

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jana TOMÁŠKOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Historie, současnost a perspektivy zdravotně sociální
práce**

Jana Tomášková

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Tomášková**
Osobní číslo: **Z10236**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Historie, současnost a perspektivy zdravotně sociální práce**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

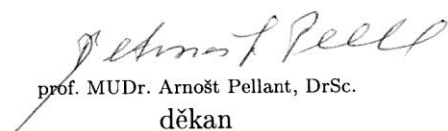
1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
2. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
3. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
4. MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-736-7331-2.
5. Věcný záměr zákonů o dlouhodobé péči, ucelené rehabilitaci.

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Historie, současnost a perspektivy zdravotně sociální práce vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 7. 2013

Jana Tomášková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PaedDr. Zdeňce Šáňdorové, Ph. D. za odborné vedení, její vstřícnost, užitečné a cenné rady a také připomínky při zpracování bakalářské práce.

Děkuji také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich čas a ochotu vyplnit dotazník k této bakalářské práci.

Velký dík patří mé rodině, která mě po dobu mého studia a psaní bakalářské práce podporovala.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na historii, současnost a perspektivy zdravotně-sociální práce.

Teoretická část se zabývá historií sociální práce, vymezením pojmu sociální práce a týmovou prací ve zdravotnictví. Následuje popis vzdělávání, pracovní náplně a osobnostních předpokladů zdravotně-sociálního pracovníka. Poslední kapitoly této části se zabývají perspektivami zdravotně-sociální práce, jako je věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a global agenda.

Ve výzkumné části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo v období listopad 2012 až leden 2013 ve zdravotnických zařízeních. Tato část je věnována zhodnocení vzdělání, profesní poptávce po zdravotně-sociálních pracovnících a jejich využitelnosti a efektivnosti. Následuje zhodnocení využití teorií a metod v praxi, potřebnosti a specifika zdravotně-sociální práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotně-sociální práce, týmová spolupráce, vzdělávání, věcný záměr zákona, global agenda

ANNOTATION

This bachelor thesis discusses the health & social care with respect to its history, current state and prospects.

The first section of the theoretical part, after commenting on the health & social care in historical perspective, provides the definition of health & social care and describes the team work in health care sector. The following section refers to personality requirements of health & social care workers, the system of education and job content. Finally, health & social care is analysed in relation to the legislation, i.e. draft code of long-term care, draft code of rehabilitation for disabled persons, and *Global Agenda*.

The practical part presents the questionnaire survey conducted in the period November 2012 – January 2013 in various caring establishments whose results interpret the assessment of health & social care education system, worker's career fulfilment and effectiveness of their work. The closing section reflects the specific features of health & social care, including the necessity of existence of this service, and concludes with the evaluation of applying the theories of health & social care in practice.

KEYWORDS

health & social care, team work, education, draft codes, Global Agenda

Obsah

Úvod.....	10
Cíle práce	11
1 Historie sociální práce	12
1.1 Sociální práce a její definice	15
1.2 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních	16
1.3 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu	17
2 Vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků.....	19
2.1 Vzdělávací program kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník	20
2.2 Bakalářské studium zdravotně-sociální pracovník.....	21
2.3 Osobnost a dovednosti zdravotně-sociálního pracovníka	22
2.4 Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka	24
3 Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči	26
4 Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením	28
5 The Global agenda.....	31
6 Výzkumné otázky	33
7 Metodika výzkumu	34
7.1 Výzkumný nástroj	34
7.2 Výzkumný vzorek	34
7.3 Analýza dat.....	34
8 Prezentace výsledků dotazníkového šetření	35
9 Diskuze	56
Závěr	59
Seznam použité literatury	61
Seznam obrázků.....	64
Seznam příloh	65

Úvod

Bakalářská práce se věnuje historii, současnosti a perspektivám zdravotně-sociální práce. Dané téma jsem si vybrala, protože mě zajímal historický vývoj sociální práce a její perspektivy. Práce bude pojednávat zejména o historickém vývoji a perspektivách zdravotně-sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Potřeba zdravotně-sociálních pracovníků vzrůstá. Především pro osoby se zdravotním a mentálním postižením, znevýhodněné osoby, osoby s duševní poruchou, ale i kvůli stárnutí populace.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. V prvních kapitolách teoretické části jsou popsány historické souvislosti, vymezení sociální práce, role zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnickém týmu. Druhá kapitola a podkapitoly analyzují vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků, osobnostní předpoklady a pracovní náplň. Třetí, čtvrtá a pátá kapitola jsou věnovány perspektivám v kontextu věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, analýzy global agendy.

Ve výzkumné části mám uvedeny cíle výzkumu a výzkumné otázky. Dále je popsána metodika výzkumu, technika sběru dat, výzkumný nástroj a výzkumný vzorek. V poslední kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření.

V závěru práce naleznete odpověď na výzkumné otázky, diskuzi a shrnutí faktů.

Cíle práce

1. Popsat a analyzovat možnosti vzdělávání v oblasti zdravotně-sociální práce včetně pregraduální a postgraduální přípravy.
2. Zhodnotit současný stav aplikace teorie zdravotně-sociální práce do praxe.
3. Zhodnotit současný stav profese zdravotně-sociální pracovník v praxi se zaměřením na potřebnost a využitelnost ve zdravotnictví.

1 Historie sociální práce

Sociální práce na území našeho státu je dlouhodobou tradicí, jejíž počátky tkví především v činnostech charitativních organizací. Základním motivem, který požaduje církev je obecné dobro a sociální spravedlnost. Právě tento motiv a myšlenka pomáhat byly silným podnětem k péči o lidi nemocné, bezmocné, staré, chudobné, lidi bez domova či sirotky a vdovy. Charitativní organizace zastávaly široké spektrum pomoci. V typech organizací fungujících od nástupu průmyslové revoluce byla prvotní a stěžejní institucí řešící sociální problémy rodina a pak bezprostřední komunita. Rodina vždy stála na prvním místě v institucích pomáhajících v obtížných situacích. Pomoc a podporu si lidé poskytovali v rámci rodin a komunit, a tak se společně starali o nemohoucí a zajišťování obživy. (Kuzníková, 2011, s. 13)

V dnešní společnosti je systém sociální opory velice důležitý. Zdůrazňuje se význam širšího sociálního prostředí nemocného, kam patří síť vztahů, opora u blízkých ovlivňuje psychický stav nemocného a to ovlivňuje celkový zdravotní stav. Psychosociální podpora může zlepšit kvalitu života těžce nemocného, proto se dnes můžeme setkat s terapeutickým působením širšího sociálního prostředí. Pojem zdraví a péče o něj je chápána ze širšího hlediska. Jednotlivý člověk je brán jako celek, ale i malá sociální skupina je brána jako celek. Proto je nutné začlenění tohoto jednotného celku do širších souvislostí. (Křivohlavý, 2009, s. 28)

Formování sociální práce ve zdravotnických zařízeních se odráželo především od protiepidemiologických činností sociální práce. Počátkem 19. století byly přeměny v ekonomických, politických a sociálních sférách a některé funkce rodiny a komunit přebíraly formální organizace, kde se odehrávaly významné institucionalizované činnosti (výchova, vzdělávání, léčení, aj.). V průběhu modernizace se celospolečenské prostředky snažily řešit sociální problémy, péči o zdraví lidu a celkové blaho společnosti. Propojila se sociální práce se státem a řada soukromých institucí se stala státními. Ve vybudovaných institucích měla sociální práce následující charakteristiku: segregaci problému s tendencí uzavřít problém do samostatného světa. Ve 20. století se z charitativní práce dobrovolnických sdružení stala vědní disciplína s vlastním etickým kodexem, psycho-sociálně terapeutickou metodikou,

formálním způsobem výuky a silným finančním a organizačním propojením na státní správu. U nás tomu předcházelo období první světové války. Při řešení problémů, které válka způsobila, narůstala potřeba sociální práce. Hlavním zájmem na národní konferenci sociální práce v letech 1917 – 1918 byla příprava sociálních pracovníků pro psychiatrii, jejichž počet navyšovala armáda pro řešení válečných neuróz. Během válečného období je nezanedbatelná role Československého červeného kříže, kdy tato organizace zavedla poskytování sociální práce všem, ve všech částech země a bez ohledu na ekonomickou situaci jedinců. V roce 1918 zformovali sociální pracovníci v nemocničním prostředí první profesní organizaci sociální práce u nás. (Kuzníková, 2011, s. 14-15)

