychosomatické výkonnosti po více či méně dlouhé pracovní i jiné aktivitě“* (Kohoutek, 2009). Jinými slovy, únavou je nazýván takový stav, kdy dojde po určité tělesné zátěži ke snížení schopnosti organismu podávat pracovní výkon (Hejnová, 2013). Praško (2006) ve své knize uvádí, že únava je normální, postihuje občas každého a je signálem pro člověka, aby si odpočinul. Je často lidmi popisována jako pocit slabosti, vyčerpání, ospalosti či nesoustředěnosti.

Únava se dělí na akutní a chronickou. Při únavě dochází jak k poklesu činnosti smyslových analyzátorů, konkrétně zraku a sluchu, tak k poklesu svalové síly, kdy se zhorší pohybová koordinace, stabilita těla a výrazně se změní rychlost a přesnost pohybů.

K únavě může dojít i v oblasti citové a intelektové. Citová únava může být spojena např. s rozčilením, úzkostí nebo zlostí. Intelektová únava snižuje mentální výkonnost (Kohoutek, 2006).

V krajním případě únavy může dojít až k vyčerpání, jehož příčinou je tedy dlouhodobá únava spojená s nedostatkem odpočinku. Prvními příznaky jsou bolesti hlavy, svalů, očí, nechutenství, podrážděnost a ospalost. Dále může dojít k neurotickým stavům, závratím, ke zhoršování paměti a pozornosti (Hejnová, 2013). Chronická únava se vyznačuje celodenní únavou, kdy není známa příčina, a také bolestmi svalů, kloubů, hlavy, úzkostmi až depresemi (Kohoutek, 2006).

### **3.2.2 Stres**

Pojem stres byl definován jako určitý vztah mezi člověkem a prostředím, které klade příliš náročné požadavky. Ty překračují možnosti člověka a mohou zásadně ohrožovat jeho zdraví. Stres je tedy nescifickou odpovědí organismu na konkrétní situaci (Kurucová, 2016). Příznaky stresu jsou rozličné, postihují jak psychiku pracovníka, tak průběh jeho fyziologických funkcí. Na chování a jednání pracovníka lze pozorovat nerozhodnost, neustálé nářky a bědování, zvýšenou snahu vyhnout se práci či zvýšený příjem alkoholu. Pracovník sám na sobě může pozorovat změněný denní rytmus, zejména při usínání, kdy se mu nechce spát, a vstává často s pocitem únavy (Křivohlavý, 2010).

Co se týká fyziologických příznaků, při stresu pracovník pociťuje bušení srdce, bolest za hrudní kostí, ztrátu chuti k jídlu, křečovitě bolesti břicha, velmi často silnou bolest hlavy a ženy také změny v menstruačním cyklu (Křivohlavý, 2010).

Pokud se pracovník nedokáže se stresovým stavem vyrovnat, dochází k již zmiňovanému syndromu vyhoření spojeného s rizikem oslabení tělesného a duševního zdraví (Kurucová, 2016). Stres má totiž výrazně negativní vliv na kardiovaskulární systém, imunitní a gastrointestinální systém, v jeho důsledku mohou vzniknout žaludeční vředy, hypertenze, může docházet ke zvracení, ale také k dechové nedostatečnosti či hyperventilaci a astmatu (Křivohlavý, 2010).

### **3.2.3 Syndrom vyhoření**

S únavou, která je důsledkem zátěže, a která je pro člověka určitou konfliktní, deprivační či frustrační situací vyžadující vydání většího množství energie, než je člověk schopen v daném čase opět načerpat, souvisí syndrom vyhoření, tzv. burnout. Ten vzniká nejčastěji v profesích, kde se pracuje s lidmi (Kohoutek, 2006).

Syndrom vyhoření je proces, který se vyvíjí řadu měsíců až let. Vzniká na základě nevhodných technik, kterými se pracovník snaží vypořádat s psychickou a fyzickou zátěží (Mellanová, 2017). Tento syndrom se projevuje plíživými reakcemi na již vzniklé dlouhodobé pracovní a interpersonální napětí, jehož původ je spjat s nesouladem mezi pracovníkem a jeho prací (Kotterbová, 2012). Je to tedy odezva na dlouhodobě působící stresující podněty (Mellanová, 2017). Pracovníci, kteří prožívají syndrom vyhoření, zaujímají negativní postoje nejen ke své profesi a kolegům, ale hlavně vůči klientům, o které se starají (Kotterbová, 2012), a které tak, ať už vědomě či nevědomě, poškozují, a ubližují jim (Mellanová, 2017).

Ze španělského výzkumu provedeného v roce 2018 vyšlo najevo, že syndrom vyhoření ve zdravotnictví nemá souvislost s věkem pracovníka ani se získanými pracovními zkušenostmi. Existuje však vyšší riziko u pracovníků, kteří mají ve svém zaměstnání smlouvu na dobu neurčitou, než u těch, kteří setrvávají v profesi jen dočasně. Zároveň bylo zjištěno, že vyšší předpoklady ke vzniku syndromu vyhoření mají muži než ženy (Del Carmen Pérez-Fuentes, 2019).

### **3.3 Práce na směny (včetně nočních směn) a její následky**

Pracovníci poskytující přímou obslužnou péči klientům pracují v nepřetržitém provozu, který vyžaduje výkon práce 24 hodin denně po dobu sedmi dnů v týdnu. Jejich pracovní doba je rozvržena do dvou dvanáctihodinových směn, v některých případech trvá denní pracovní směna osm hodin (Loebe, 2015). Práce na směny včetně nočních směn, vytváří nejen určitou psychickou zátěž, jak již bylo zmíněno výše, ale také fyzickou. Značnými nevýhodami pro pracovníky domovů v nepřetržitém provozu jsou: zásah do volného času, rodinného života, narušení biorytmů a dále také výskyt psychických i fyzických onemocnění. Zejména v nočních hodinách dochází k fyziologickému poklesu výkonnosti, což je naprosto normální jev, který je často ještě znásoben neschopností nebo

nemožností dosáhnout žádoucího odpočinku během dne. Spánek jedince v průběhu dne není kvalitní, protože je narušován denním světlem či hlukem z okolí (Machová, 2017).

Noční směny výrazně negativně ovlivňují zdravotní stav a pohodlí zaměstnanců. Narušují normální denní rytmus, zejména cyklus bdění a spánku. Dále mají negativní vliv na kvalitu vykonávané práce, na mezilidské vztahy či vztahy v rodině a zasahují do spánkových a stravovacích návyků. V důsledku jejich narušení tak postupem času dochází k výskytu onemocnění kardiovaskulárního systému, nebo zažívacího traktu, kdy nejčastějším onemocněním jsou žaludeční vředy (Machová, 2017).

Dle studie provedené v roce 2017 existují důkazy, které potvrzují zvýšené riziko vzniku nádorů v souvislosti s vykonáváním práce v nočních hodinách. Jedná se zejména o narušení cirkadiánního rytmu, které je zapříčiněno přítomností světla během noci. Je tak narušována spánková aktivita, v jejímž důsledku dochází k supresi melatoninu, též „hormonu spánku“. Kromě změn cirkadiánního rytmu vzniká dále spánková deprivace. Některé studie hovoří o zvýšeném riziku vzniku rakoviny prsu a jiné zase o zvýšeném riziku vzniku rakoviny prostaty, tlustého střeva a endometria (Křibská, 2017).

V souvislosti s prací v nepřetržitém provozu se mohou vyskytnout také neuropsychická onemocnění projevující se depresí, úzkostí a chronickou únavou (Machová, 2017). V roce 2016 byl proveden výzkum týkající se dopadů směnové práce na spánek. Výsledky prokázaly, že se vzrůstající mírou spánkových obtíží vzrůstá také míra úzkosti u žen zaměstnaných ve zdravotnictví (Vévodová, 2016). Mezi další dopady patří i vznik hypertenze či ischemické onemocnění srdce. Je ale nutno poznamenat, že závažnost důsledků je velmi individuální, závisí na věku, pohlaví a celkově na životním stylu (Machová, 2017).

### **3.4 Další možná rizika**

V oblasti poskytování sociálních služeb se vyskytuje celá řada rizik. Kromě již výše zmíněných spojených s pracovní zátěží a prací na směny se v této části bakalářské práce zaměřím také na faktor negativního chování klientů vůči pracovníkům, na možné riziko vzniku různých infekčních onemocnění spojených s přímou obslužnou péčí, a na sociální klima, které v některých případech může negativně ovlivňovat výkon pracovníka a kvalitu poskytovaných služeb.

### **3.4.1 Riziko negativního chování ze strany klientů**

S rizikem negativního chování ze strany klientů vůči pracovníkům v sociálních službách úzce souvisí psychické a sociální změny v životě klienta. Jedná se především o zhoršení kognitivních funkcí, konkrétně o změny vnímání, pozornosti, paměti a představ. Zároveň klesá pružnost myšlení (Mlýnková, 2011).

Odchod do důchodu je pro starého člověka zásadní sociální změnou v jeho životě. To s sebou přináší negativní emoce, senior je nespokojený a mrzutý (Mlýnková, 2011). Postupem času může nespokojenost přejít do neklidu spojeného i s agresivitou, kdy klient utíká z domova pro seniory, napadá personál, ničí věci, svléká se a další (Marková, 2014). U klienta se začíná objevovat problémové chování, což je chování, které podle pracovníka není normální a odlišuje se od běžné společenské normy, a které může ohrozit fyzické bezpečí daného klienta nebo osob v jeho okolí (Jún, 2010).

Poruchy chování u klientů vždy značí nějakou chorobnou změnu, nejčastěji se jedná o demenci. Klienti postižení demencí se mohou projevovat již zmiňovaným agresivním chováním. Ohrožují nebo fyzicky napadají osoby ve svém okolí, útočí slovní agresí, a to vyhrožováním, nadávkami a slovními útoky (Mlčoch, 2015). Personál by měl vědět, jak se v takových situacích zachovat, co dělat např. v případě fyzického napadení (Jún, 2010).

### **3.4.2 Rizika infekcí**

Pracovníci v sociálních službách jsou vystaveni také riziku biologických činitelů (Šmehilová, 2018) a často dochází k poškození jejich zdraví (Vaverková, 2011). Toto riziko je dáno výskytem nozokomiálních nákaz, které vznikají v souvislosti s ústavní zdravotní péčí (Mlýnková, 2016). Mezi ty nejčastější patří svrab, MRSA, hepatitida B a C, TBC, dále různí původci průjemových onemocnění, respiračních onemocnění a chřipka (Šmehilová, 2018). Méně častým onemocněním jsou profesionální dermatózy (Vaverková, 2011). V posledních letech výskyt všech těchto onemocnění klesal, ale stále je třeba dbát na to, aby byl tento sestupný trend zachován i v následujících letech (Zatloukalová, 2017). Právě infekční a parazitární onemocnění představují tři čtvrtiny nemocí z povolání v oblasti zdravotnictví. V současné době je nejčastějším profesním onemocněním onemocnění svrabem, a to zejména v geriatrii a sociálních službách. V dřívějších letech

byla nejčastějším profesním onemocněním hepatitida typu B, ale díky očkování pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách se nyní toto onemocnění vyskytuje jen ojediněle (Vaverková, 2011).

Důležitým krokem při ochraně zdraví pracovníků v sociálních službách je preventivní očkování proti rizikovým nákazám. Tím je zejména očkování proti již zmíněné hepatitidě typu B a proti chřipce. Pokud se této preventivní ochraně pracovníci nepodrobí, vystavují se jednak ohrožení vlastního zdraví, a jednak ohrožují zdraví klientů (Vaverková, 2011). Při hodnocení pracovního rizika se bere v potaz, zda pracovník přichází pravidelně do kontaktu s krví či jinými potenciálně infekčními tělními tekutinami (Garus-Pakowska, 2016). Vysoké riziko se tedy skrývá v kontaktu s použitými inkontinentními pomůckami, na které by mělo být pohlíženo jako na infekční odpad a v souladu s tím by se mělo s těmito odpady také nakládat. Rizikovou činností je i manipulace s ložním prádlem potřísněným biologickým materiálem (Šmehilová, 2018). Nejúčinnějším opatřením proti těmto infekčním nákazám je správná hygiena rukou a používání osobních ochranných pracovních prostředků, zejména latexových rukavic. Právě při nesprávné nebo nedostatečné hygieně rukou dochází k následnému šíření nákaz (Vaverková, 2011). V důsledku používání ochranných rukavic si ale pracovník může postupem času vytvořit alergii na latex, která se následně projeví kožní vyrážkou, astmatem či nosními a očními problémy (Rizikové faktory ve zdravotnictví, 2016). V poslední řadě se pracovníci v sociálních službách setkávají také s těly zesnulých klientů, kdy mrtvý organismus je zdrojem řady biologických činitelů (Šmehilová, 2018).

### **3.4.3 Sociální (psychologické) klima**

Sociální klima na pracovišti je vytvářeno samotnými pracovníky a vztahy mezi nimi. Záleží tedy na velikosti pracovní skupiny a na jejím složení, na systému komunikace a interakce uvnitř skupiny a na způsobu vedení pracovní skupiny. Jednotliví členové takové skupiny na sebe působí navzájem. Utvářejí se tak mezilidské vztahy a vzniká určitá sociální atmosféra. Pokud je dobrá, plní „dolaďovací a vyrovnávací“ funkci ve skupině, pokud je špatná, může působit na jedince až destruktivními účinky (Janda, 2016).

Vztahy mezi spolupracovníky v pracovní skupině se často vyznačují přátelstvím a kolegiálností. Charakteristická je vzájemná výpomoc, přátelství, tolerance, důvěra, vztahy

jsou vřelejší a emocionálně podložené, pracovníci si mezi sebou tykají a mají společná témata k rozhovorům. Postupem času se však interpersonální vztahy mohou zhoršovat, mezi pracovníky vzniká nepřátelství a podezíravost. Dochází k různým konfliktům, jednak mezi dvěma spolupracovníky, a jednak ve skupinách nebo mezi nimi. Příčin takových konfliktů je mnoho. Může se jednat o prosté nedorozumění, o změnu organizace práce, o nedostatek personální práce, ale také o příčiny související s životní nebo rodinnou situací pracovníka. Konflikty mohou přerůst až v agresi, kterou jsou označovány útočné a nepřátelské postoje mezi kolegy vyvolané nahromaděním negativních zkušeností a zážitků. Typickým příkladem je tzv. mobbing. Jedná se o negativní formu komunikace zaměřenou na konkrétní osobu s cílem záměrného poškození této osoby. Mobbing začíná pomluvami, vylučováním z kolektivu, urážkami a pokračuje přidělováním nesplnitelných nebo příliš snadných úkolů. V krajním případě může mobbing skončit úplným vyloučením pracovníka z kolektivu a ukončením pracovněprávního vztahu (Janda, 2016).

## PRAKTICKÁ ČÁST



## **4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

Cíle bakalářské práce jsme stanovily na základě rešerše literatury a to:

Cíl č. 1: Zmonitorovat profesi pracovníků v sociálních službách vykonávajících přímou obslužnou péči u klientů domova pro seniory.

Cíl č. 2: Zjistit, jaká je míra fyzické a psychické zátěže těchto pracovníků, jaká je náročnost jejich práce vykonávané na oddělení DZR a jaká jsou další rizika této profese, kterými jsou pracovníci omezeni či ohroženi.

Cíl č. 3: Ověřit, zda vykonávání této profese má vliv na osobní život těchto zaměstnanců, popřípadě jaký.

## **5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY**

Na základě cílů práce jsme definovaly čtyři výzkumné problémy.

1. Jaká je míra fyzické a psychické zátěže u PSS?
2. Jaké je mínění respondentů o směnách strávených na oddělení DZR?
3. Jak je ovlivněn osobní život respondentů na základě života profesního?
4. Jaký je rozdíl mezi věkovými skupinami PSS z hlediska vnímání fyzické a psychické zátěže, a z hlediska ovlivnění osobního života?

## **6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Sledovaným souborem byli pracovníci domova pro seniory poskytující přímou obslužnou péči klientům domova. Podmínkou zúčastnění se anonymního dotazníkového šetření byl věk minimálně 18 let, horní hranice nebyla stanovena. Výzkumné šetření začalo 1. 12. 2018, účastnilo se ho celkem 38 respondentů z řad PSS, z toho 34 žen a 4 muži, u kterých jsme mapovaly jejich poznatky při práci zaměřené na fyzickou a psychickou zátěž, na infekční onemocnění získaná při této profesi, a také na možné ovlivnění jejich

osobního života profesním životem. Vyplnění anonymního dotazníku trvalo pracovníkům přibližně sedm minut.

## 7 METODIKA PRÁCE

Pro potřeby naplnění výzkumných problémů bylo pro sběr dat využito nestandardizovaného strukturovaného dotazníku v přímé souvislosti s kvantitativní strategií sběru dat. Účastnili se ho pracovníci v sociálních službách, konkrétně domova pro seniory, poskytující jeho klientům přímou obslužnou péči, který zahrnuje jak domov pro seniory (DS), tak oddělení se zvláštním režimem (DZR). Dotazník byl anonymní a skládal se z dichotomických a polytomických selektivních uzavřených otázek a otázek, u kterých bylo dále možné vyplnit slovní odpověď. Dotazník byl distribuován v tištěné formě a obsahoval celkem 20 položek. První tři položky se týkaly respondentova pohlaví, věku a počtu let vykonávání profese. Patnáct položek se dotazovalo na objektivně vnímané pocity při práci zaměřené na fyzickou a psychickou zátěž, na infekční onemocnění vzniklá v souvislosti s péčí o klienty, na pocity při problémových situacích se seniory a také na možné ovlivnění osobního života touto profesí. Zbylé dvě položky měly doplňující charakter. Pracovníkům bylo vysvětleno, jakým způsobem mají dotazník vyplnit. Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků se vrátilo 38 vyplněných dotazníků, které vyplnilo 34 žen a 4 muži. Všechny dotazníky byly vyplněny řádně, proto bylo do celkového hodnocení zařazeno všech 38 dotazníků. Pro potřeby výzkumu byli pracovníci rozdělení podle věku do tří věkových kategorií. První kategorii, a to 51 a více let, tvoří celkem 17 respondentů. Druhou kategorii, 36 – 50 let, tvoří celkem 13 respondentů a nejmladší kategorii, 18 – 35 let, tvoří 8 respondentů. Vzhledem k velmi malému zastoupení mužů mezi respondenty (11 %, celkem 4) nebyly tyto skupiny dále členěny podle pohlaví.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 1. 12. 2018 do 22. 12. 2018. Pro následné vyhodnocení vyplněných dotazníků byl použit program Microsoft Excel 2007. Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření v domově pro seniory a samotný dotazník jsou přílohou č. 1 a 2.

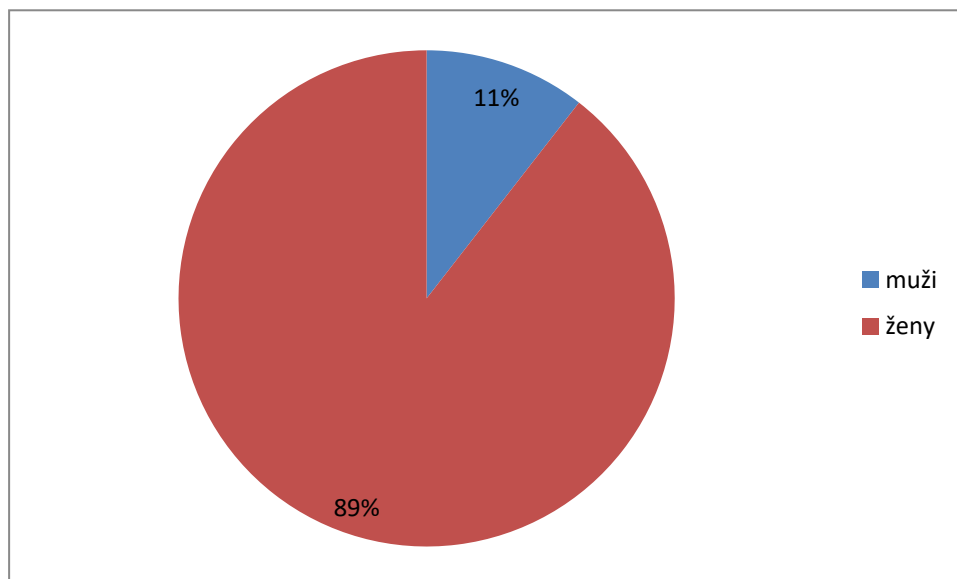
## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výsledky dotazníkového šetření jsou znázorněny ve výšečových grafech v procentuálních hodnotách.

V úvodu dotazníku se vyskytují otázky týkající se základních informací, těmi jsou pohlaví, věk a doba zaměstnání. Následující otázky a odpovědi se vztahují k objektivním pocitům pracovníků při vykonávání práce v sociálních službách.

### Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

Graf 1 Pohlaví

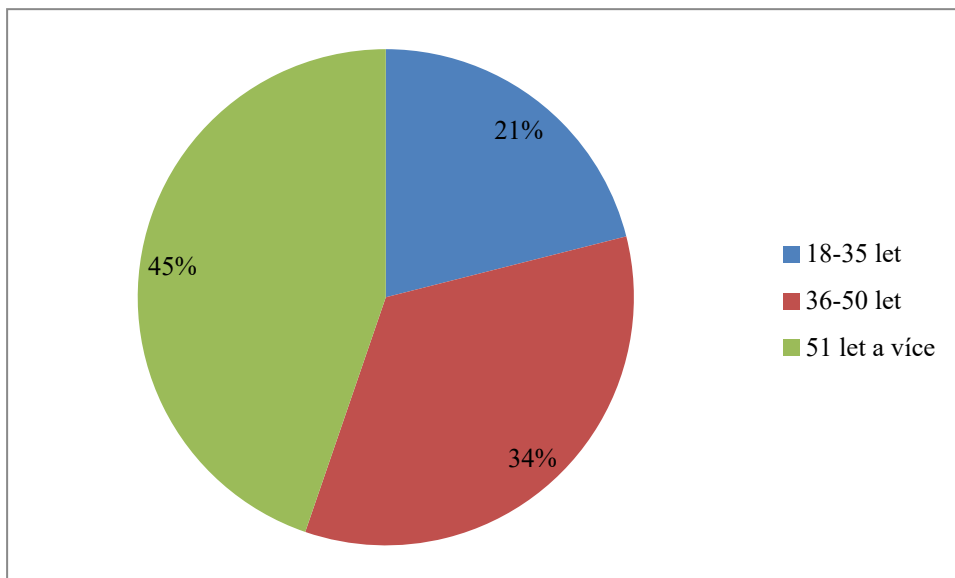


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků se vrátilo 38 vyplněných dotazníků. Z grafu vidíme, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 89 % (celkem 34) žen a 11 % (celkem 4) mužů. Z výsledku lze usoudit, že je v tomto odvětví zastoupeno výrazně více žen než mužů.

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Graf 2 Věk

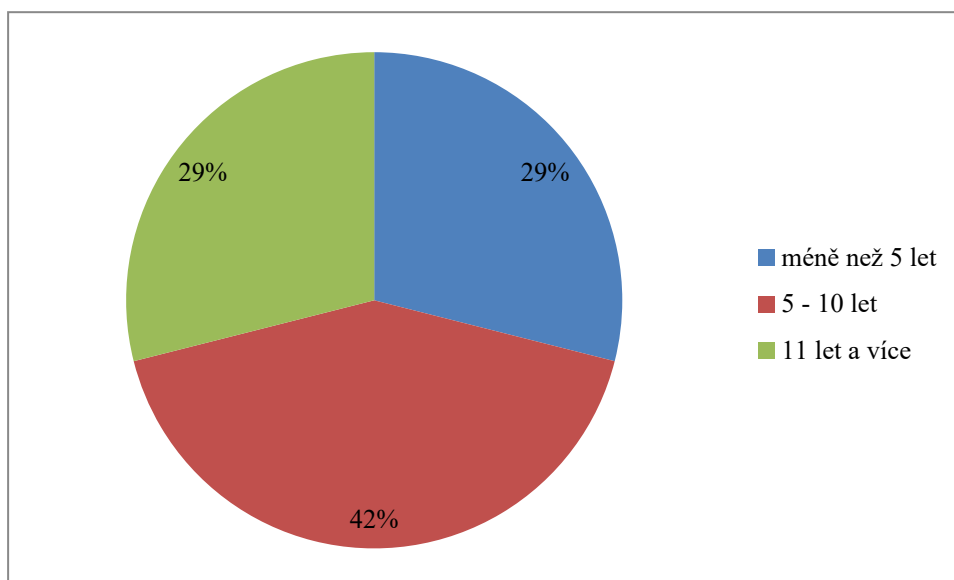


Zdroj: vlastní

Na otázku věku zvolilo nejvíce respondentů odpověď třetí, 51 let a více, procentuálně 45 % (celkem 17, z toho 15 žen a 2 muži). 34 % (celkem 13, z toho 11 žen a 2 muži) respondentů zvolilo možnost věku mezi 36 – 50 roky. Nejméně zastoupenou odpovědí byla ta vymezující věk mezi 18 – 35 roky, kterou zvolilo 21 % (celkem 8) respondentů.

**Otázka č. 3: Jak dlouho vykonáváte profesi pracovníka/pracovnice v sociálních službách?**

**Graf 3 Počet odpracovaných let v profesi**

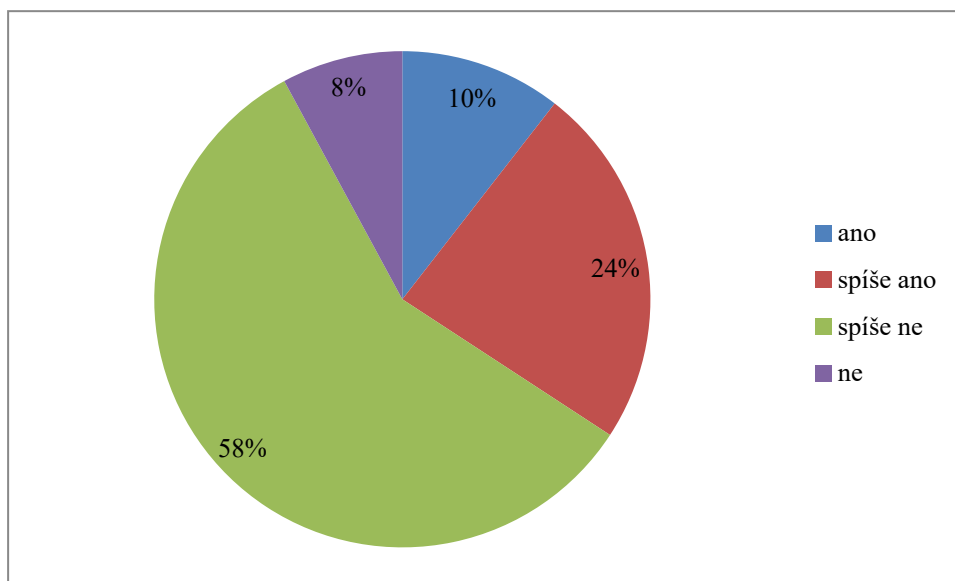


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných je 42 % (celkem 16) respondentů zaměstnáno v této profesi 5 - 10 let. Odpověď méně než 5 let a 11 let a více zvolilo stejné množství respondentů, tedy 29 % (celkem 11).

#### Otázka č. 4: Při práci míváte často pocit časového tlaku:

Graf 4 Pocit časového tlaku

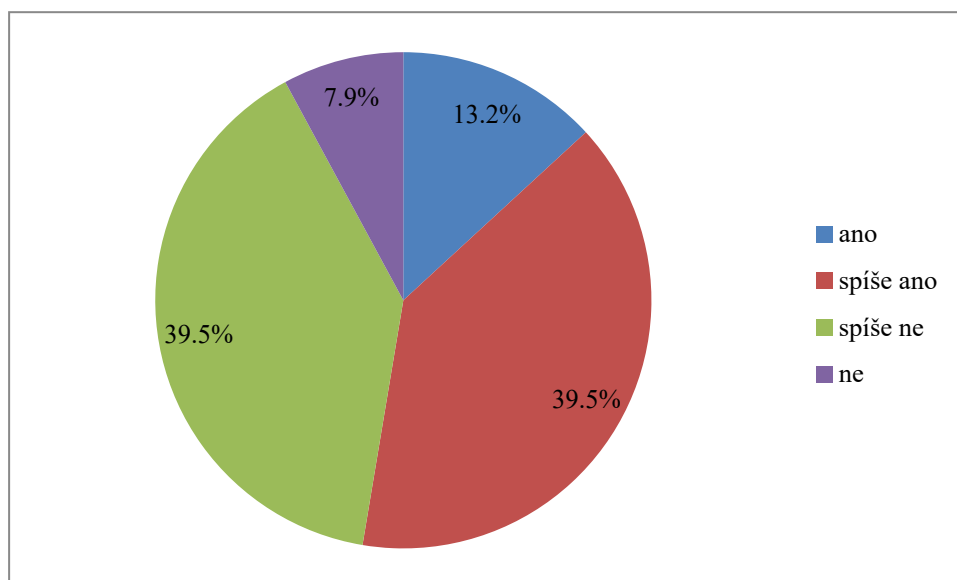


Zdroj: vlastní

Na otázku, jestli pracovníci pocítují během směny časový tlak, odpovědělo 58 % (celkem 22) respondentů, že spíše takový pocit nemají. 24 % (celkem 9) zúčastněných spíše mívá během směny pocit časového tlaku, 10 % (celkem 4) respondentů má jednoznačně pocit časového tlaku a zbylých 8 % (celkem 3) takový pocit nemá vůbec.