V sociální práci v zemích, kde má obor delší tradici, se uplatňují nespécializovaní profesionálové, ale také specialisté, kteří jsou školeni pro práci s určitým typem klientů/pacientů a pracují výhradně s nimi. V roce 1929 se v Milfordu konala konference, kde se hlavně řešilo dilema vyjádřeného jako protikladu dvou extrémů. Každá skupina v ohrožení má své zvláštní potřeby, a tak je důležité mít speciální znalosti a dovednosti, praktický trénink a supervize, proto je důležité mít specializaci. Avšak opačným tvrzením je, že efektivita práce nezáleží na specializaci pro každou ohroženou skupinu, ale stačí soubor obecných znalostí a dovedností. Jejich využitím by měl sociální pracovník vytvářet, poskytnout a odkázat na další služby pro jakékoli klienty. (Matoušek a kol., 2005, s. 13)

V roce vzniku samostatného Československé republiky stoupla potřeba vybudovat moderní sociální péči z dobrovolných činností různých spolků a veřejné chudinské péče. První škola sociální práce vznikla roku 1918, a to Vyšší škola sociální péče v Praze. V roce 1935 byla zrušena a nahrazena Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče, která nabízela vyšší odborné vzdělání pro zdravotní sociální pracovníce, jež by pomáhaly lékařům v oboru sociálního lékařství. Pro další vývoj sociální práce byl impulzem rok 1968, kdy výsledkem pražského jara bylo uznání faktu, že existovaly sociální problémy, a to vedlo k vytvoření nové koncepce sociální politiky. Znovu bylo založeno Ministerstvo práce a sociálních věcí a ze západoevropských zkušeností vznikala nová koncepce sociální práce s rodinou a dětmi, se starými a zdravotně postiženými občany, s propuštěnými z výkonu trestu a osobami bez přístřeší. (Kuzníková, 2011, s. 15-16)

V období normalizace došlo k přerušení vývoje sociální práce na západě. Většina služeb zdravotní a sociální práce byla poskytována v ústavních zařízeních řízených centrálně.

V tomto období se projeví snahy o propojení sociální a zdravotní práce. Roku 1973 se Společnost sociálních pracovníků změnila v sekci a stala se součástí České lékařské společnosti J. E. Purkyně. (Šiklová in Matoušek, 2001, s. 145, 147)

Sociální práce se nesměla praktikovat po třicet let, protože převládala představa neexistence sociálních problémů. Byl pozastaven teoretický vývoj této vědní disciplíny, nevycházely téměř žádné knihy s problematikou sociální práce. Pro postižené osoby se nerozvíjely speciální služby tak, aby mohli postižení být integrováni do společnosti. V sedmdesátých letech se metodice sociální práce ve zdravotnictví věnovala např. Vlasta Brablcová, která byla tajemnicí ministerstva práce a sociálních věcí a přednesla federální vládě návrh zákona o mateřském příspěvku. Počátkem normalizace jdou některé pohledy na přístupy v oboru s dobou a rozvojem v zahraničí. Přesto je tato práce pro období 70. - 80. let ojedinělá. Pádem komunistického režimu roku 1989 se objevily pokusy o právní definování sociální práce. Se změnami v sociálním zabezpečení v návrhu zákona o sociální pomoci, se objevil termín sociální práce, který byl definován jako metoda sociální pomoci. (Kuzníková, 2011, s. 16 – 17)

Ve společnosti vznikala řada institucí k řešení sociálních problémů, rozvoji sociální politiky, sociálního zabezpečení, pojištění, sociálních služeb, nové zdravotní a vzdělávací programy a zařízení sociální péče. S vývojem sociální práce se do popředí dostávaly snahy o její profesionalizaci, a to především zdokonalení systému vzdělávání sociálních pracovníků zahrnující i vysokoškolské vzdělávání, nově i pro zdravotně-sociální pracovníky. Vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci v roce 1993 výrazně podpořil profesionalizaci oboru. Ve standardech se vymezily požadavky na kvalifikaci absolventů studia sociální práce, a to pomocí zásad studia a minimálního souboru studijních předmětů. K základním nástrojům Asociace vzdělavatelů v sociální práci patřily a dodnes patří standardy, kde je cílem definovat kvalitu vzdělávání u pomaturitních forem studijních oborů sociální práce. V roce 1996 vymezila konference o profesním profilu sociální práce v České republice sociálního pracovníka jako profesionála řešícího sociální problémy, zprostředkovávajícího pomoc při řešení problémů a snažícího se zabránit jejich vzniku. Sociální práce byla pojímána jako služba klientům. V rezortu zdravotnictví byl rozvoj profese sociální práce ovlivňován legislativními normami: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 105/2011 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dále je podporován snahami organizací, které sdružují sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky. (Kuzníková, 2011, s. 17-18)

1.1 Sociální práce a její definice

Sociální práci lze vymezit tak, že podporuje změnu, řešení problémů a posílení lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Tam, kde se lidé dostávají do kontaktu s prostředím, zasahuje sociální práce do lidského chování a sociálních systémů. Důležitou součástí jsou principy lidských práv a společenské spravedlnosti. (Navrátil, 2001, s. 183)

Sociální práce se opírá o naplňování individuálního lidského potenciálu a o společenskou solidaritu. Ze sociální práce se stala společenskovední disciplína během 20. století, kdy je cílem odhalování, zmírňování a řešení problémů. Sociální pracovníci pomáhají získat zpět sociální uplatnění, a tak pomáhají jednotlivcům, ale i rodinám, skupinám nebo komunitám. (Matoušek, 2001, s. 10)

Cílem sociální práce je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení problémů. Opírá se o lidskou solidaritu a pomáhá vytvářet příznivé podmínky pro uplatnění ve společnosti. K poskytování sociální pomoci je hlavním přístupem. (Matoušek, 2008, str. 200 – 201)

V sociální práci je pomoc zaměřena na dosahování rovnováhy v sociálním prostředí, ve kterém lidé uspokojí své potřeby a schopnost očekávání zvládat. (Musil, 2004, s. 15)

Většina společností prováděla nebo provádí sociální práci, ale tato činnost v nich takto není označována. Propojování ideálu solidarity s náboženstvím bylo především ve starých civilizacích. Náboženství pronikalo oblastmi společenské praxe, kde byla zakořeněna solidarita a také instituce podporující projevy společenské solidarity. Kvůli rozdílným kulturám v zemích, není možné stanovit jednotný přehled cílů sociální práce, protože rozdíly jsou jak v teorii sociální práce, tak i v praktických výkonech. Sociální pedagogika se vyvinula v některých západoevropských zemích, kterou jiné evropské země nepěstují a vzdělávání je viděno jako součást sociálního zabezpečení nebo nezávislý systém práce s lidmi, proto ani v evropském prostoru nelze sjednotit základní východiska. Sociální práci lze pochopit jen ve vazbě sociálního a kulturního kontextu, ve kterém vznikla. Hodnotit a budovat sociální práci nadčasově nelze, protože teorie i praxe jsou reakcemi na to, jak lidé vnímají sociální problémy v určitém místě a v určité době. (Matoušek a kol., 2003, s. 11-12)

I dříve existovaly nepříznivé životní situace, než se vyvinula sociální práce jako taková. Na řešení těchto situací se nepodíleli profesionálové, ale nejbližší okolí postiženého, většinou rodina nebo komunita. Dále se o péči podíleli i instituce, především církevní. Průběhem času se role ve společnosti změnila do podoby sociální práce. (Hanuš, 2007, s. 5)

Sociální práci můžeme označit také jako tzv. pomáhající profese. Profesionální pomáhání je předmětem sociální práce. Jeho úkolem je pomoci k tomu, aby se žilo lépe. To znamená podporu zdraví, pohody a prospěchu druhého člověka. Pokud selžou všechny způsoby řešení, teprve potom přichází na řadu profesionální pomoc. (Úlehla, 2005, s. 9)