**Otázka č. 5: Práce Vás velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky:**

**Graf 5 Psychická náročnost**

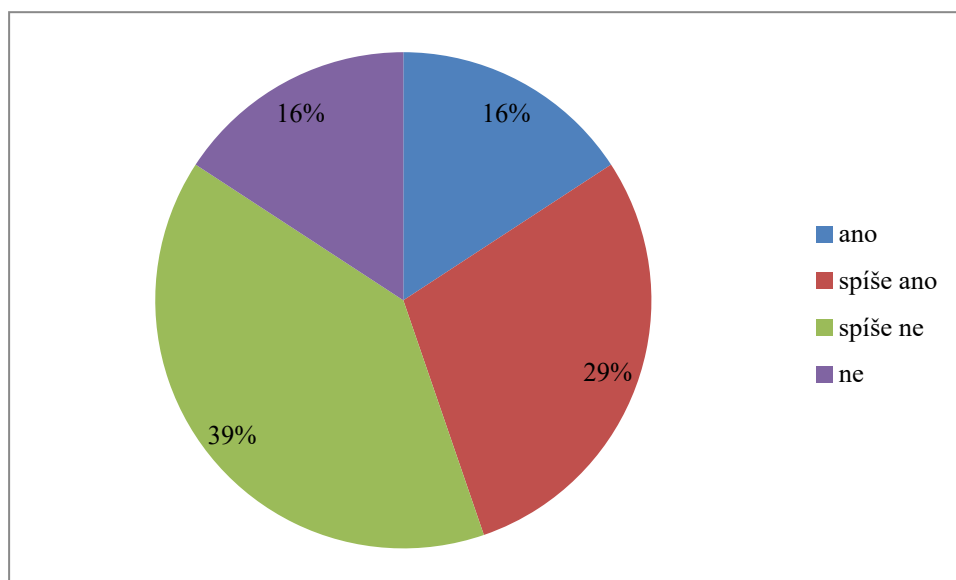


Zdroj: vlastní

Psychickou zátěž pro velkou zodpovědnost spíše pociťuje 39,5 % (celkem 15) respondentů, spíše nepociťuje také 39,5 % (celkem 15) respondentů. 13,2 % (celkem 5) dotazovaných jednoznačně cítí psychickou zátěž a zbylých 7,9 % (celkem 3) nepociťuje psychickou zátěž vůbec.

**Otázka č. 6: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost:**

**Graf 6 Únava a ochablost**



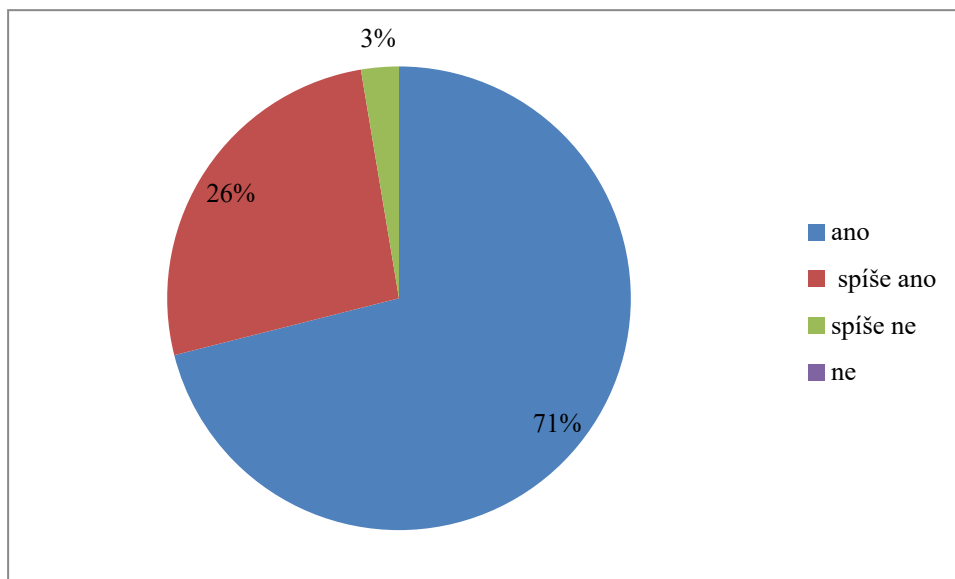
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných 39 % (celkem 15) spíše necítí únavu a ochablost po několika hodinách. 29 % (celkem 11) respondentů během směny spíše pociťuje únavu a ochablost. O procentuální zastoupení 16 % (celkem 6) se dělí odpověď, kdy pracovníci jednoznačně pociťují únavu a ochablost, a kdy naopak nic z toho nepociťují.



### Otázka č. 7: Během pracovní směny zvedáte těžká břemena:

Graf 7 Zvedání těžkých břemen

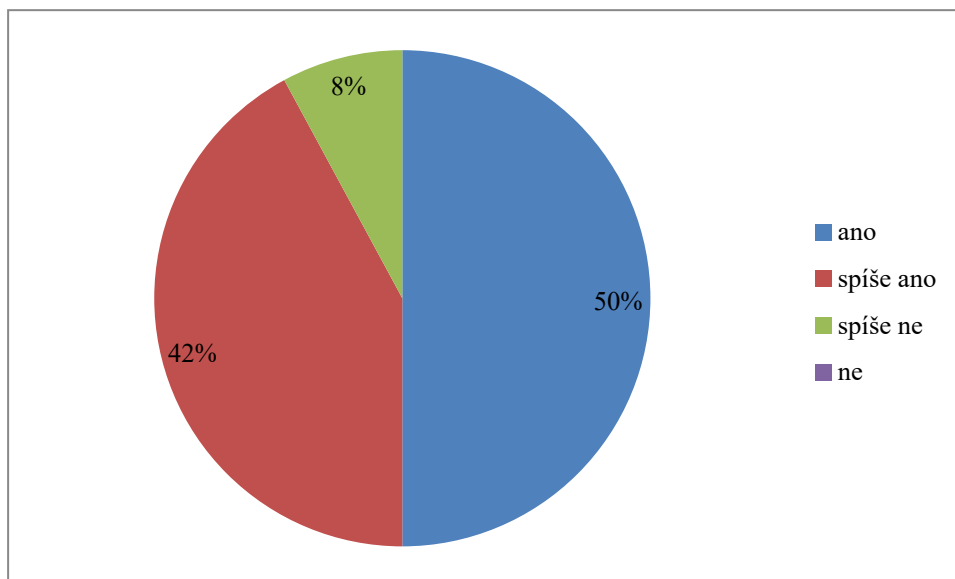


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda pracovníci zvedají během směny těžká břemena, odpovědělo 71 % (celkem 27) respondentů jednoznačně ano. 26 % (celkem 10) dotazovaných zvolilo odpověď, že převážně zvedají těžká břemena. 3 % (celkem 1) pracovníků odpověděla, že spíše taková břemena během směny nezvedají. Odpověď „ne“ zvolilo 0 % respondentů.

### Otázka č. 8: Po práci jste fyzicky unaven/a:

Graf 8 Fyzická únava

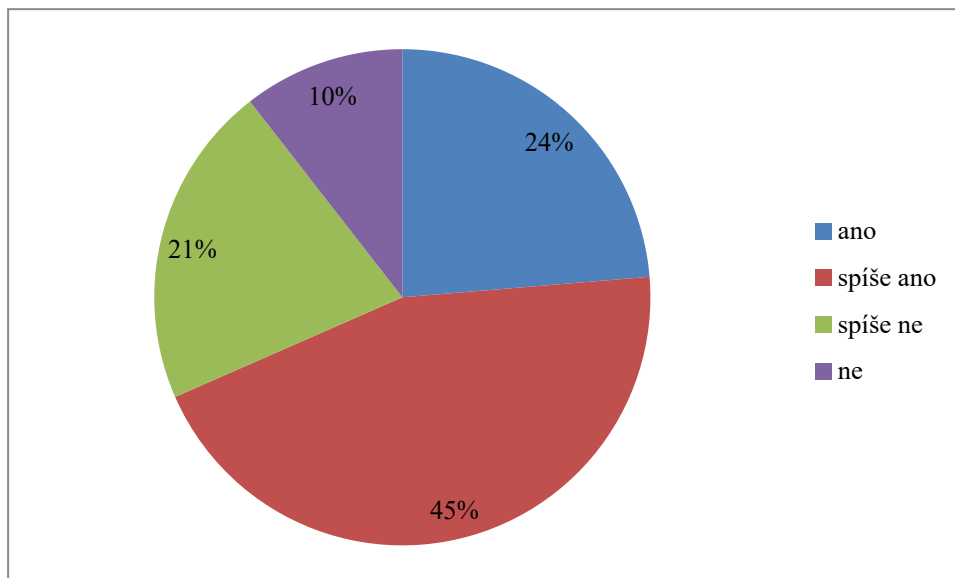


Zdroj: vlastní

Fyzicky unavena se po práci cítila polovina respondentů, tedy 50 % (celkem 19). Možnost spíše unaven/a zvolilo 42 % (celkem 16) respondentů, 8 % (celkem 3) odpovídajících se po práci unaveno spíše necítí a možnost „ne“ zvolilo 0 %.

### Otázka č. 9: Při práci pociťujete bolest zad či rukou:

Graf 9 Bolest zad či rukou

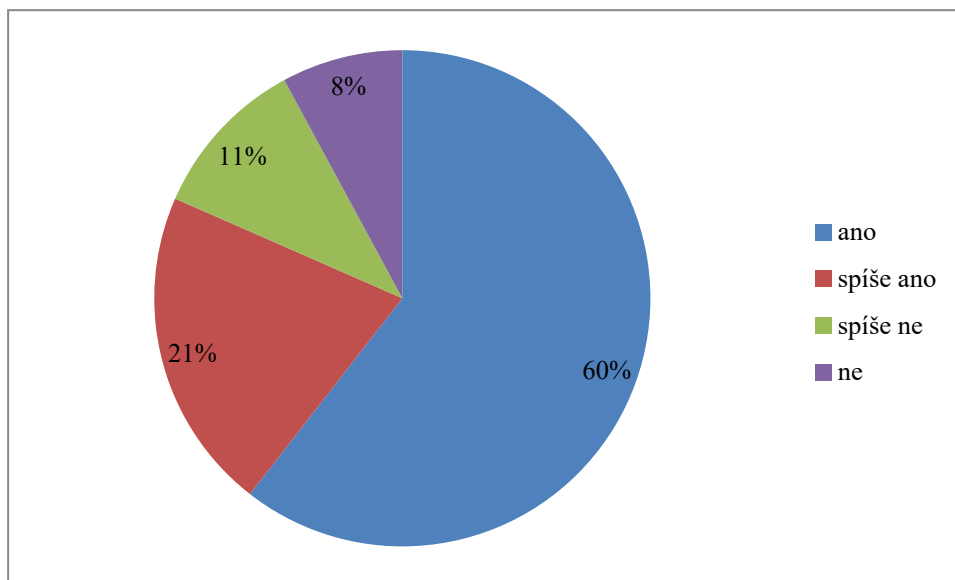


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda pracovníci pociťují během směny bolest rukou či zad, odpovědělo 45 % (celkem 17) respondentů, že spíše takové bolesti pociťují. 24 % (celkem 9) respondentů jednoznačně takové bolesti pociťuje. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 21 % (celkem 8) odpovídajících, a 10 % (celkem 4) nemá takovéto bolesti v souvislosti s prací vůbec.

**Otázka č. 10: Pracujete s rizikem infekčního onemocnění ze strany klientů:**

**Graf 10 Práce s rizikem infekčního onemocnění**

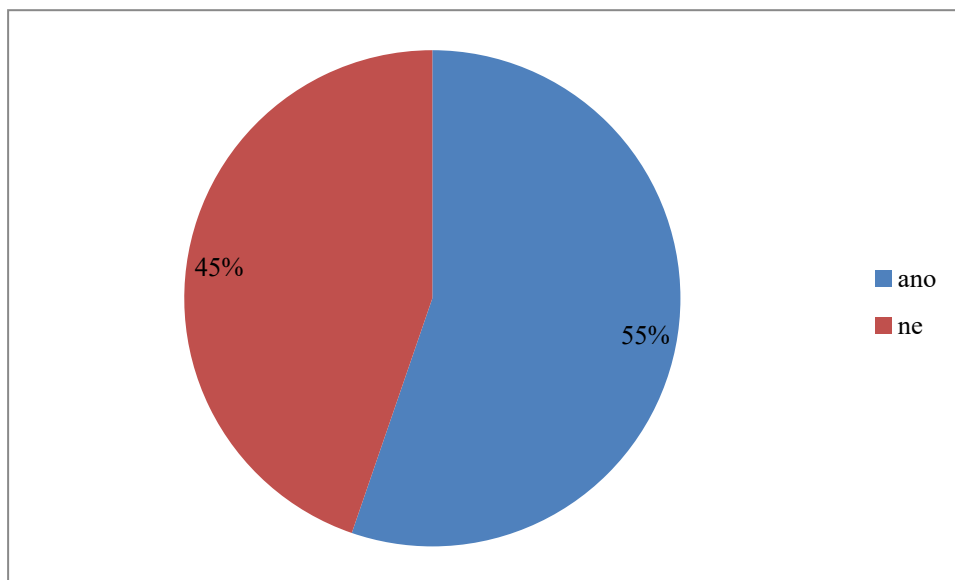


Zdroj: vlastní

Převážná většina respondentů, 60 % (celkem 23), na otázku, jestli pracují s rizikem infekčního onemocnění ze strany klientů, zvolila odpověď „ano“. 21 % (celkem 8) zúčastněných uvedlo, že s takovým rizikem spíše pracují. 11 % (celkem 4) respondentů s takovým rizikem spíše nepracuje a zbývajících 8 % (celkem 3) zvolilo odpověď „ne“.