Díky jiným pomáhajícím profesím, jejichž společným cílem je pomoc lidem v obtížných životních situacích, se odehrává sociální práce. Důležitá je interakce mezi člověkem a sociálním prostředím. (Musil, 2004, s. 13-15)

Sociální práce má tři odlišné přístupy, které se označují jako tzv. malá paradigmat. První se označuje jako terapeutické paradigma (terapeutická pomoc). Faktorem sociálního fungování je duševní zdraví a pohoda člověka. Sociální práce je chápána jako pomoc formou psychoterapie. Cílem tohoto přístupu je zabezpečit jednotlivcům, skupinám i komunitám psychickou a také sociální pohodu. Podpora rozvoje osobnosti je prostředkem na obnovu duševního zdraví a vnitřní rovnováhy. V tomto směru nejde jen o změnu klienta/pacienta, ale i sociálního pracovníka. Druhé paradigma se označuje jako reformní paradigma (reforma společenského prostředí). Sociální fungování se zde pojí se společenskou rovností v různých dimenzích společenského života. V určitých společenských skupinách se podporuje spolupráce a solidarita, aby utlačené získali vliv na vlastní život. V tomto paradigmatu se sociální práce snaží budovat společnosti, které si budou více rovnocenné. Třetí paradigma se označuje jako poradenské paradigma (sociálně právní pomoc). Schopnost zvládat problémy a přístup k odpovídajícím informacím a službám, na kterém závisí sociální fungování. Sociální práce je zde brána jako jeden z aspektů sociálních služeb. V tomto pojetí se vychází vstříc individuálním potřebám a také se usiluje o zlepšování systému služeb. Pomoc klientům je zde především v poskytování informací, poradenství, zpřístupňování zdrojů a dalších služeb. Součástí je změna společnosti a institucí, aby lépe vyhovovaly potřebám občanů. Každý z těchto paradigmat má své názory a koncepce, ale každý charakterizuje přístupy k sociální práci a sociálnímu fungování svým vlastním způsobem. (Navrátil, 2001, s. 14-17)

1.2 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Kuzníková (2011, s. 18) uvádí, že „*smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemocí.*”

Sociální práce stejně jako moderní medicína pracuje s klientem z holistického pohledu. Úkolem sociální práce je využití nemoci k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě,

spolupráci a ke kvalitnějšímu životu. Česká asociace sester sdružuje zdravotně-sociální pracovníky a vypracovala „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních“, který sjednotil postupy sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Sociální práci nelze definovat jako terapie, ale jako pomoc. (Kuzníková, 2011, s. 18 – 19)

Zdravotně-sociální pracovník se podílí i na ošetrovatelské péči, především v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Činnost zdravotně-sociálního pracovníka je rozpracována ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v plném znění. Existují dlouhodobé tradice sociální práce s klienty v našem zdravotnictví. S měnící se strukturou společnosti se měnily a přibývaly i problémy v sociální oblasti, jejichž řešení vyžadovalo vyšší úroveň vzdělání sociálních pracovníků, využívání nových přístupů v sociální práci a hlavně vyšší počet sociálních pracovníků v praxi. Propojení sociální práce se zdravotnickým povoláním bylo ukotveno legislativou MZČR, ale rozpoutalo debaty mezi zkušenými sociálními pracovníky v rezortu zdravotnictví, o nutnosti zdravotnického vzdělání pro profesionální výkon sociálního pracovníka. (Kuzníková, 2011, s. 19 - 20)

1.3 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnictví, kteří by řešili a uspokojovali psychosociální potřeby klientů/pacientů, je zřejmá. Nutné je zavedení multidisciplinarity, avšak profesní postavení a činnosti zdravotně-sociálních pracovníků nejsou dostatečně vyjasněny. Komplexnost péče vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, kam patří i zdravotně-sociální pracovník. Přesto je ostatními zdravotníky stále nedoceňována. Začlenění do týmu a získání pevné pozice závisí z velké části na osobnosti a schopnostech zdravotně-sociálního pracovníka. Úspěšná pomoc klientovi zahrnuje funkční propojení spolupráce sociálního pracovníka, klienta a jeho rodiny, fyzických a právnických osob mimo zdravotnické zařízení a členy interdisciplinárního týmu. (Kuzníková, 2011, s. 23 – 24)

V sociální práci je důležitá víceoborová (multidisciplinární) a mezioborová (interdisciplinární) spolupráce, která slouží k diagnostikování a následnému řešení problémové situace klienta. Zřejmé je, že práce s klientem má sociální, pedagogický, léčebný i ekonomický rozměr. (Novosad, 2000, s. 95 – 96)

Interdisciplinární tým (mezioborový) je charakteristický svou pomocí, která je postavena na integrovaném plánu péče orientovaného na klienta s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností oborů zastoupených v týmu. Multidisciplinární tým má víceoborové zastoupení v týmu, kde každý člen má svou specifickou roli, ale týmy nesdílejí jednotnou shodu v plánu intervencí kvůli odlišným individuálním prioritám. Pro postavení sociálního pracovníka v týmu je výhodnější volit termín interdisciplinární spolupráce, kde má sociální pracovník roli koordinátora činností a cílů týmu a manažera, který organizuje činnosti týmu a spolupráci s profesemi vně organizace. Součástí činnosti sociálního pracovníka je i zapojení sociální sítě klienta do léčebného procesu a zdravotně sociální rehabilitace. Členové týmu, poslání i vedení týmu jsou hnacími silami týmové práce. Dynamika týmu a interaktivní procesy představují aktivitu týmu a jeho činnosti a to vede k výsledkům týmové práce. Výsledky jsou přínosem pro klienta i členy týmu. (Kuzníková, 2011, s. 25 - 26)

Nejen práce v týmu je důležitá, ale i to, aby sociální pracovník byl vzděláván multioborově. Což neznamená detailní vědomosti ze všech oborů, ale alespoň základní orientaci v oboru sociologie, psychologie, práva, politologie, pedagogiky, psychiatrie, aj. Životní situaci klienta/pacienta by měl sociální pracovník vidět vcelku. Měl by být schopen doporučit jiného odborníka, podle situace klienta/pacienta. (Matoušek, 2001, s. 192)

V České republice lze uvést příklady dobré praxe a spolupráce v týmu z mnoha hospicových zařízení, kojeneckých ústavů, ale i z nemocnic. Jedná se o organizace s propracovaným systémem sociální pomoci, který poskytuje tým sociálních pracovníků v úzké spolupráci s odborníky z oblasti medicíny a ošetřovatelství, psychoterapie, psychologie, speciální pedagogiky a pedagogiky, ergoterapie a fyzioterapie, nutriční terapie, aj. Stálá přítomnost sociálního pracovníka na oddělení či klinice, při které má možnost být v blízkosti klientů a spolupracovníků z týmu je důležitou součástí dobré praxe. (Kuzníková, 2011, s. 24 – 25)

2 Vzdelávání zdravotně-sociálních pracovníků

Zdravotně-sociální pracovník by měl být v první řadě sociální pracovník poskytující komplexní pomoc a péči klientům ve svízelné situaci. Vzdelávání zdravotně-sociálních pracovníků je dnes regulováno především zákonem č. 105/2011 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a zákonem č. 108/2006 Sb. (zákon o sociálních službách). Vyhláška č. 55/2011 vymezuje činnosti zdravotně-sociálního pracovníka a zásadně zasahuje do systému vzdelávání. Zdravotně-sociální pracovník se řadí mezi nelékařská zdravotnická povolání. Obor sociální práce usiluje o profesionalizaci, rozvoj teorií a metod a rozvoj profesních standardů. (Kuzníková, 2011, s. 27, www.mzcr.cz)

V 90. letech 20. století byla založena Asociace vzdělavatelů v sociální práci a tato organizace sdružuje střední, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání v sociální práci. V roce 1928 byla založena Mezinárodní asociace škol sociální práce, která sídlí ve Vídni. Cílem organizace je podporovat kvalitní vzdělávání a vydávat vzdělávací standardy pro sociální pracovníky. Pro vyšší odborné školy a univerzity slouží minimální standardy vzdělávání v sociální práci. Dodržování standardů je pravidelně kontrolováno Asociací vzdělavatelů v sociální práci. (Matoušek, 200, s. 28, 101, 103).