**Otázka č. 11: Prodělal/a jste někdy infekční nemoc získanou ve Vašem pracovním prostředí? (např. průjem, chřipka, svrab, aj.) Pokud ano, napište jaké:**

**Graf 11 Infekční onemocnění**



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda pracovníci prodělali nějaké infekční onemocnění, které získali od klientů domova, odpověděli v 55 % (celkem 21), že takové onemocnění prodělali. 45 % (celkem 17) respondentů odpovědělo, že nikoliv.

**Tabulka 1 Infekční onemocnění**

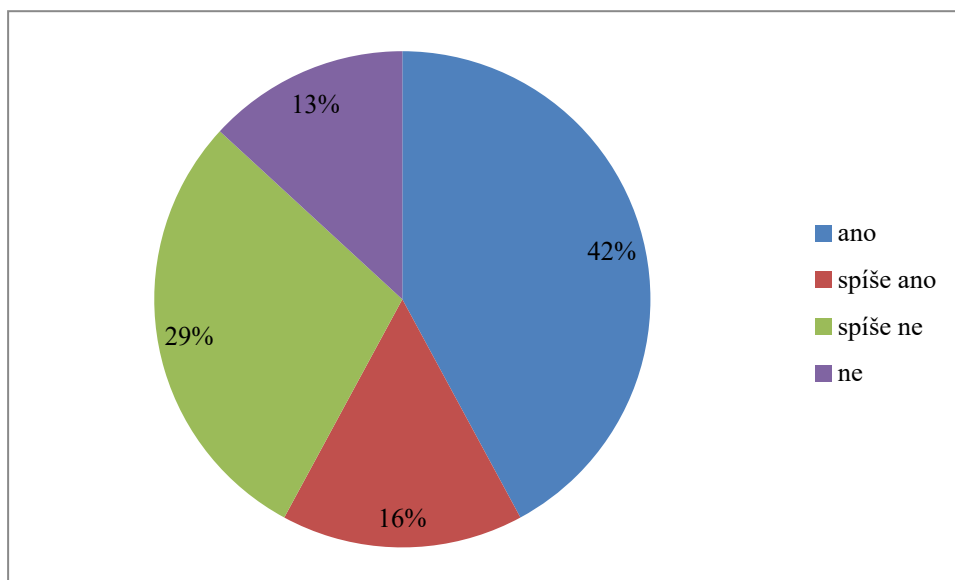
Onemocnění	Počet odpovědí
průjem	12
chřipka	13
svrab	3
odpovědělo	18
neodpovědělo	3

Zdroj: vlastní

V tabulce číslo 1 lze vidět uvedené odpovědi prodělaných onemocnění. Celkem 18 respondentů uvedlo odpověď. Ve svých odpovědích specifikovali onemocnění chřipkou, průjmem a svrabem. Chřipkou během vykonávání profese onemocnělo 13 respondentů, průjmem 12 respondentů a svrabem 3 respondenti. Celkem 3 respondenti slovní odpověď nevedli, svou odpověď nspecifikovali.

**Otázka č. 12: Setkáváte se s negativním chováním ze strany klientů vůči Vám (např. fyzické napadení):**

**Graf 12 Negativní chování ze strany klientů**

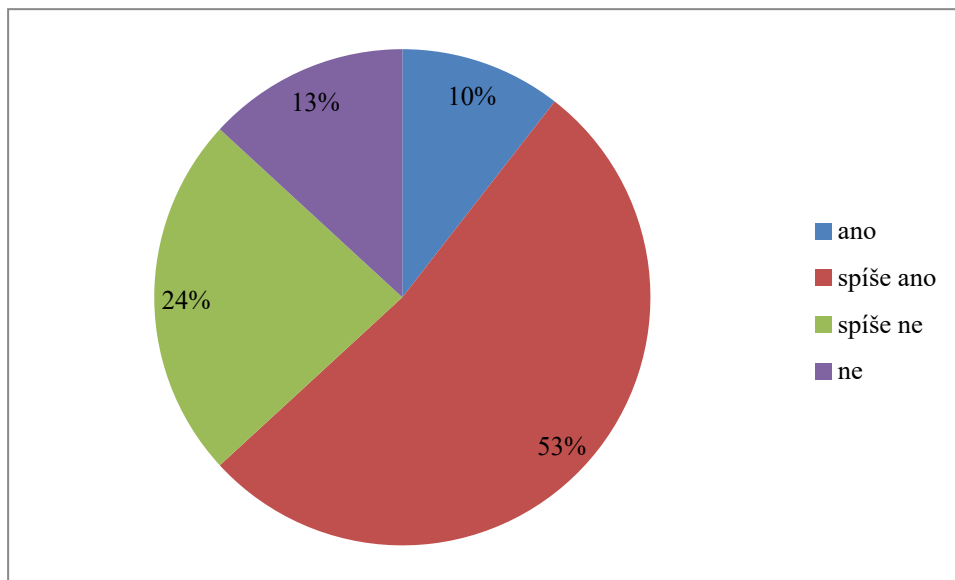


Zdroj: vlastní

S negativním chováním ze strany klientů se dle dotazníkového šetření setkává 42 % (celkem 16) respondentů. 29 % (celkem 11) respondentů se s takovým chováním spíše nesetkává. 16 % (celkem 6) odpovídajících uvedlo, že se s takovým chováním spíše setkává, a zbylých 13 % (celkem 5) zúčastněných s negativním chováním nepřichází do styku vůbec.

**Otázka č. 13: Noční směny Vám vyhovují (ke zvolené odpovědi uveďte důvod):**

**Graf 13 Noční směny**



Zdroj: vlastní

Převážná většina zúčastněných, 53 % (celkem 20), uvedla, že jí noční směny spíše vyhovují. Tyto směny spíše nevyhovují 24 % (celkem 9) respondentů, 13 % (celkem 5) respondentů noční směny nevyhovují vůbec a naopak 10 % (celkem 4) vyhovují.



**Tabulka 2 Noční směny**

Důvod	Počet odpovědí
klid na pracovišti	6
více času na administrativu	4
méně stresu a fyzické zátěže	2
změny v biorytmu a únava	4
následné problémy se spánkem	3
nevyhovující tři noční směny za sebou	1
žádný rozdíl mezi noční a denní směnou	1
neodpovědělo	17

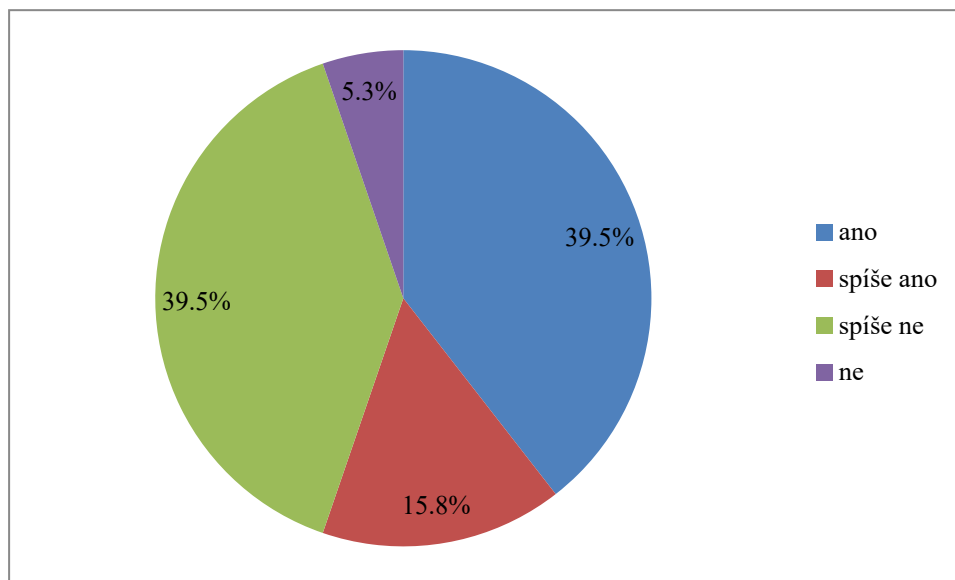
Zdroj: vlastní

V tabulce číslo 2 vidíme nejčastějším uváděným důvodem, proč noční směny pracovníkům vyhovují, klid na pracovišti. Tuto odpověď uvedlo 6 respondentů. Klienti jsou v noci většinou klidní a pracovníci tak mají více času na vypracování administrativy, což bylo uváděno jako další důvod, který uvedli 4 respondenti. Další 2 respondenti pocítují při noční směně méně stresu a fyzické zátěže.

Jako důvod, proč noční směny naopak pracovníkům nevyhovují, byly uvedeny změny v biorytmu a únava. Tuto odpověď uvedli 4 respondenti. Další 3 respondenti pocítují po nočních směnách problémy se spánkem a 1 respondentovi nevyhovují tři noční směny za sebou. Poslední respondent uvedl, že nevnímá žádný rozdíl mezi denní a noční směnou. Celkem 17 respondentů se k otázce slovně nevyjádřilo.

**Otázka č. 14: Jste vystavena/a slovnímu napadání ze strany klientů:**

**Graf 14 Slovní napadání ze strany klientů**

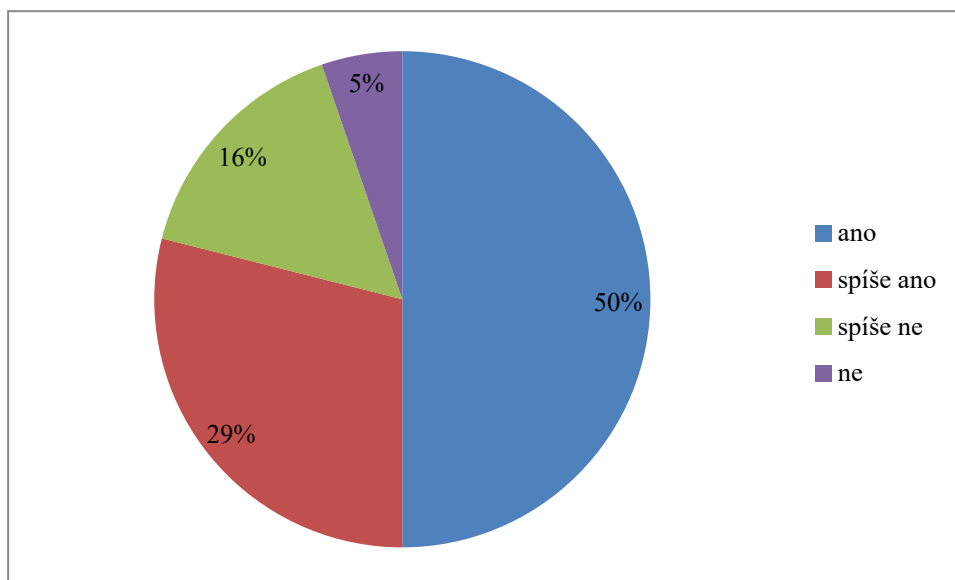


Zdroj: vlastní

Na otázku slovního napadání ze strany klientů odpovědělo 39,5 % (celkem 15) respondentů, že tomu rozhodně vystaveni jsou, stejný počet respondentů, 39,5 % (celkem 15) odpovědělo, že takovému chování spíše vystaveni nejsou. 15,8 % (celkem 6) zúčastněných zvolilo odpověď, že spíše jsou vystaveni takovému chování, a 5,3 % (celkem 2) vybralo odpověď „ne“.

**Otázka č. 15: Směna je pro Vás na oddělení DZR náročnější než na ostatních odděleních:**

**Graf 15 Náročnější směna na DZR**

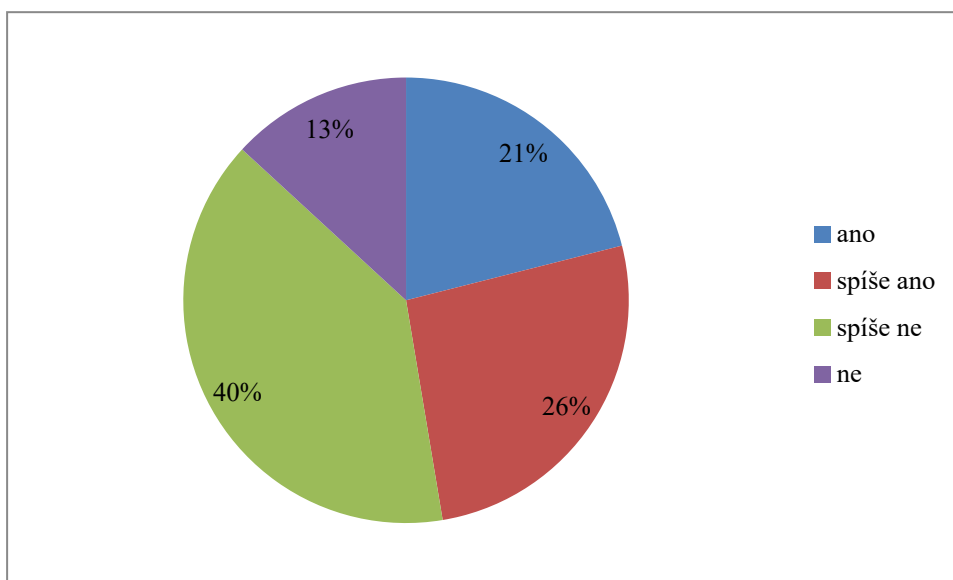


Zdroj: vlastní

Pro polovinu respondentů, tedy 50 % (celkem 19), je směna na oddělení se zvláštním režimem náročnější než na oddělení běžném. 29 % (celkem 11) zúčastněných zaznamenalo možnost „spíše ano“. Pro 16 % (celkem 6) respondentů směna na tomto oddělení spíše náročnější není a pro zbývajících 5 % (celkem 2) zde není směna náročná vůbec.

**Otázka č. 16: Ovlivňuje profesní život nějakým způsobem Váš osobní život a naopak?  
(ke zvolené odpovědi napište, jakým způsobem)**

**Graf 16 Ovlivnění osobního života**



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda profesní život nějakým způsobem ovlivňuje osobní život pracovníků či naopak, odpovědělo 40 % (celkem 15) respondentů, že spíše neovlivňuje. Možnost „spíše ano“ zvolilo 26 % (celkem 10) respondentů. 21 % (celkem 8) dotazovaných odpovědělo, že rozhodně ano a zbývajících 13 % (celkem 5) zvolilo možnost „ne“.

**Tabulka 3 Ovlivnění profesního a osobního života**

Způsob ovlivnění	Počet odpovědí
málo osobního volna	1
vnitřní naplnění	1
empatie, úcta, lepší vztah ke stáří	7
méně sil na komunikaci po směně	3
lepší přístup k životu a smrti	1
špatná fyzická i psychická snášenlivost	2
znalost Alzheimerovy choroby	1
nevnášení pracovních problémů do osobního života	1
vše funguje jak má, děti pracovníků jsou dospělé	2
neodpovědělo	19

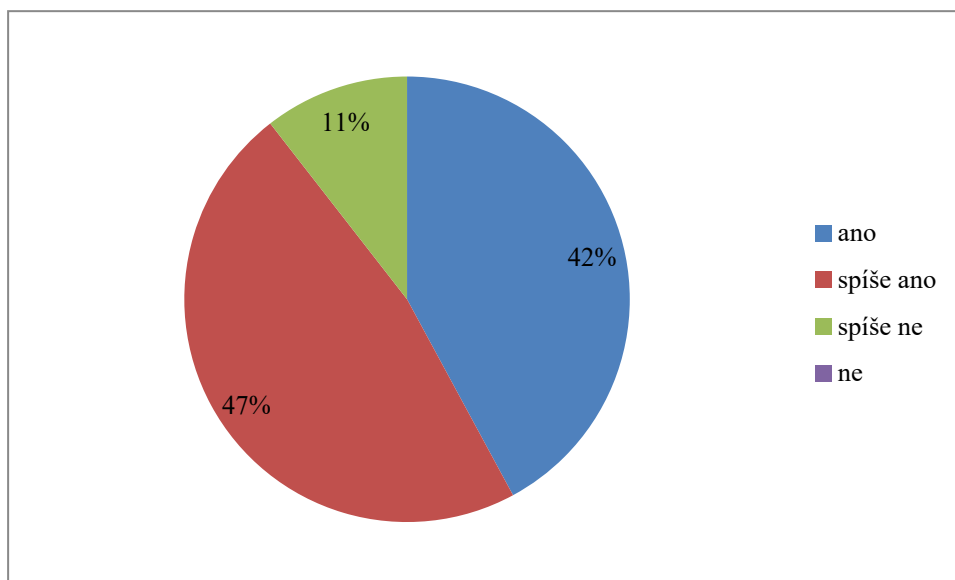
Zdroj: vlastní

V tabulce číslo 3 vidíme odpovědi, které pracovníci doplňovali na otázku, jak ovlivňuje profesní život jejich osobní život. Nejčastější odpovědí byla uváděná empatie, úcta a lepší vztah ke stáří, kterou uvedlo 7 respondentů. 2 respondenti žádné ovlivnění nepocítují, jejich děti jsou již dospělé, tudíž práce na jejich rodinu nemá žádný dopad. 1 respondent uvedl, že ho tato profese vnitřně naplňuje a další vypověděl, že díky své profesi ví, jak se chová senior s Alzheimerovou chorobou. V jednom případě byla také uvedena odpověď lepšího přístupu k životu a smrti.

Respondenti také uváděli negativní ovlivnění osobního života. 3 respondenti tak uvedli, že po směně mají méně sil na komunikaci na úkor vlastní rodiny. Ve dvou případech byla uvedena špatná fyzická a psychická snášenlivost nepříjemných situací vyskytujících se při výkonu profese. 1 respondent uvedl, že má kvůli své práci málo osobního volna. V jednom případě bylo také uvedeno, že si respondent nevnáší pracovní problémy do osobního života, tudíž není jeho osobní život žádným způsobem ovlivněn. Celkem 19 respondentů se k této otázce slovně nevyjádřilo.

### Otázka č. 17: Prožíváte společně s klienty jejich emoce, problémy

Graf 17 Prožívání problémů a emocí s klienty

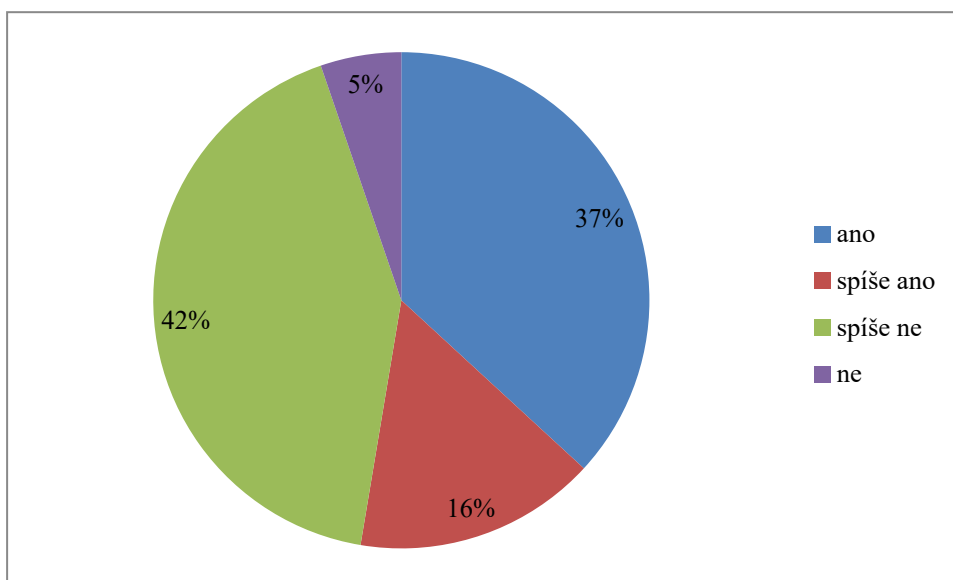


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 47 % (celkem 18) respondentů, že s klienty spíše problémy a emoce prožívají. 42 % (celkem 16) respondentů tyto emoce rozhodně s klienty sdílí. 11 % (celkem 4) zúčastněných spíše takové emoce a problémy s klienty nesdílí a 0 % zvolilo možnost „ne“.

**Otázka č. 18: Ujdete za denní směnu více kroků na oddělení DZR než na běžném oddělení**

**Graf 18 Více kroků na DZR**

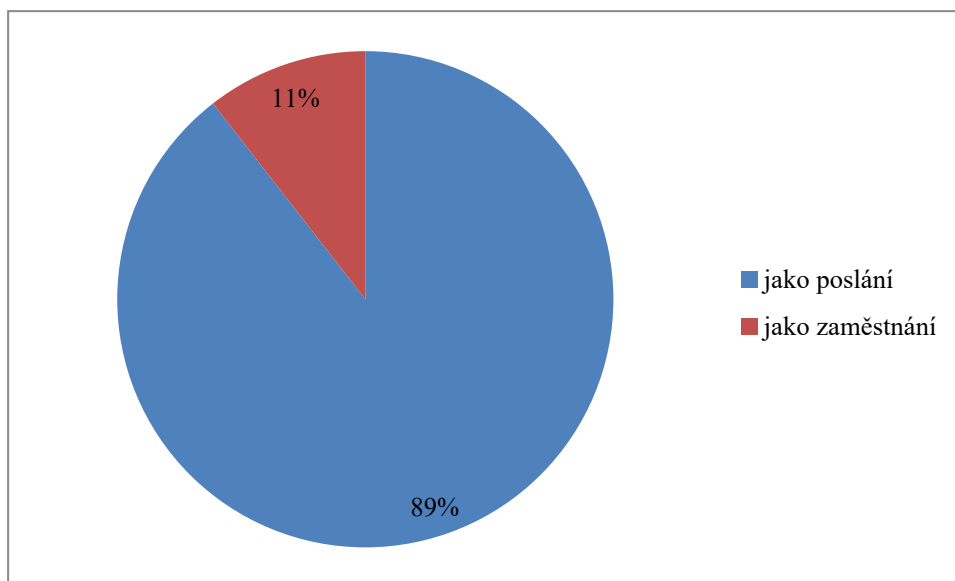


Zdroj: vlastní

Dle dotazníkového šetření 42 % (celkem 16) respondentů spíše více kroků na oddělení DZR než na běžném oddělení neujde. 37 % (celkem 14) zúčastněných rozhodně více kroků na tomto oddělení ujde. 16 % (celkem 6) respondentů spíše ujde více kroků na DZR a zbylých 5 % (celkem 2) zde více kroků za směnu neujde.

### Otázka č. 19: Cítíte svoje zaměstnání jako poslání nebo pouze jako zaměstnání

Graf 19 Poslání nebo zaměstnání



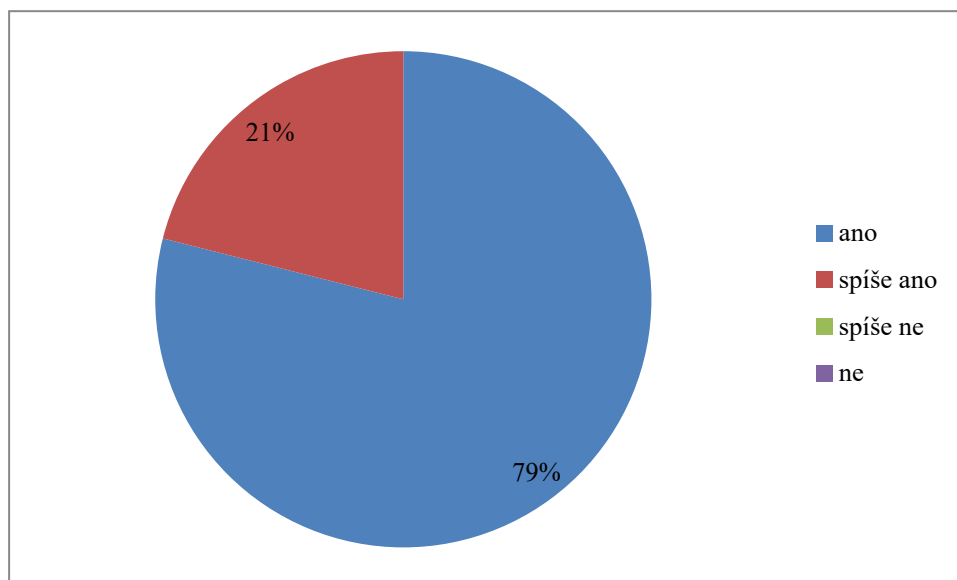
Zdroj: vlastní

Většina dotazovaných, tedy 89 % (celkem 34) vnímá svoji profesi jako poslání. Zbýlých 11 % (celkem 4) vykonává svou profesi pouze jako zaměstnání.



**Otázka č. 20: Vzhledem k náročnosti tohoto zaměstnání, hodláte zde pracovat i nadále**

**Graf 20 Setrvání v zaměstnání**



Zdroj: vlastní

Převážná většina respondentů, 79 % (celkem 30), zvolila v otázce, zda chtějí v zaměstnání pracovat i nadále, odpověď, že rozhodně ano. Zbýlých 21 % (celkem 8) uvedlo, že spíše v tomto zaměstnání nadále pracovat hodlá. 0 % respondentů zvolilo možnost „spíše ne“ a „ne“.

## 9 DISKUZE

Poskytování přímé obslužné péče klientům domova pro seniory je náročné. Často také dochází k situacím, kdy zařízení nemá potřebný počet zaměstnanců, ať už z důvodu nemocenské, dovolené nebo z důvodu péče pracovníka o rodinného příslušníka. Následkem těchto situací bývá přepisování pracovní směny pracovníkům, kteří by jinak měli mít řádné volno či si měli užívat dovolenou, a dochází tak k jejich přetěžování (Poláková, 2018). Výzkumu se zúčastnilo převážně více žen než mužů. Z porovnání s výzkumy Hejnové (2013) a Vybíhalové (2013) z toho vyplývá, že v oblasti přímé péče pracují muži ve výrazně menším zastoupení. Veškerou práci spojenou s péčí o klienty, která je v mnohých případech fyzicky velmi náročná a vyžaduje pomoc druhého pracovníka, tak musejí ve většině případů zvládat ženy. Za fyzickou zátěž v oblasti sociálních služeb se považuje fyzická pomoc klientům s tělesným postižením při jejich přesunu či změně polohy (Klusoňová, 2011). S tím je spojená také pomoc klientovi se stravou, oblékáním, hygienou, ale také péče o lůžko. Čím více je klient nesoběstačný, tím více je vyžadována péče od PSS (Malíková, 2011), což zvětšuje riziko poškození jejich zdraví. Manipulují totiž často také s klienty s nepřiměřenou hmotností, a to opakovaně. Současně PSS zajišťují dovážku stravy pro uživatele domova, se kterou je spojená manipulace s termovárnicemi, které váží až 30 kg. Podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb. smí žena při občasném zvedání a přenášení manipulovat s hmotností maximálně 20 kg, a při častém zvedání a přenášení s hmotností maximálně 15 kg. V důsledku takovéto fyzické zátěže mohou vznikat zdravotní problémy, nejčastěji pohybového systému. Čapounová Volcová (2015) uvádí, že převážná většina respondentů trpí zdravotními problémy v souvislosti s výkonem jejich povolání, což koresponduje s naším výzkumem, kde 69 % PSS uvádí, že pociťují bolesti zad či rukou. Naopak Hejnová (2013) ve své práci uvádí, že nadpoloviční většina těmito problémy netrpí. Je tak možné, že byli v jejím výzkumu zahrnuti mladší respondenti, kteří takové problémy nevnímají, a proto se naše výsledky s jejími neslučují. Čapounová Volcová (2015) také uvádí, že se respondenti po skončení směny cítí unaveni, což přímo koresponduje s naším výzkumem, kde takovou odpověď uvedlo celkem 92 % respondentů. Do oblasti psychické zátěže jsme zahrnuli otázku týkající se časového tlaku při práci, psychické náročnosti, psychické únavy a noční směny. Psychickou náročnost v našem výzkumu uvedla nadpoloviční většina a s psychickou únavou se setkává téměř polovina respondentů, což se shoduje s výzkumem Kaczora

(2016), který také uvádí psychické přetížení respondentů pramenící z vysoké zodpovědnosti PSS. Z analýzy dat vyšlo dále najevo, že pracovníci během směny spíše nepocítují časový tlak. To však nekoresponduje s výzkumem Holasové (2019), která uvádí, že pracovníci při práci vnímají časovou zátěž. Časový tlak podle naší analýzy dat nepocítují převážně osoby starší 51 let. Lze se tak domnívat, že jsou tito pracovníci na takový tlak již zvyklí, a proto ho nevnímají jako zátěž. Noční směny dle odpovědí našim respondentům převážně vyhovují. Sami respondenti tak tuto skutečnost odůvodnili nižší mírou fyzické zátěže a stresu. Častěji však uváděli klid na pracovišti, kdy klienti nevyžadují péči. Jako další důvod bylo zmíněno více času na administrativu, na kterou v průběhu dne příliš času nezbyvá. Toto zjištění koresponduje s výsledky Holasové (2019), v jejíž práci respondentky uváděly totéž. Respondenti se však v tomto výzkumu na otázku nočních směn vyjadřovali také negativně. Jako důvody uváděli: nevyhovující tři noční směny za sebou, následné problémy se spánkem a změny v biorytmu spojené s únavou. Poslední z těchto důvodů se shoduje tvrzením Prof. Milana Tučka, který se také v souvislosti s nočními směny zmiňuje o porušení biologických rytmů významných životních funkcí (Krbcová, 2018).