V 90. letech byly také akreditovány pětileté obory sociální práce a s nimi i obory se zdravotnickým profilem. U absolventů je zdravotnické vzdělání v rámci celoživotního vzdělávání bráno jako určitá „nadstavba“, svou odbornost získali v souladu s platnou legislativou Ministerstva práce a sociálních věcí. Zdravotně-sociální pracovníci doposud získávali kvalifikaci formou celoživotního vzdělávání nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem. Vzniká však narůstající potřeba kvalifikovaných sociálních pracovníků v různých rezortech a většinou je udáván jejich nedostatečný počet. Reakcí na nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků byl vznik akreditovaného bakalářského studijního oboru zdravotně-sociální pracovník na vysokých školách. Cílem oboru je získat kompetence a způsobilost pro výkon nelékařského zdravotnického povolání a kompetence sociálního pracovníka v rámci rezortu práce a sociálních věcí v souladu s legislativou Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí a dodržení minimálních standardů vzdělávání v sociální práci. Důležité pro tento obor je i celoživotní vzdělávání, které se opírá o výše uvedené legislativní prameny. (Kuzníková, 2011, s. 27 – 28)

2.1 Vzdělávací program kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník

Akreditovaný kvalifikační kurz pořádá akreditované zařízení, kterému byla akreditace ministerstva zdravotnictví k uskutečňování tohoto vzdělávacího programu udělena dle zákona č. 105/2011 Sb. Ukončení kurzu je závěrečnou zkouškou, po které je účastník připraven k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Činnost zdravotně-sociálního pracovníka je v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v rámci oboru zdravotně sociální péče. Dále se také podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb klienta/pacienta. Po kurzu se účastníci uplatní v různých zdravotnických zařízeních, jako je například nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, zařízení pro seniory, aj. V učebnách zařízení je teoretická část výuky. Odborná praxe je zajištěna ve zdravotnických zařízeních a zařízeních integrované sociální péče. Účastník kurzu si osvojí vědomosti pro výkon povolání:

- zná základy práva,
- principy organizace a řízení zdravotnictví,
- má základy z klinických oborů a preventivní medicíny,
- má znalost duševních onemocnění,
- znalosti sociálních aspektů při onemocnění a po úrazech,
- specifika péče o geriatrické klienty/pacienty,
- specifika péče o dětské klienty/pacienty.

Dále získá dovednosti a postoje:

- řešení složité sociální situace klientů/pacientů s onemocněním nebo zdravotním postižením,
- odborná komunikace, kdy se přesně, věcně a terminologicky vyjadřuje,
- dodržuje etiku a požadavky na ochranu informací,
- sleduje odborné informace a umí s nimi pracovat.

Vzdělávací program by měl účastníkům rozšířit nebo prohloubit, popřípadě nově získat teoretické poznatky z oborů:

- veřejné zdravotnictví, základy zdravotnické legislativy, vnitřní lékařství, chirurgie, pediatrie, geriatricke, neurologie, psychiatrie, ošetrovatelství, praktická výuka.

Kurz poskytuje ucelený soubor vědomostí, dovedností a návyků nezbytných pro pracovní uplatnění. Vytváří si dovednosti a vědomosti týkající se zdraví a prevence nemoci. Osvojení

si základních znalostí z oborů uvedených výše, je důležité pro pochopení a poznání sociálních aspektů vybraných onemocnění.

Studium je jednoleté a podmínkou pro přijetí do kurzu je úspěšné dokončení nejméně tříletého studia se sociálním zaměřením na vyšších odborných školách nebo bakalářského či magisterského studia se sociálním zaměřením. Závěrečná zkouška se skládá z teoretické a praktické části. Po úspěšném zakončení obdrží účastník osvědčení k způsobilosti k výkonu zdravotně-sociálního pracovníka.

Akreditovaný kvalifikační kurz je například v Brně. (www.mzcr.cz)

2.2 Bakalářské studium zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální péče je studijní program, který připravuje vysokoškolsky kvalifikované odborné pracovníky pro poskytování odborné zdravotně-sociální práce, péči a služby ve zdravotnických a sociálních zařízeních u jedinců ve všech věkových kategoriích, a to bez odborného dohledu.

Cílem tohoto studijního oboru je profesní kvalifikace a vzdělání k samostatnému výkonu zdravotně sociální péče a služeb o jedince (zdravého, nemocného, handicapovaného, umírajícího), rodinu, komunitu v souladu se strategií „Zdraví pro všechny v 21. století“, která respektuje Evropské strategie Světové zdravotnické organizace (WHO). Dále také k plnění funkcí ve společnosti: autonomní, kooperativní, rozvoj výzkumu a podpora vývoje v oblasti zdravotně sociální práce. Patří sem i plánování, koordinace a řízení zdravotně sociální péče u všech věkových kategorií. Ve zdravotně sociální oblasti realizuje činnosti preventivní, diagnostické a rehabilitační péče. Dále se podílí na ošetrovatelské péči a uspokojuje zdravotně sociální potřeby klienta/pacienta. Dokončení studia dává systémový základ v oboru zdravotně-sociální pracovník a možnost získání specializace, a to v rámci celoživotního vzdělávání.

Uplatnění absolvent nachází v lůžkových zdravotnických zařízeních, stacionářích, ústavních zařízeních sociální péče, úřadech státní správy a v nestátních neziskových organizacích, které poskytují sociální služby.

Profesní kvalifikaci k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka lze získat v souladu s následujícími platnými zákony a vyhláškami. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu

nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, lze odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociální pracovník získat:

- Dle odstavce 1a v rámci akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijného oboru sociálního zaměření,
- Dle odstavce 1b absolvováním nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách, nebo vysokých školách, a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník,
- Dle odstavce 1c specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče získané způsobilosti všeobecné sestry podle §5.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se ruší vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků, vyhláška č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb. (www.mzcr.cz)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – část osmá předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, hlava I Sociální pracovník § 109, nelékařského zdravotnického povolání. (www.mpsv.cz)

Vyhláška č. 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou jsou stanoveny minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. (www.mzcr.cz)

Zdravotně-sociální pracovník je koncipován jako profesní teoreticko-praktické vzdělávání absolventů ze středních škol ukončených maturitou. Tento studijní obor je prvním stupněm vysokoškolského vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků.

Bakalářské studium Zdravotně-sociálního pracovníka je například v Pardubicích, Jihlavě, Ostravě, Praze. (www.socialniprace.cz)

2.3 Osobnost a dovednosti zdravotně-sociálního pracovníka

Základy nároků na osobnost zdravotně-sociálního pracovníka nalezneme v zásadách humanistického přístupu, kam patří schopnost empatie, autentičnost a vřelost, které jsou nezbytné v sociální práci.

Důležitý je zájem o klienta/pacienta a zdravotně-sociální pracovník ho bere tak, jak se zrovna klient cítí. Nezbytnou součástí je hodnotný lidský vztah, který tvoří důvěru mezi pracovníkem a klientem/pacientem. Schopností je i vymezení hranic, kdy rozlišujeme to, co je záležitostí zdravotně-sociálního pracovníka a co je v kompetencích klienta. Je důležité dodržovat vymezené hranice, jelikož by mohl pracovník přebírat klientovi/pacientovi problémy za své a narušil by pomáhající proces. Každý zdravotně-sociální pracovník by měl přijmout za své etické principy sociální práce. (Kuzníková, 2011, s. 29)

Havrdová (1999, s. 11) uvádí že „významným pojítkem profese je přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, vrozené důstojnosti a právu na seburčení všech klientů.“ Praktické kompetence v roli sociálního pracovníka představuje pozorovatelné a zachytitelné chování. Teoretické předpoklady a souvislosti jsou aspekty, které jsou důležité k pochopení vymezených kompetencí. Mezi nezbytné kompetence patří účinná komunikace, orientace a plánování postupu, podpora a pomoc k soběstačnosti, poskytování služeb, přispívání k práci organizace a odborný růst. Rozvíjet komunikaci je jedním z kritérií pro přizpůsobení komunikace věku, individualitě a podmínkám. (Havrdová, 1999, s. 45 – 47)