Dále jsme zjišťovaly, jaké je mínění respondentů o směnách strávených na oddělení DZR. Z analýzy dat vyšlo najevo, že je pro respondenty směna na tomto oddělení výrazně náročnější než na běžném oddělení. To může být dáno hlavně tím, že je toto oddělení uzavřené a pobývají zde klienti s demencí, Alzheimerovou chorobou a Parkinsonovou chorobou. Tato domněnka se shoduje s výsledky výzkumu Holasové (2019), která rovněž srovnávala práci PSS na běžném oddělení a na DZR. Respondentky v jejím výzkumu vypověděly, že se zde často setkávají až s agresivním chováním některých klientů v důsledku jejich nemoci, klienti se ptají opakovaně na stejné otázky, objevují se zde konflikty mezi klienty a PSS tak musejí být ostražití i během pauz a neustále kontrolovat, zda jsou klienti v pořádku. Zároveň jsme se ptaly respondentů, zda na oddělení DZR ujdou za směnu více kroků než na běžném oddělení. Celkem 43 % respondentů odpovědělo, že neujdou. Tato skutečnost je v možném případě dána tím, že klienti na DZR převážně tráví čas společně s dalšími klienty ve společenské místnosti a PSS jsou tak neustále v jejich blízkosti.

Co se týká ovlivnění osobního života PSS na základě života profesního, uvedlo pouze 47 % respondentů, že takové ovlivnění pocítují, ale emoce a problémy s klienty

prožívá 89 % respondentů. Z toho vyplývá, že profesní život PSS ve velké míře nepřesahuje do jejich osobního života. Takové zjištění se neshoduje s výzkumem Knapové (2016), která uvádí, že pracovníci nejsou schopni identifikovat a řešit vzniklé problémy na pracovišti a je to dáno tím, že nejsou dostatečně kvalifikovaní, anebo nemají potřebné osobnostní předpoklady, a nemohou se tak od profese odpoutat ani ve svém volném čase. S tímto předpokladem se shodují pouze dvě odpovědi respondentů, kteří uvedli špatnou fyzickou i psychickou snášenlivost. Naopak pozitivně se náš výzkum shoduje s výzkumem Holasové (2019), která rovněž zmiňuje ovlivnění osobního života hlavně v rámci empatie a úcty ke stáří, v rámci vědomí o chování člověka s Alzheimerovou chorobou a také v oblasti vnitřního naplnění, kdy je profese pro pracovníka smysluplná.

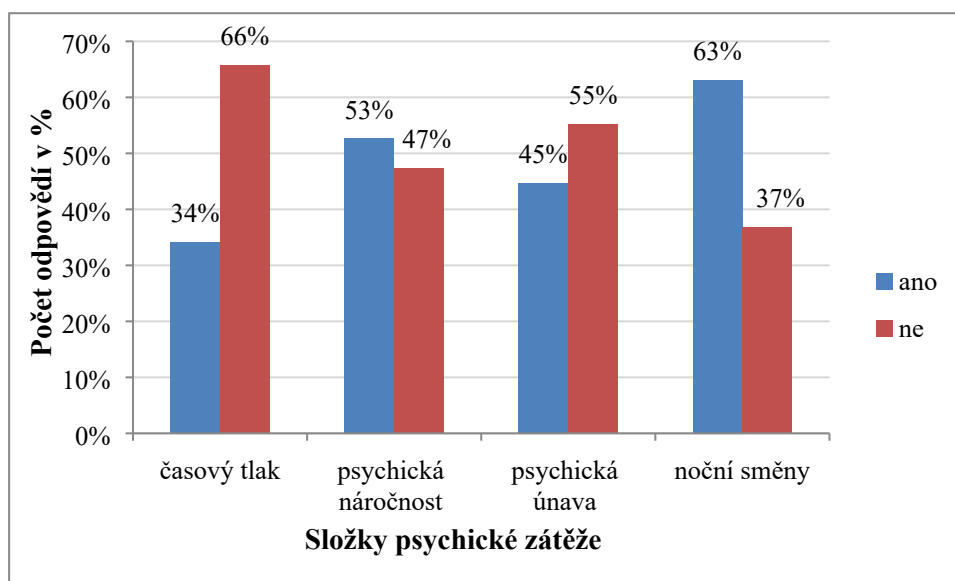
Ve výsledkové části výzkumu můžeme také vidět, že nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 51 a více let. Z takového výsledku lze předpokládat, že tato věková kategorie pracovníků bude nejvíce vnímat fyzickou únavu či bolesti pohybového aparátu, zejména zad a rukou. To se také potvrdilo, ale mezi věkovými kategoriemi nejsou významné rozdíly. Ve třetí kategorii, 18 – 35 let, bylo zastoupeno nejméně respondentů, přesto jich všech osm odpovědělo, že fyzickou únavu vnímají. Hejnová (2013) ve svém výzkumu rovněž nepotvrdila významnou souvislost mezi věkem a vznikem únavy, a to i přesto, že věk je jednou z determinantů vzniku únavy. Co se týká rozdílů mezi věkovými kategoriemi v oblasti psychické zátěže, nejméně takovou zátěž v našem výzkumu pocítuje nejmladší věková kategorie, převážně je touto oblastí zatížena kategorie střední. V porovnání s výzkumem Pražského (2014) nedochází ke korelaci mezi těmito výsledky. Pražský (2014) totiž uvádí, že mladší pracovníci vnímají výraznější zátěž, zejména při práci s klienty s demencí, a jsou tak více náchylní k emocionálnímu vyhoření. Nesoulad mezi těmito výsledky může být dán tím, že byl tento jev zkoumán u mladších jedinců, než je naše nejmladší věková kategorie, tedy 18 – 35 let. Oblast ovlivnění osobního života profesním je dána skutečností, že úlohu pečovatele tyto pracovníci vykonávají často i mimo pracoviště (Holasová, 2019). Proto se také v našem výzkumu v porovnání věkových skupin v této oblasti ukázalo, že nejstarší a střední kategorie se výrazně neliší. Avšak nejmladší věková kategorie nepocítuje toto ovlivnění. To může být dáno tím, že tyto pracovníci ještě např. nemají vlastní rodinu či závazky a nemusejí se tak starat o již nesoběstačné rodinné příslušníky.

Pracovníci v sociálních službách pracují v domově pro seniory s rizikem infekčního či parazitárního onemocnění. Tato onemocnění tvoří tři čtvrtiny nemocí z povolání v sociálních službách. Nejčastějším onemocněním zde bývá onemocnění svrabem (Vaverková, 2011). V našem výzkumu toto onemocnění však uvedli pouze tři respondenti, zbylí uváděli spíše onemocnění chřipkou či průjmem.

## 10 PODKLADY K DISKUZI

Podklady k diskusi vyplývají z dotazníkového šetření, ze kterého následně vznikly grafy k výzkumným problémům.

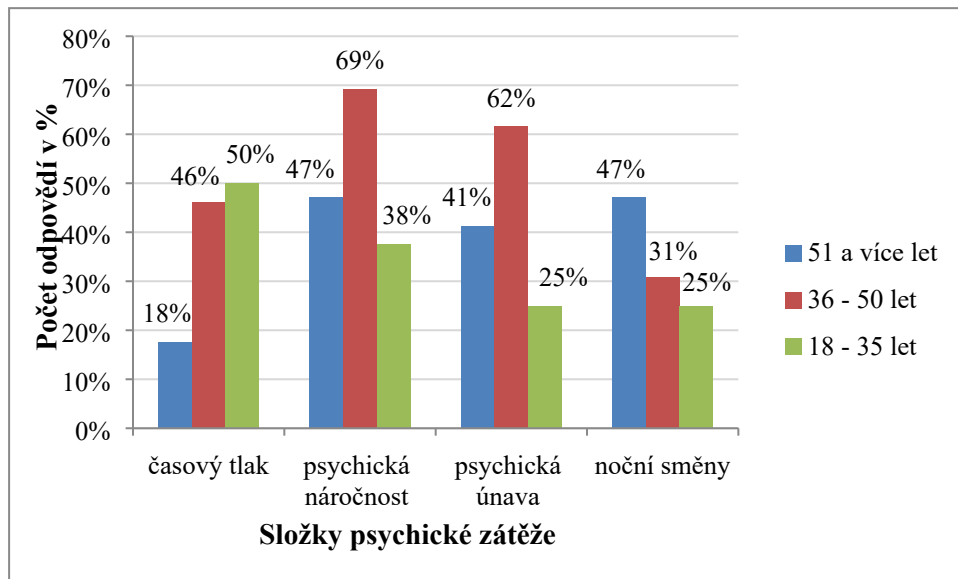
**Graf 21 Psychická zátěž**



Zdroj: vlastní

V grafu se nacházejí odpovědi k otázkám týkajících se psychické zátěže, konkrétně, zda pracovníci při práci vnímají časový tlak, zda je pro ně práce psychicky náročná v důsledku vysoké zodpovědnosti, jestli při práci pociťují psychickou únavu a jestli jim vyhovují noční směny. Z grafu je patrné, že 66 % (celkem 25) respondentů při práci nevnímá časový tlak, 34 % (celkem 13) respondentů ho vnímá. Pro 53 % (celkem 20) respondentů je práce pro vysokou zodpovědnost psychicky náročná, pro 47 % (celkem 18) respondentů psychicky náročná není. Psychickou únavu pociťuje 45 % (celkem 21) zúčastněných, 55 % (celkem 17) zúčastněných ji nepociťuje. Noční směny 63 % (celkem 24) respondentů vyhovují, 37 % (celkem 14) respondentů nevyhovují.

**Graf 22 Porovnání věkových kategorií - psychická zátěž**



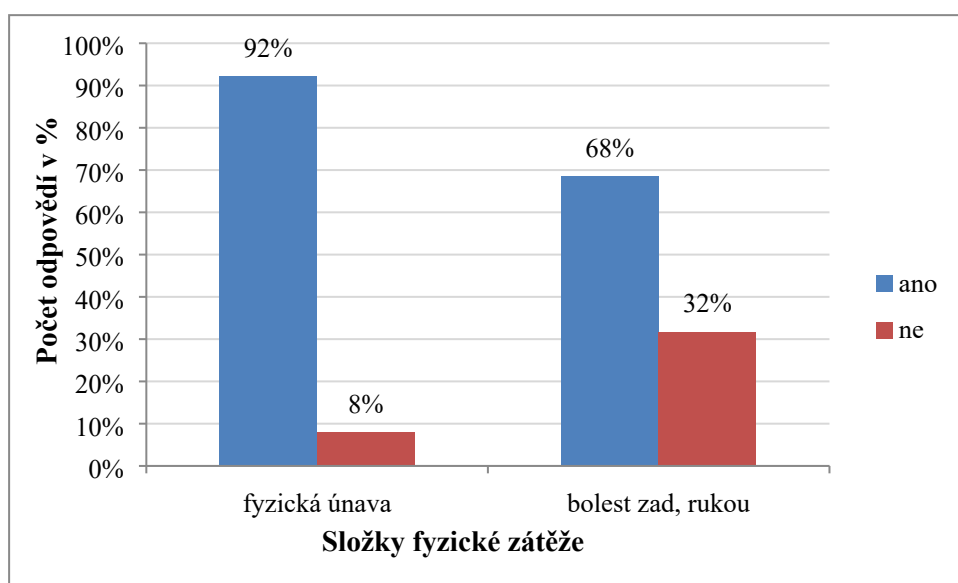
Zdroj: vlastní

V tomto grafu vidíme porovnání věkových kategorií v oblasti složek psychické zátěže. Nejmenší počet odpovědí se převážně nachází v nejmladší věkové kategorii, od 18 do 35 let, kde časový tlak pociťuje 50 % (celkem 4) respondentů, psychickou náročnost v důsledku vysoké zodpovědnosti vnímá 38 % (celkem 3) respondentů, psychickou únavou trpí 25 % (celkem 2) respondentů a noční směny nevyhovují 25 % (celkem 2) respondentů.

Střední kategorie ve věku 36 – 50 let pociťuje převážně největší psychickou zátěž ze všech tří kategorií. Časový tlak vnímá 46 % (celkem 6) respondentů, 69 % (celkem 9) respondentů pociťuje psychickou náročnost v důsledku vysoké zodpovědnosti, psychickou únavou trpí v této věkové kategorii 62 % (celkem 8) respondentů a noční směny nevyhovují 31 % (celkem 4) respondentů.

V kategorii 51 a více let vnímá 18 % (celkem 3) respondentů časový tlak, 47 % (celkem 8) respondentů pociťuje psychickou náročnost v důsledku vysoké zodpovědnosti, psychickou únavou trpí 41 % (celkem 7) respondentů a noční směny nevyhovují 47 % (celkem 8) respondentů.