V roce 1983 byl ve Spojených státech amerických vydán Národní asociací sociálních pracovníků etický kodex, který je tzv. návodem k profesnímu chování. Etický kodex byl u nás schválen Společností sociálních pracovníků v roce 2006. Samotná znalost kodexů ovšem nestačí k výkonu profese zdravotně-sociálního pracovníka, avšak samozřejmostí by mělo být vzít za své tyto normy, pravidla a postupy. Znalost všeobecné deklarace lidských práv, práv pacientů a hospitalizovaných dětí, které byly schváleny Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví, Deklarací práv duševně postižených osob a Chartou práv tělesně postižených by měl mít každý zdravotně-sociální pracovník. Nutná je i znalost legislativy a orientace v sociálních institucích. Ve zdravotnictví se musí kvalifikovat ve zdravotních vědách, psychologii, sociálních vědách a to v souladu s legislativou. Sebevzdělávání a supervize, sledování vývoje teorií a metod, technik sociální práce má vliv na zrání osobnosti zdravotně-sociálního pracovníka. Hodnoty, o které by měl každý pracovník pečovat, jsou: kultivovaný projev, schopnost empatie, citová vyrovnanost, přirozená autorita a pozitivní nazírání na svět. (Kuzníková, 2011, s. 30)

2.4 Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka jsou rozpracovány vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Ve vyhlášce jsou popsány činnosti, jako například provádění sociální prevence, sociálního šetření, sestavování plánu psychosociální intervence, zajišťování poradenství, apod. (www.mzcr.cz)

Sociální pracovník je člověk, který je osobnostně vyrovnaný a je vysokoškolsky vzdělaný v oboru sociální práce nebo jiném humanitním oboru. Je kompetentní k pomoci při řešení situací klienta/pacienta, který v krizi kterou nedokáže řešit, hledá pomoc. (Bajer, Tokárová, 2007, s. 13)

Kuzníková (2012, s. 11) uvádí, že „sociální pracovník je profesionál, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit jejich vzniku nebo vyhrocení. Sociální práci pojímá jako službu klientům (jedincům, rodinám, skupinám nebo komunitám), kterou je možné charakterizovat pojmy pomoc, podpora, provázení.”

Sociální pracovníci pracující ve zdravotnických zařízeních se významně podílí na zahájení zdravotně sociální rehabilitace a ta udržuje dosažitelnou kvalitu života klienta a působí jako preventivní faktor, který snižuje možnost návratu do zdravotnického zařízení. (Novosad, 2000, str. 123)

Zdravotně-sociální pracovník se podílí na činnosti preventivní, diagnostické a rehabilitační péče. Služby sociální péče jsou ty intervence, které zmírňují nebo odstraňují negativní důsledky nemoci, hospitalizace, úmrtí, psycho-sociálně patologických jevů, apod. Každé zdravotnické zařízení zpracovává individuálně a průběžně aktualizuje náplň a obsah práce. Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení:

- Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů – to zda se bude na řešení podílet, rozhoduje lékař.
- Sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných – poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb a pomoci, spolupráce s rodinou či blízkými klienta/pacienta.
- Sociální prevence – rozhovor s každým klientem/pacientem, zjišťovat možné sociální potřeby a obtíže, depistáž – vyhledávání a poradenství.

- Sociální anamnézy a prognózy – cílem je integrace a zjistit, zda situace nebude narušovat léčbu a zhoršovat zdravotní stav. Pokud reintegrace není možná, je důležité zajistit další formy pomoci a rodinu připravit na možné trvalé poškození zdravotního stavu.
- Aplikace metod sociální práce – individuální práce s klientem/pacientem, práce se skupinou, rodinou a příbuznými.

Činnosti by měly vycházet z důkladné sociální anamnézy. Volí se takové postupy, aby byly v souladu s metodou a teoretickým konceptem, který se jeví v situaci klienta/pacienta (rodiny, skupiny, komunity) jako nejvhodnější. Praktické činnosti, které má sociální pracovník v popisu práce, jsou: psychosociální podpora, edukace, poradenství, komunikace. Na závěr se dělá závěrečné vyhodnocení činností, kde se hodnotí efektivita pomoci a podpory, případná zpětná vazba, zakončené vlastní sebereflexí. (Kuzníková, 2011, s. 47-52)

Základní soustavu kompetencí, které vycházejí z praktických zkušeností sociálních pracovníků a členů týmu, je rozvíjet komunikaci, plánovat postup a orientovat se v situaci, pomáhat a podporovat v soběstačnosti, poskytovat služby, přispívat k práci organizace a odborně růst. Tyto kompetence jsou nutnou podmínkou pro pracovníkovu roli. Měl by znát možnosti poskytování služeb, poskytovat pomoc v souladu s dohodnutým postupem, hodnotit situaci, organizovat služby. Dále by se měl zapojovat do programů, které snižují sociální riziko, zlepšují podmínky a možnosti důstojného života, pomáhat zvládat konflikt, napětí a stres, zlepšovat spolupráci klientů a poskytovatelů služeb, připravit podmínky pro ukončení služby. Proto by měl být pracovník všestranný a univerzální, aby dokázal efektivně pomoci klientovi v jakékoli situaci. (Matoušek, 2003, s. 16)

3 Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči

Důvodem předložení byla modernizace a vyšší efektivnost zdravotnického systému, podpora rozvoje péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí, vymezení dlouhodobé zdravotně-sociální péče a zajištění její dostupnosti pro všechny potřebné občany. (www.mpsv.cz)

Cílem návrhu bylo zajistit dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči, a to jak v domácím prostředí, tak i v institucionálním prostředí. Je třeba navrhnout způsob financování a vytvořit podmínky, aby dlouhodobou péči potřebovalo co nejméně lidí. Do tohoto systému se musí více zapojit klient i rodinní příslušníci.

Dlouhodobá péče je systém zdravotních a sociálních služeb, které bývají kombinované. Tyto služby poskytují pomoc osobám se sníženou soběstačností, závislých na cizí pomoci. To znamená, že potřebují pomoc při běžných denních aktivitách a v péči o domácnost. Nejčastěji se jedná o osoby s chronickým onemocněním, kde většinou probíhá ošetrovatelská nebo paliativní péče. Převážně tyto osoby potřebují ošetrovatelskou péči s preventivní rehabilitační péčí. Pokud dojde ke zhoršení schopnosti sebeobsluhy, a to díky zdravotnímu postižení, které je vrozené nebo získané, potřebují lidé dlouhodobou péči.

Potřeby klientů/pacientů se zjišťují v rámci pobytové, ambulantní a terénní formy. Není-li možné se starat o klienta v domácím prostředí, poskytne se mu pobytová forma, kde bude řešena jejich situace a budou respektovány jejich bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Většina osob, které potřebují dlouhodobou péči, jsou lidé vyššího věku. Avšak není to pravidlem, patří sem osoby, které mají vrozené postižení nebo úraz, či nemoc získanou v raném věku a potřebují dlouhodobou péči po většinu života. Klienti budou tedy potřebovat pomoc v základních sebeobslužných aktivitách a další služby, které jsou individuální, kvalifikovaný zdravotnický dohled a ošetrovatelskou péči.

Počet osob, které budou dlouhodobou péči potřebovat, vzroste a to v důsledku stárnutí obyvatelstva. Financování organizací je rozdrobeno mezi resorty Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, kraje, obce a zdravotní pojišťovny, které vede k nerovnostem mezi klienty zdravotnických a sociálních služeb, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování služeb a k vysokým nákladům. Dnešní financování z daní a ze zdravotního pojištění je z důvodu stárnutí obyvatelstva nezadržitelné.

Dlouhodobá péče je hrazena z výdajů zdravotních pojišťoven, státu, krajů, obcí a dalších zdravotnických zařízení následné péče, ale také ze soukromých rozpočtů ze sociálních dávek, a to ať z pojistných nebo nepojistných systémů. Výdaje se ovšem regionálně velmi liší, protože pramení z rozhodnutí krajů a obcí ohledně investic do zařízení, které dlouhodobou péči poskytují.

Existují však nedostatky v poskytování a financování dlouhodobé péče. Dnes je tato péče poskytována blízkými nebo profesionály v resortu práce a sociálních věcí nebo zdravotnictví. Služby mezi jednotlivými resorty nejsou koordinované a to vede k významným nerovnostem mezi klienty zdravotnických a sociálních zařízení, dále také nedostatečné zajištění kvality a dostupnosti, neefektivita poskytování a vysoké náklady. Také záleží, zda je klient/pacient v pobytové péči zdravotnického zařízení poskytující lůžkové zdravotní služby nebo zařízení poskytující pobytové sociální služby, protože od toho se odvíjí finanční spoluúčast.

Cílem této právní úpravy je jasně vymezit dlouhodobou péči, nároky klientů, požadavky na personální a věcné vybavení poskytovatelů, ale také financování dlouhodobé péče. Důležité je překlenout překážky mezi službami zdravotní a sociální péče. Každý klient má individuální potřeby a podle toho je nutné zajistit optimální poskytování dlouhodobé péče. V těchto službách je potřebná podpora kvalifikovaných pracovníků a vytvoření nových profesí. Dále také zvýšení kvality a efektivity služeb a podpora poskytování péče v přirozeném prostředí. Existují ovšem i rizika, jako je například tlak na veřejné rozpočty ohledně úhrady péče, snížení úrovně kvůli nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí, krajů a státu. Dalším rizikem je nárůst hospitalizací a neschopnost zajistit odpovídající služby většímu počtu obyvatelstva, které je potřebují. (věcný záměr zákona o dlouhodobé péči)

4 Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením

Teze ucelené rehabilitace byly vypracovány za spolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ale i Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a Národní rady zdravotně postižených ČR. Materiály byly projednány a schváleny vládou ČR. Materiály informovaly o problémech spjatých s rehabilitací osob se zdravotním postižením, upozorňovaly na rozsah dané problematiky a předkládaly východiska k řešení situace. Ministři odpovídajících resortů měli schválené teze promítnout do návrhu příslušných právních předpisů. Do vlády byl předložen věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, který je stručně popsán níže. (www.mpsv.cz)

Systém komplexní rehabilitace osobám se zdravotním postižením právní předpisy v České republice neupravují. Existují pouze pro jednotlivé oblasti rehabilitace. Rehabilitace osob se zdravotním postižením se v České republice provádí ve všech oblastech – léčebná, sociální, pedagogická a pracovní, ale přesto v právních předpisech nenalezneme pro komplexní poskytování oporu.

Léčebná rehabilitace se v právních předpisech považuje za součást zdravotní péče, která je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Podmínky pro poskytování léčebné rehabilitace upravují právní předpisy vydané resortem Ministerstva zdravotnictví. Zahrnuje soubor diagnostických, terapeutických a organizačních opatření, a proto je nedílnou součástí zdravotní péče. Je zajišťována v ambulantní a lůžkové péči. Léčebná rehabilitace by měla být zahájena již v období akutní zdravotní péče, včetně zahájení rehabilitačních opatření i na oddělení ARO. Tvoří se krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán, který zajišťuje tým: rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeutové, ergoterapeutové, psycholog, speciální pedagog, logoped a sociální pracovník. I přesto jsou v oblasti léčebné rehabilitace nedostatky, které je potřeba řešit. Důležité je definovat standardy pro samotnou léčebnou rehabilitaci, tak i pro personální vybavení, věcné a technické zabezpečení pro provádění této rehabilitace. Nedostatečné zajištění rozsahu léčebné rehabilitace a navazující péče po skončení hospitalizace. Dále chybí podmínky a statut dalších specializovaných center, zejména pro pacienty s poškozením mozku.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 29/2007 Sb., kterým se mění předchozí, upravují jeden z druhů sociálních služeb pro oblast sociální rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Dále sem patří zákony: 135/2006 Sb., který mění zákony v oblasti ochrany před domácím násilím, zákon č. 586/1992 Sb. o daních z příjmu, zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Právní předpisy, které upravují vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se zdravotním postižením, neznají pojem pedagogická rehabilitace, i přesto upravují uvedenou oblast velmi podobně. Sociální rehabilitace je soubor činností, které směřují k dosažení nezávislosti, samostatnosti, soběstačnosti, rozvoj schopností a dovedností, posilování návyků a nácvik běžných aktivit pro samostatný život. Poskytuje se formou ambulantní, terénní, pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb. K rozvoji sociální rehabilitace přispěly především nestátní neziskové organizace, jako například občanská sdružení osob se zdravotním postižením, zdravotnická zařízení, kam patří odborné léčebné ústavy a nadace, které začaly provozovat střediska, kde se osoby se zdravotním postižením mají možnost naučit základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, orientace, apod.

Základní činnosti sociální rehabilitace:

- nácvik dovedností pro péči o vlastní osobu,
- nácvik soběstačnosti a činností vedoucí k sociálnímu začleňování,
- kontakt se společenským prostředím,
- vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti,
- pomoc při obstarávání osobních záležitostí a uplatňování práv,
- základní sociální poradenství,
- poskytování ubytování, stravy a osobní hygieny v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Zákon přispěje i k aktivní účasti osob na zajištění sociálních služeb a zohledňování nejen jejich zdravotního stavu, ale i sociální situace a míry jejich závislosti na pomoci druhé osoby při zajišťování služby vedoucí k sociálnímu začlenění nebo prevenci před sociálním vyloučením. Nedostatky v oblasti sociální rehabilitaci jsou, že osoby se zdravotním postižením nemají právo poskytovat tuto rehabilitaci, není provázanost a návaznost na léčebnou rehabilitaci, chybí provázanost s ostatními složkami rehabilitace, poskytování není komplexní, nedostačující předávání informací mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty, chybí souhrnné statistické údaje v oblasti sociální rehabilitace.

Ve vzdělání na zajištění rehabilitace se vyskytují nedostatky, jako je chybějící systémová koordinace provádění rehabilitace, právní opora pro zabezpečování rehabilitace, není systémově vyřešen způsob předávání a poskytování informací mezi poskytovateli a o poskytovatelích rehabilitace a problém pracovního uplatnění zdravotně postižených a jejich aktivace.

Pracovní rehabilitaci pro osoby se zdravotním postižením vymezují předpisy upravující zaměstnanost, především zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Jedná se o zaměření na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, kterou zabezpečují úřady práce. Slouží k vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením a vede to k jejich integraci. Zařazení do procesu pracovní rehabilitace je na základě zdravotního stavu. Dále zde najdeme:

- koncepce následné péče,
- směrnice č. 49/1967, o posuzování zdravotní způsobilosti k práci,
- oznámení MPSV č. 15/2006 – Postup úřadů práce při zabezpečování pracovní rehabilitace,
- oznámení MPSV č. 28/2006 – Zadávání zakázek při zabezpečování rekvalifikace, poradenských činností a pracovní rehabilitace.

Nedostatky v pracovní rehabilitaci jsou takové, že zákon o zaměstnanosti nerespektuje ostatní oblasti rehabilitace, síť rehabilitačních center je nedostatečná, není právně zakotvena povinnost objektivního vyhodnocení zachovaných pracovních schopností, administrativně i časově je to pro úřady náročné, apod.

Návrh věcného řešení je následující:

- Zakotvení právního rámce rehabilitace – významným předpokladem fungujícího systému rehabilitace jsou dostatečné právní úpravy, které vymezují právo pro osoby zdravotně postižené na koordinaci jednotlivých složek rehabilitace a podpora tohoto systému.
- Institucionální zajištění rehabilitace – stanovení instituce, která v rámci své činnosti bude podávat specializované poradenství a informace o možnostech osobám se zdravotním postižením, dále také podporovat a sledovat účinnost rehabilitace.
- Rozvoj jednotlivých složek rehabilitace – právní úprava některých složek nevyhovuje požadavkům. (věcný záměr zákona o rehabilitaci)

5 The Global agenda

Global agenda, neboli Světová výzva, je výsledek tříleté iniciativy tří mezinárodních organizací, které zastupují praxi a vzdělání v oblasti sociální práce a sociálního rozvoje. Tyto tři organizace byly založeny v roce 1928 a po mnoho let si drží formální poradní status, Ekonomickou a sociální radu OSN, další agentury OSN a jiné související organizace. Celosvětová federace národních organizací sociální práce, která zastupuje více než 750 000 sociálních pracovníků v 90 zemích, se nazývá Mezinárodní federace sociálních pracovníků. Společenství škol a vzdělavatelů v sociální práci je Mezinárodní asociace škol, která usiluje o kvalitní vzdělání, odbornou přípravu a výzkum v teorii a praxi sociální práce, správu sociálních služeb a tvorbu sociální politiky. Celosvětová nevládní organizace, kterou je Mezinárodní rada pro sociální péči, reprezentuje organizace z celého světa a ty jsou zapojeny do programů na podporu sociálního blahobytu, rozvoje a spravedlnosti. Přípravy této Světové výzvy byly konzultovány se sociálními pracovníky, vzdělavateli v sociální práci a pracovníky v oblasti sociálního rozvoje. V roce 2010 získala global agenda podporu a vznikly formulace konkrétních závazků. Plánovaný program 2012 – 2016 pomocí organizací podporuje realizaci závazků Světové výzvy uvedených níže.