**Graf 23 Fyzická zátěž**

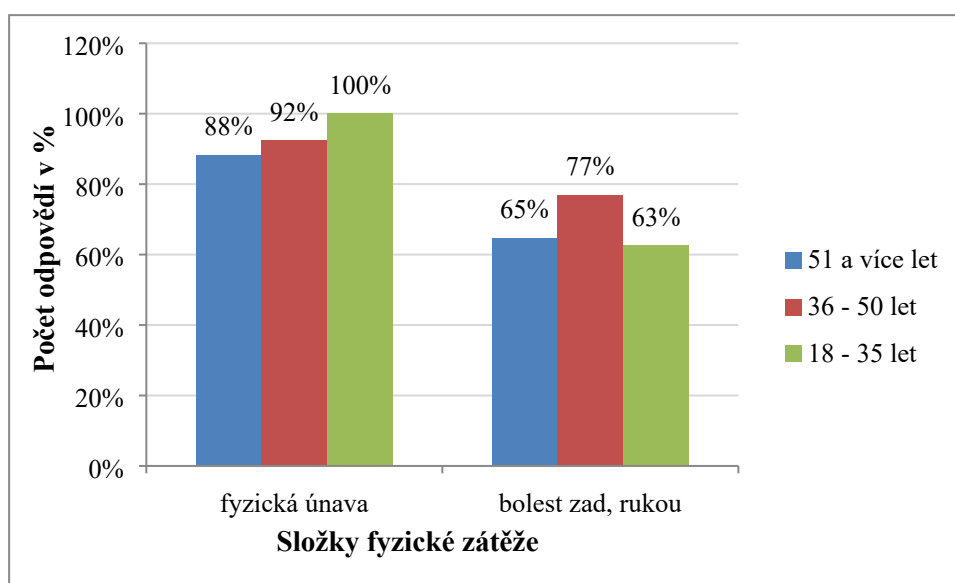


Zdroj: vlastní

V grafu jsou znázorněny odpovědi k otázkám vztahujících se k fyzické zátěži, konkrétně, zda pracovníci pociťují po práci fyzickou únavu a zda vnímají bolest zad a rukou. Vidíme, že 92 % (celkem 35) respondentů je po pracovní směně fyzicky unaveno, 8 % (celkem 3) respondentů fyzicky unaveno není. Co se týká bolesti zad a rukou, 68 % (celkem 26) zúčastněných takové bolesti vnímají, 32 % (celkem 12) zúčastněných takové bolesti netrápí.



**Graf 24 Porovnání věkových kategorií - fyzická zátěž**

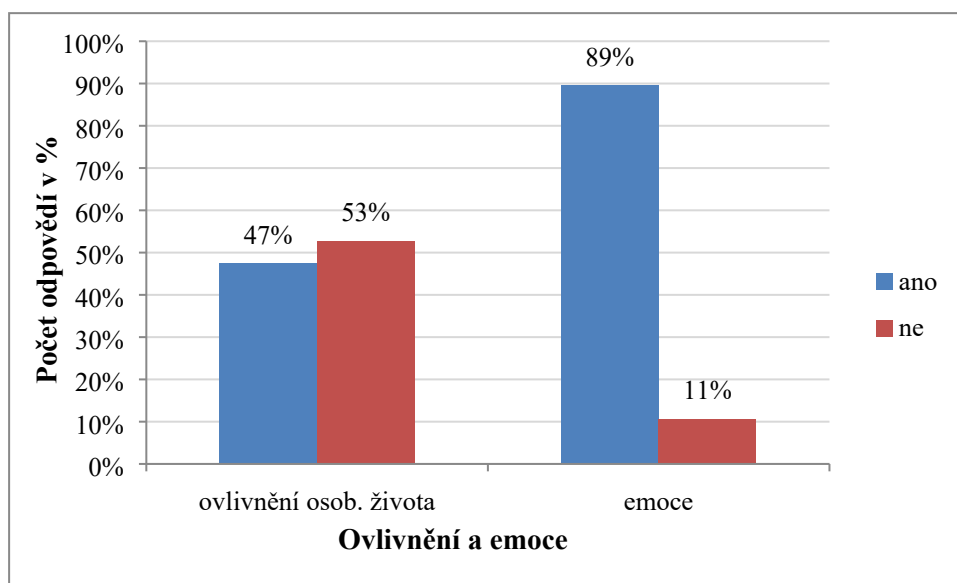


Zdroj: vlastní

V tomto grafu vidíme porovnání jednotlivých věkových kategorií v oblasti fyzické zátěže. V nejstarší věkové kategorii odpovědělo 88 % (celkem 15) respondentů, že po pracovní směně pocítují fyzickou únavu a bolesti zad a rukou vnímá 65 % (celkem 11) respondentů.

V kategorii 36 – 50 let se cítí po pracovní směně fyzicky unaveno 92 % (celkem 12) respondentů a bolesti zad a rukou vnímá 77 % (celkem 10) těchto respondentů. V kategorii s nejmladšími zástupci se po pracovní směně cítí unaveno 100 % (celkem 8) respondentů a 63 % (celkem 5) respondentů pocítuje bolesti zad a rukou.

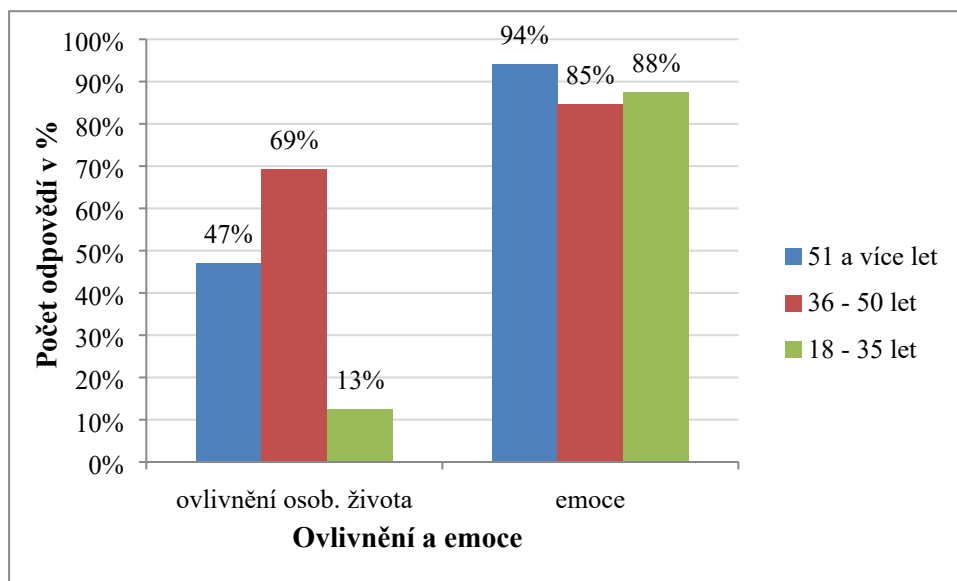
**Graf 25 Ovlivnění osobního života a emoce**



Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje odpovědi na otázku týkající se ovlivnění osobního života pracovníků profesním životem a také na to, zda pracovníci prožívají emoce společně s klienty domova. Z grafu je patrné, že 47 % (celkem 18) respondentů vnímá ovlivnění jejich osobního života profesním životem, 53 % (celkem 20) respondentů takové ovlivnění nevnímá. Naopak emoce společně s klienty prožívá převážná většina, a to 89 % (celkem 34) respondentů, 11 % (celkem 4) respondentů odpovědělo, že emoce s klienty nesdílí.

**Graf 26 Porovnání věkových kategorií - ovlivnění osobního života a emoce**



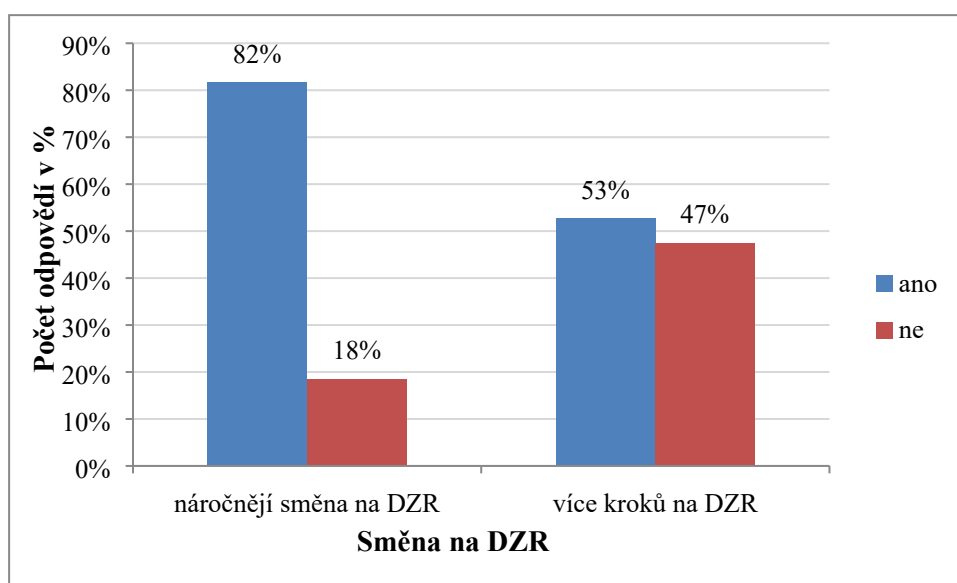
Zdroj: vlastní

V tomto grafu lze vidět porovnání věkových kategorií v oblasti ovlivnění osobního života pracovníků profesním životem a emocí prožívaných pracovníky společně s klienty domova. V kategorii 51 a více let pociťuje ovlivnění osobního života profesním životem 47 % (celkem 8) respondentů a 94 % (celkem 16) respondentů z této kategorie prožívá společně s klienty jejich emoce.

Ve střední věkové kategorii vnímá ovlivnění osobního života profesním životem 69 % (celkem 9) respondentů a společně s klienty prožívá emoce 85 % (celkem 11) respondentů.

V kategorii 18 – 35 let uvedlo 13 % (celkem 1) respondentů, že pociťuje ovlivnění osobního života profesním životem a 88 % (celkem 7) respondentů prožívá společně s klienty jejich emoce.

**Graf 27 Směna na oddělení se zvláštním režimem (DZR)**



Zdroj: vlastní

V grafu lze vidět, jak je směna na oddělení se zvláštním režimem pro pracovníky zatěžující oproti směně na běžném oddělení, a zda pracovníci na tomto oddělení ujdou více kroků. Jako náročnější směnu na oddělení DZR hodnotí 82 % (celkem 31) respondentů, 18 % (celkem 7) tuto směnu jako náročnější nevnímá. Podle zaznamenaných odpovědí ujde na oddělení DZR více kroků než na běžném oddělení 53 % (celkem 20) respondentů, 47 % (celkem 18) respondentů uvádí, že zde více kroků za směnu neujdou.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem rizik, která se mohou objevit v souvislosti s výkonem profese pracovníka v sociálních službách, konkrétně v domově pro seniory. V jednotlivých kapitolách teoretické části se věnujeme systému sociálních služeb, charakteristice profese pracovníka v sociálních službách a v poslední kapitole fyzické a psychické zátěži a dalším rizikům. Na poslední kapitolu navazuje praktická část této práce, jejíž součástí jsou výsledky dotazníkového šetření zobrazené v grafech. V této části jsou také popsány cíle a výzkumné problémy, kterými jsme se zabývaly.

Cílem práce bylo zmonitorovat profesi pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči u klientů domova pro seniory, zjistit, jaká je míra fyzické a psychické zátěže těchto pracovníků, jaká je náročnost práce na oddělení DZR, a ověřit, jestli má tato profese vliv na osobní život pracovníků. Cíle této práce byly naplněny a vyhodnocením dotazníkového šetření bylo zjištěno, že míra fyzické zátěže je opravdu vysoká, psychickou zátěž tyto pracovníci vnímají méně, přesto jsou jí ohroženi. Určité ovlivnění osobního života pracovníků také existuje, protože vysoká pracovní zátěž může výrazně ovlivnit kvalitu života v oblasti rodinného života či partnerských vztahů, ale také duševní zdraví pracovníků. Dále je potřeba zmínit, že se v této profesi vyskytuje větší procento žen, které se mnohdy stávají pečovatelkami také ve svých domácnostech, což výrazně přispívá k prohloubení celkové zátěže. Pro tyto pracovnice pak může být velmi obtížné oddělení profesního života od soukromého.

Význam této bakalářské práce spočívá v informování veřejnosti o výjimečné zátěži této specifické profese, protože jsme během literární rešerše nenalezly žádný výzkum, který by zohledňoval celkovou zátěž ve všech oblastech týkajících se výkonu profese PSS. Převážně byla nalezena pouze literatura zabývající se fyzickou a psychickou zátěží ve zdravotnictví. Na závěr je nutné dodat, že péče o seniory je velice potřebná a počet žadatelů o tyto služby bude v nadcházejících letech výrazně narůstat, protože seniorská populace se neustále rozšiřuje, a rodin majících možnost se o seniory starat stále ubývá. Proto by bylo žádoucí problematiku celkové zátěže této profese prozkoumat, aby se zjistilo, jak zefektivnit přípravu budoucích pečujících profesionálů, a jak zlepšit jejich pracovní podmínky, aby se tato velmi potřebná profese stala, zejména pro mladé lidi, atraktivní.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

Code of Ethics of the National Association of Social Workers. Steve Hicks School of Social Work [online]. Austin: NASW Delegate Assembly, 2017 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <https://socialwork.utexas.edu/dl/files/academic-programs/other/nasw-code-of-ethics.pdf>

ČAPOUNOVÁ VOLCOVÁ, Jaroslava. *Fyzická zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči v sociálních službách* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/e8xbz1/Diplomov\\_prce\\_apounov\\_Volcov.pdf](https://theses.cz/id/e8xbz1/Diplomov_prce_apounov_Volcov.pdf). Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.