Prosazovat sociální a ekonomické rovnosti. Podporovat, ovlivňovat a prosazovat iniciativy zaměřené na dosažení sociální a ekonomické rovnosti. Hlavním cílem je připravit agendu, která zahrnuje minimalizaci úrovně sociální ochrany, standardy důstojné práce a iniciativy WHO, které se zaměřují na sociální determinanty zdraví a vzdělávání pro všechny. Dále usilovat o ekonomiku zaměřenou na člověka, která je regulována s cílem chránit a prosazovat sociální spravedlnost, lidská práva a udržitelný rozvoj. Podporovat a spolupracovat na rozvoji silných místních komunit s cílem posílit kapacity pro komunikaci s vládami/správami za účelem rozšíření sociálního a ekonomického rozvoje. Prosazují standardy v oblasti vzdělávání a praxe v sociální práci a sociálním rozvoji, která umožní dosahovat udržitelného sociálního rozvoje.

Zajišťovat důstojnost a hodnoty člověka. Usilovat o uplatňování mezinárodních úmluv a dalších dokumentů, které hájí sociální, ekonomická, kulturní a politická práva všech národů a vymýcení diskriminace jak rasové, tak sexuální.

Předcházet a řešit konflikty a dodržovat mezinárodní dohody omezující násilí a jeho důsledky. Usilovat o zastavení násilných reakcí státu, prosazovat a hájit právo osob na pohyb mezi státy. Podporovat opatření na omezení a eliminaci obchodování s lidmi. Společně pracovat na legislativě a předpisech nenarušující ani neomezující právo vykonávat zákonnou a demokratickou činnost sociálního rozvoje. Prosazovat a hájit vzdělávací a školicí programy připravující sociální pracovníky k etickým intervencím, související se sexuální orientací či kulturní příslušností. Prosazovat udržitelné komunity a rozvoj ohleduplného životního prostředí. Přizpůsobit aktivity a programy rozvojovým iniciativám, které jsou udržitelné a podporovat iniciativy zaměřené na ochranu životního prostředí. Podporovat budování komunit pro řešení environmentálních problémů a katastrof přírodních i způsobených člověkem. Podporovat standardy v oblasti vzdělání a praxe, které umožňují dosahovat výsledků udržitelného sociálního rozvoje i prevence katastrof a zmírňování jejich dopadu. Dále podporovat výzkum v oblasti sociální práce a její roli ve vztahu ke katastrofám a environmentálním problémům.

Prosazovat blaho prostřednictvím udržitelných lidských vztahů. Propagování udržitelných, vzájemně závislých komunit pro sociální rozvoj a blaho. Prosazovat metody posilující postavení a budování síly komunit. Podporovat politiku týkající se sociální integrace a soudržnosti jako prostředek dosahující ekonomické a sociální blaho. Propagovat redukování sociální izolace a budovat sociální interakce zahrnující sociální soudržnost.

Zajistit prostředí pro praxi a vzdělávání. Podporovat vývoj, šíření a výměnu znalostí mezi odborníky v sociální oblasti. Rozvoj výzkumných středisek a podporovat výzkum zajišťující podmínky pracovního prostředí, které napomáhá k pozitivním výsledkům v oblasti sociální práce a sociálního rozvoje. (The Global agenda - www.cswe.org)

II Výzkumná část

V této bakalářské práci se budu zabývat metodikou a hodnocením dat z dotazníkového šetření.

6 Výzkumné otázky

K dotazníkovému šetření jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

- 1) Je dostatek zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnických službách?
- 2) Mají zdravotně-sociální pracovníci dostatečné vzdělání?
- 3) Je současný stav zdravotně-sociální péče podle zdravotně-sociálních pracovníků dostatečná a efektivní ve vztahu k podpoře a pomoci pacientovi/klientovi?
- 4) Je interdisciplinární spolupráce podmínkou komplexní efektivní práce, péče a služeb?

7 Metodika výzkumu

Ve spolupráci s vedoucí práce PaedDr. Zdenkou Šándorovou, Ph. D. jsem sestavila dotazník, který byl anonymní. Dotazník je soubor standardizovaných otázek a jeho výhodou je jednoznačná formulace otázek. Nevýhodou může být možnost, že respondent neporozumí položeným otázkám a nemožnost zpřesnit nebo doplnit údaje. Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2012 do ledna 2013 ve zdravotnických zařízeních, určen pro zdravotně-sociální pracovníky. V dalších kapitolách bude výzkumné šetření podrobněji popsáno.

7.1 Výzkumný nástroj

K získání dat bylo použito dotazníkové šetření. Odpovědi byly zcela anonymní. Dotazník užívaný ve výzkumu je soubor standardizovaných otázek. Představuje soubor uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. Tvoří tištěný formulář s nevelkým počtem stránek, do nichž respondent vyplňuje odpovědi podle instrukcí. (Reichel, 2009, s. 118-119) Dotazník je uveden jako příloha číslo 1.

Dotazník je tvořen 21 otázkami. První otázky se zaměřují na identifikaci respondentů a týkají se věku, pohlaví, dosaženého vzdělání a zařízení, ve kterém pracují. Dále byly použity otázky škálové (č. 10, 20), otázky uzavřené (č. 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 21) – 2 dichotomické, 10 polynomických a otázky otevřené (č. 7, 15, 19).

7.2 Výzkumný vzorek

Šetření probíhalo ve zdravotnických zařízeních, ve kterých pracovali zdravotně-sociální pracovníci. Celkem bylo použito okolo 45 dotazníků. Návratnost nebyla 100 %, vrátilo se 35 dotazníků, z toho některé otázky nevyplněné. I přesto byly využitelné.

Do výzkumného vzorku byla vybrána zařízení, ve kterých byli k dispozici zdravotně-sociální pracovníci.

7.3 Analýza dat

Získaná data byla vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí Microsoft Excel 2010. U každé otázky jsem si stanovila absolutní četnost (ni) a relativní četnost v procentech (fi) vyjadřující podíl počtu výskytů dané kategorie na celkovém rozsahu souboru. Z údajů jsem následně tvořila tabulky, výšečové a sloupcové grafy. Sloupcové grafy jsou použity u otevřených otázek, kvůli přehlednějším odpovědím. Do bakalářské práce jsem uvedla pouze grafy.

8 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Otázka číslo 1. – Jaké je Vaše pohlaví?

V této otázce jsem se zabývala pohlavím respondentů. Ve výzkumném vzorku bylo převážně žen, kterých bylo 34 (97 %) a pouze 1 muž (3 %). Data jsou uvedena níže v grafu, obr. 1.



Obr. 1 Graf jaké je Vaše pohlaví?

Otázka číslo 2. – Kolik Vám je let?

V této otázce respondenti uváděli svůj věk. Nejčastěji byla zastoupena věková kategorie 45 – 54 let, kdy takto odpovědělo 12 respondentů (34 %). Druhá nejčastější věková kategorie byla 35 – 44 let a takto odpovědělo 9 respondentů (26%). Třetí nejčastější věkovou kategorií byla 25 – 34 let, kdy takto odpovědělo 8 respondentů (23 %). Dále byly 4 respondenti (11 %) ve věkové kategorii 55 – 60 let a 2 respondenti (6 %) ve věkové kategorii nad 60 let. Získaná data jsou uvedena v grafu, obr. 2.