DEL CARMEN PÉREZ-FUENTES, María. *Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [online]. 2019, 11(1), 33-40 [cit. 2019-01-16]. DOI: 10.5093/ejpalc2018a13. ISSN 18891861. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c9962e91-4058-45cf-a4dc-6a45c2020c76%40sdc-v-sessmgr05>

DELONGOVÁ, Bc. Veronika. *Etické problémy v péči o seniory* [online]. Brno, 2012 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19337/delongov%C3%A1\\_2012\\_dp.pdf?sequence=1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19337/delongov%C3%A1_2012_dp.pdf?sequence=1). Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

DRGÁČOVÁ, Jana. *Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí*. BOZPinfo.cz [online]. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, ©2006 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/psychicka-zatez-jeji-priciny-projevy-v-pracovnim-prostredi>

GARUS-PAKOWSKA, Anna. *NARAŽENIE PERSONELU MEDYCZNEGO NA MATERIAL POTENCJALNIE ZAKAŽNY. OCHRONNE DZIAŁANIA POEKSPOZYCYJNE*. *Forum Zakazeń* [online]. 2016, 7(1), 25-31 [cit. 2019-01-19]. DOI: 10.15374/FZ2016004. ISSN 20820623. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5f50e585-2b4b-4c73-91fe-7287b1c1eec3%40sdc-v-sessmgr03>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství: Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-701-3363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Lenka ZAMYKALOVÁ. *Profesní struktura a kvalifikační předpoklady pracovníků v sociálních službách*. Anzdoc [online]. Praha: VÚPSV, 2001 [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <https://anzdoc.com/profesni-struktura-a-kvalifikani-pedpoklady-pracovnik-v-soci.html>

HEJNOVÁ, Jitka. *Fyzická únava pracovníků v domovech pro seniory* [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/zq91v/DP\\_Hejnova.txt](https://is.muni.cz/th/zq91v/DP_Hejnova.txt). Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.

HOLASOVÁ, Lenka. *Mapování zátěže u pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/105199>. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích.

HOLUBCOVÁ, Jana. *Psychicky náročná práce a její kategorizace*. BOZPinfo.cz [online]. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, ©2006 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/psychicky-narocna-prace-jeji-kategorizace>

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANDA, Zdeněk. Mezilidské vztahy na pracovišti. Docplayer [online]. DocPlayer.cz, ©2016 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3721808-Mezilidske-vztahy-na-pracovisti.html>

JENSEN, Jette Nygaard a Andreas HOLTERMANN. *The greatest risk for low-back pain among newly educated female health care workers; body weight or physical work load?. BMC Musculoskeletal Disorders* [online]. 2012, **13**(1), 87-92 [cit. 2019-01-20]. DOI: 10.1186/1471-2474-13-87. ISSN 14712474. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=40c0654b-b557-4bd5-9677-3e489a64b299%40sessionmgr4008>

JURAŠKOVÁ, Božena. *Efektivita a návaznost jednotlivých systémů péče o geriatrického pacienta. Geriatrie a gerontologie* [online]. 2014, **3**(2), 71-81 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.cggs.cz/dokumenty/lj/urask.pdf>

JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

KACZOR, Michal. *Psychohygienu sociálního pracovníka* [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/68ly4r/psychohygienu\\_socialniho\\_pracovnika\\_michal\\_kaczor\\_2016.pdf](https://theses.cz/id/68ly4r/psychohygienu_socialniho_pracovnika_michal_kaczor_2016.pdf). Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KNAPOVÁ, Alena. *Pracovní spokojenost zaměstnanců v domově pro seniory* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37148/knapov%C3%A1\\_2016\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37148/knapov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.



KOHOUTEK, Rudolf. Únava, vyčerpání a vyhoření. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. ©2009 [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0901/psychologie-prace-a-unava>

KOTTERBOVÁ, Alena. *Psychologické aspekty profese sociálního pracovníka* [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/90797/>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.

KRBCOVÁ, Lenka. Prof. Tuček: Práce na směny škodí zdraví. Měla by být jen tam, kde je to nezbytné. *Vitalia.cz* [online]. Praha: Internet Info, ©2018 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/prace-na-smeny-skodi-zdravi-mela-by-byt-jen-tam-kde-je-to-nezbytné/>

KŘIBSKÁ, M. a M. NAKLÁDALOVÁ. *Noční směnná práce a vznik nádorových onemocnění - základní informace. Occupational Medicine / Pracovní Lékařství* [online]. 2017, 69(1/2), 22-26 [cit. 2019-01-15]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=245c64af-5b41-4b30-bbae-cbf220b6c04c%40sessionmgr101>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

KUGLEROVÁ, Bc. Libuše. *Etické problémy v péči o seniory* [online]. Brno, 2010 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/12263/kuglerov%C3%A1\\_2010\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/12263/kuglerov%C3%A1_2010_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

LOEBE, Ladislav. Pracovní podmínky v organizacích poskytujících sociální služby: analýza legislativy ČR. Sociální práce [online]. Praha: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ©2015 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=756>

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MACHOVÁ, Andrea. *Vliv směnových režimů na psychiku člověka a jeho výkonnost* [online]. Plzeň, 2017 [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: [https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/26623/1/Andrea\\_Machova\\_DP.pdf](https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/26623/1/Andrea_Machova_DP.pdf). Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta strojní. Katedra průmyslového inženýrství a managementu.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MAREK, Jakub a Petr SKŘEHOT. *Základy aplikované ergonomie*. Praha: VÚBP, 2009. Bezpečný podnik. ISBN 978-80-86973-58-6.

MARKOVÁ, Štěpánka. *Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/u3t2u9/Problematika\\_oetovatelsk\\_pe\\_v\\_domovech\\_pro\\_seniory.pdf](https://theses.cz/id/u3t2u9/Problematika_oetovatelsk_pe_v_domovech_pro_seniory.pdf). Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5589-2.

MLČOCH, Zbyněk. Demence seniorů - příznaky, jak se chovat k dementnímu seniorovi, alkohol a léky ve stáří. Mudr. Zbyněk Mlčoch [online]. Olomouc: Eva Mlčochová, © 2015 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/demence-senioru-priznaky-jak-se-chovat-k-dementnimu-seniorovi-alkohol-a-leky-ve-stari>

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. Zákony pro lidi [online]. Zlín: AION CS, ©2018 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>

NEČASOVÁ, Lenka. *Domácí péče u seniorů* [online]. Brno, 2011 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/n7jvw/Bakalarska\\_prace\\_i2aik.pdf](https://is.muni.cz/th/n7jvw/Bakalarska_prace_i2aik.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

NEDOMOVÁ, Bc. Jana. *Faktory ovlivňující rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy* [online]. Praha, 2015 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/78312/DPTX\\_2013\\_2\\_11210\\_0\\_383\\_388\\_0\\_150102.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/78312/DPTX_2013_2_11210_0_383_388_0_150102.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.

PEVNÁ, Kateřina. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika: Sociální služby v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2014 [cit. 2018-06-28]. ISBN 978-80-210-7077-6. Dostupné z: [https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/131854/Books\\_2010\\_2019\\_087-2014-1\\_8.pdf?sequence=1](https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/131854/Books_2010_2019_087-2014-1_8.pdf?sequence=1)

POLÁKOVÁ, Vendula. *Limity pracovníků v sociálních službách v procesu doprovázení osob seniorského věku* [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/iyl22v/DP\\_Polakova.pdf](https://theses.cz/id/iyl22v/DP_Polakova.pdf). Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.

PRAŠKO, Ján. *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-139-5.

Psychická zátěž. Encyklopedie BOZP [online]. Praha, ©2018 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: [http://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php?title=Psychick%C3%A1\\_z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE&oldid=21977](http://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php?title=Psychick%C3%A1_z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE&oldid=21977)

Rizikové faktory ve zdravotnictví. Znalostní systém prevence rizik v BOZP [online]. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, ©2016 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/odvetvi/zdravotnictvi/266-rizikove-faktory-ve-zdravotnictvi>

SAZIMOVÁ, Ludmila. *Kompetence pracovníků přímé péče v domovech pro seniory* [online]. Praha, 2008 [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/150005814>. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra sociální práce.

Sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2017 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

ŠAMÁNEK, Jaromír a Ludmila BEČVÁŘOVÁ. *Kategorizace prací*. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, ©2011 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/kategorizace-praci>

ŠMEHILOVÁ, Agáta. *Zařazení prací do kategorií v sociálních službách – v domovech pro seniory*. *Bulletin* [online]. 2018, 2018(8), 12 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodbory.cz/files/Article/1814/TextDocument/bulletin-8-2018.pdf>

ŠPLÍCHALOVÁ, Anna. *Vliv fyzické zátěže na lidské zdraví*. BOZPprofí.cz [online]. Praha: Verlag Dashöfer, ©2014 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: [https://www.bozpprofí.cz/33/vliv-fyzicke-zateze-na-lidske-zdravi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Ep\\_FUjZLTuw8IJ8LWAFDkJ8/](https://www.bozpprofí.cz/33/vliv-fyzicke-zateze-na-lidske-zdravi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Ep_FUjZLTuw8IJ8LWAFDkJ8/)

VAVERKOVÁ, Renata. *Nejčastější chyby a omyly v hygieně pracovníků v sociálních službách*. Spojená akreditační komise [online]. Praha: Spojená akreditační komise, ©2011 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2011/nejcastejsi-chyby-a-omyly-v-hygiene-pracovniku-v-socialnich-sluzbach-.515/>

VÉVODOVÁ, Š. a B. PETRÁŠOVÁ. *The impact of shift work on sleep and anxiety in general nurses*. *Occupational Medicine / Pracovní Lékarství* [online]. 2016, 68(3), 103-109 [cit. 2019-01-15]. ISSN 00326291. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=245c64af-5b41-4b30-bbae-cbf220b6c04c%40sessionmgr101>

VINAŘOVÁ, Jana. *Předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách*. Senior zone [online]. Praha: Verlag Dashöfer, ©2015 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/predpoklady-k-vykonu-povolani-socialniho-pracovnika-a-pracovnika-v-socialnich-sluzbach-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EtIBFPmTSA1rjE9WVnnfpKU/>

VLK, Václav a Martin FRANC. Jak má být správně provedena vstupní pracovnělékařská prohlídka?. Epravo.cz [online]. Praha: EPRAVO, ©2018 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/jak-ma-byt-spravne-provedena-vstupni-pracovnelekarska-prohlidka-107547.html>

VYBÍHALOVÁ, Lucie. *Vliv povolání sestry na životní styl. Sestra* [online]. 2013, **23**(2), 20-21 [cit. 2019-03-09]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/view/uuid:4e5ab370-0201-11e8-816d-5ef3fc9bb22f?page=uuid:04465500-021f-11e8-816d-5ef3fc9bb22f>

ZATLOUKALOVÁ, S. Profesionální infekce u zdravotníků v České republice v letech 2008-2015. *Occupational Medicine / Pracovní Lékarství* [online]. 2017, **69**(1/2), 27-36 [cit. 2019-01-19]. ISSN 00326291. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=5c45f4a8-78e6-44cf-9230-da79b6fdcc53%40sessionmgr4008>

Zákon o sociálních službách. *Zákony.cz* [online]. Frýdek-Místek: Heagl, ©2017 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <http://www.zakony.cz/zakony/2006/101/zakon-108-2006-Sb-zakon-o-socialnich-sluzbach-SB2006108>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník .....	87
Příloha 2: Žádost o povolení výzkumu .....	91

# PŘÍLOHY

## *Příloha 1: Dotazník*

### **Dotazník pro pracovníce/pracovníky v sociálních službách**

Vážené respondentky, vážení respondenti, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který následně poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Rizika vyskytující se u pracovníků v sociálních službách“.

Vaše odpovědi jsou pro mne velmi cenné, proto si Vás dovoluji rovněž požádat o co nejpresnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní.

V tomto dotazníku je Vaším úkolem odpovědět na předložené otázky. U každé z otázek zakroužkujte pouze jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru. U některých otázek vypište, prosím, i slovní odpověď.

Předem mnohokrát děkuji za Váš čas a spolupráci.

Ladislava Kovářová, studentka 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, obor Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví.

#### **1. Jste muž nebo žena?**

- a) muž
- b) žena

#### **2. Kolik je Vám let?**

- a) 18 – 35
- b) 36 – 50
- c) 51 a více

#### **3. Jak dlouho vykonáváte profesi pracovníka/pracovnice v sociálních službách?**

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 let a více

#### **4. Při práci míváte často pocit časového tlaku:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**5. Práce Vás velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**6. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**7. Během pracovní směny zvedáte těžká břemena:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**8. Po práci jste fyzicky unaven/a:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**9. Při práci pociťujete bolest zad či rukou:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**10. Pracujete s rizikem infekčního onemocnění ze strany klientů:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne



**11. Prodělal/a jste někdy infekční nemoc získanou ve Vašem pracovním prostředí? (např. průjem, chřipka, svrab, aj.) Pokud ano, napište jaké:**

a) ano

jaké: .....

b) ne

**12. Setkáváte se s negativním chováním ze strany klientů vůči Vám (např. fyzické napadení):**

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

**13. Noční směny Vám vyhovují (ke zvolené odpovědi uveďte důvod):**

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

proč: .....

**14. Jste vystaven/a slovnímu napadání ze strany klientů:**

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

**15. Směna je pro Vás na oddělení DZR náročnější než na ostatních odděleních:**

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

**16. Ovlivňuje profesní život nějakým způsobem Váš osobní život a naopak? (ke zvolené odpovědi napište, jakým způsobem)**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

jakým způsobem: .....

**17. Prožíváte společně s klienty jejich emoce, problémy:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**18. Ujdete za denní směnu více kroků na oddělení DZR než na běžném oddělení:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**19. Cítíte svoje zaměstnání jako poslání nebo pouze jako zaměstnání:**

- a) jako poslání
- b) jako zaměstnání

**20. Vzhledem k náročnosti tohoto zaměstnání, hodláte zde pracovat i nadále:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku a za Vámi strávený čas při jeho vyplňování.  
Vyplněné dotazníky, prosím, odevzdejte na recepci v Domově.

V Černovicích 30. listopadu 2018

Vedoucí Domova Černovice

Jaromír Jirka

Černovice 25

Holýšov, 345 62

Věc: ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMNÉHO DOTAZNÍKOVÉHO  
ŠETŘENÍ

Vážený pane vedoucí,

žádám Vás o povolení průzkumného dotazníkového šetření v Domově pro seniory, kterého se budou účastnit pracovníci přímé obslužné péče tohoto Domova. Výsledky průzkumného šetření budou použity v mé bakalářské práci.

Název mé bakalářské práce je Rizika vyskytující se u pracovníků v sociálních službách a vedoucí práce je MUDr. Zuzana Medunová, které se zodpovídám. Dotazník je anonymní a přikládám ho k žádosti.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

1.12.2018

ŽÁDOSTI VYHOVUJI

Centrum sociálních služeb  
Domažlice  
příspěvková organizace  
DOMOV ČERNOVICE  
345 62 Holýšov ①

Kovářová

Ladislava Kovářová

Studentka FZS ZČU v Plzni

Obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

Email: ladislak@students.zcu.cz