Obr. 2 Graf kolik Vám je let?

Otázka číslo 3. – Jaké máte vzdělání?

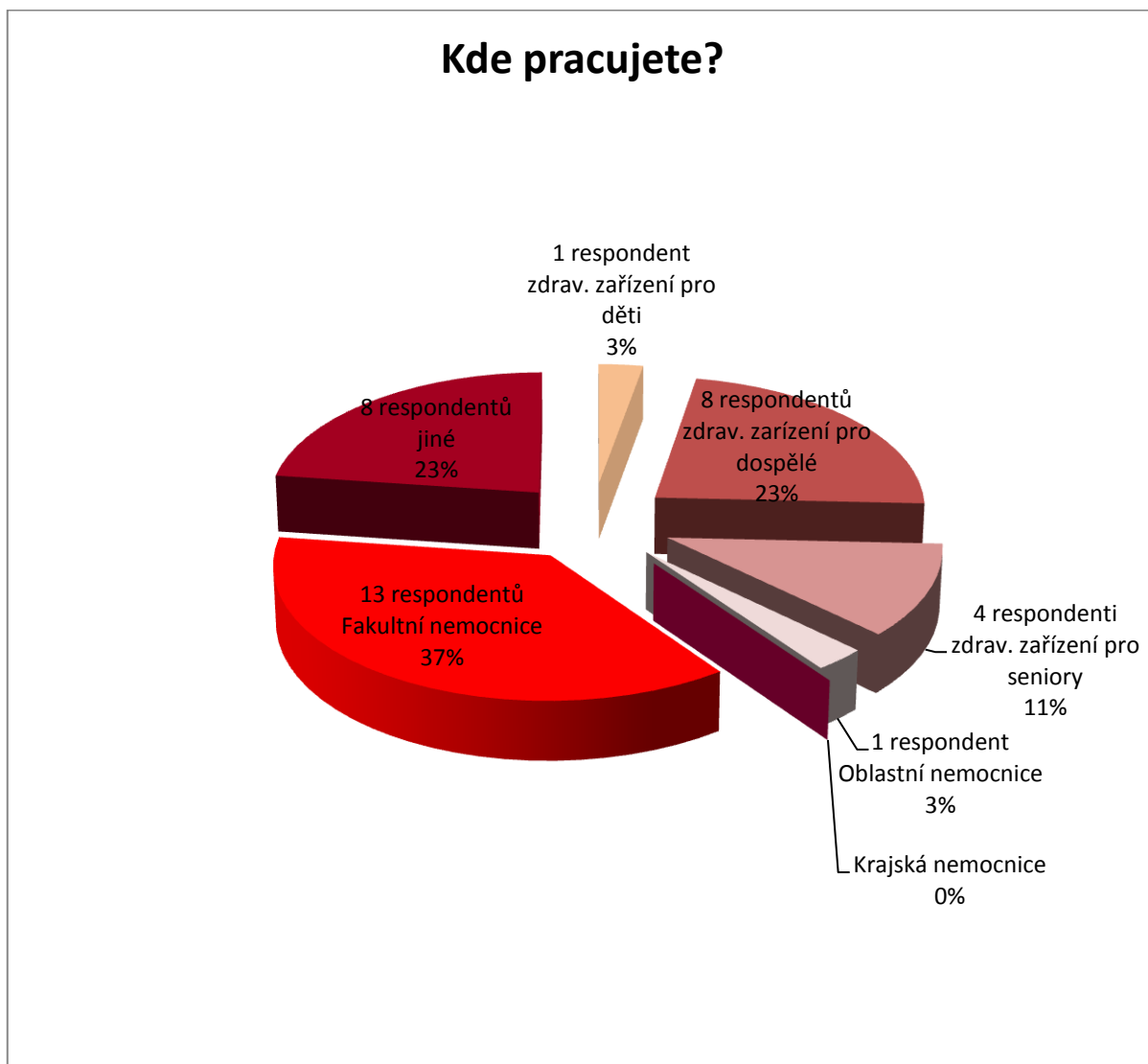
Na tuto otázku odpovídali respondenti, jaké mají vzdělání. Nejčastěji bylo zastoupeno středoškolské vzdělání, kdy takto odpovědělo 11 respondentů (31 %) a vysokoškolské magisterské vzdělání, kde odpověděl stejný počet 11 respondentů (31 %). Další nejčastější odpovědí bylo vysokoškolské bakalářské vzdělání, kdy takto odpovědělo 7 respondentů (20 %). Zbýlých 6 respondentů (17 %) odpovědělo, že má vyšší odbornou školu. V grafu níže jsou uvedena data, obr. 3.



Obr. 3 Graf vzdělání respondentů

Otázka číslo 4. – Kde pracujete?

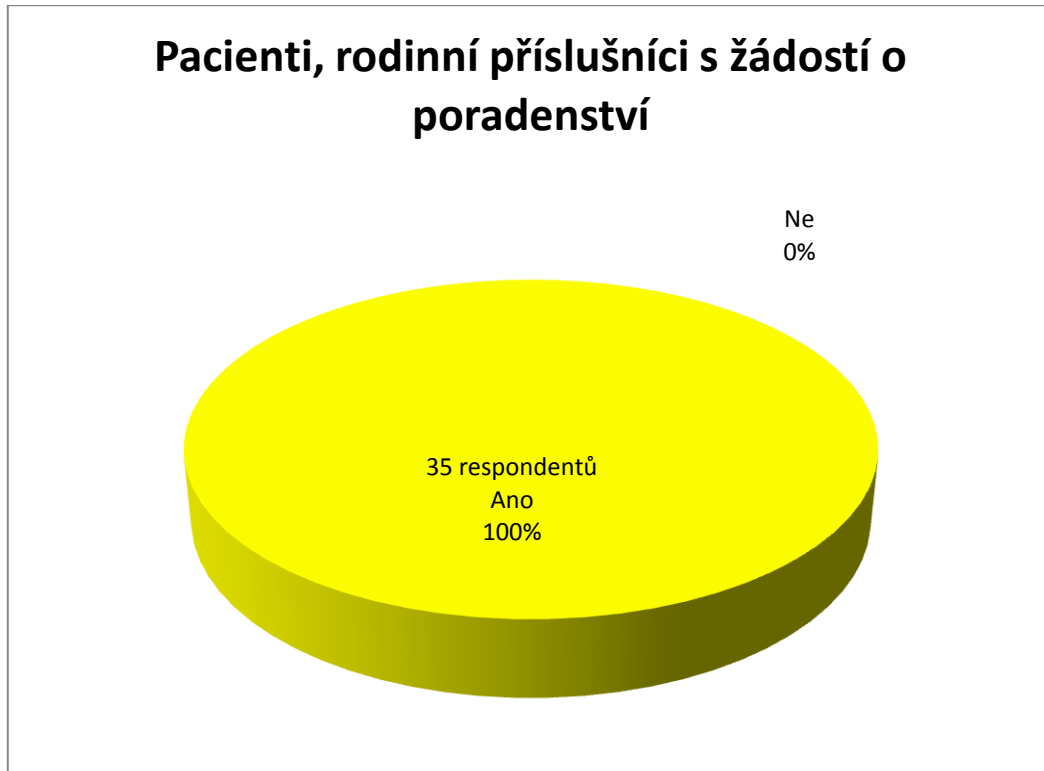
V této otázce odpovídali respondenti, kde pracují. Nejčastěji byla zastoupena práce ve fakultní nemocnici, kdy tak odpovědělo 13 respondentů (37 %). Druhou nejčastější byla práce ve zdravotnickém zařízení pro dospělé, kdy takto odpovědělo 8 respondentů (23 %). Třetí nejčastější byla odpověď jiné, kdy takto odpovědělo 8 respondentů (23 %) a to většinou psychiatrické léčebny. Zastoupení práce ve zdravotnickém zařízení pro seniory byli 4 respondenti (11 %). Ve zdravotnickém zařízení pro děti pracoval 1 respondent (3 %) a v oblastní nemocnici také 1 respondent (3 %). Data jsou znázorněna v grafu, obr. 4.



Obr. 4 Graf kde pracujete?

Otázka číslo 5. – Obrací se na Vás pacienti, rodinní příslušníci s žádostí o poradenství?

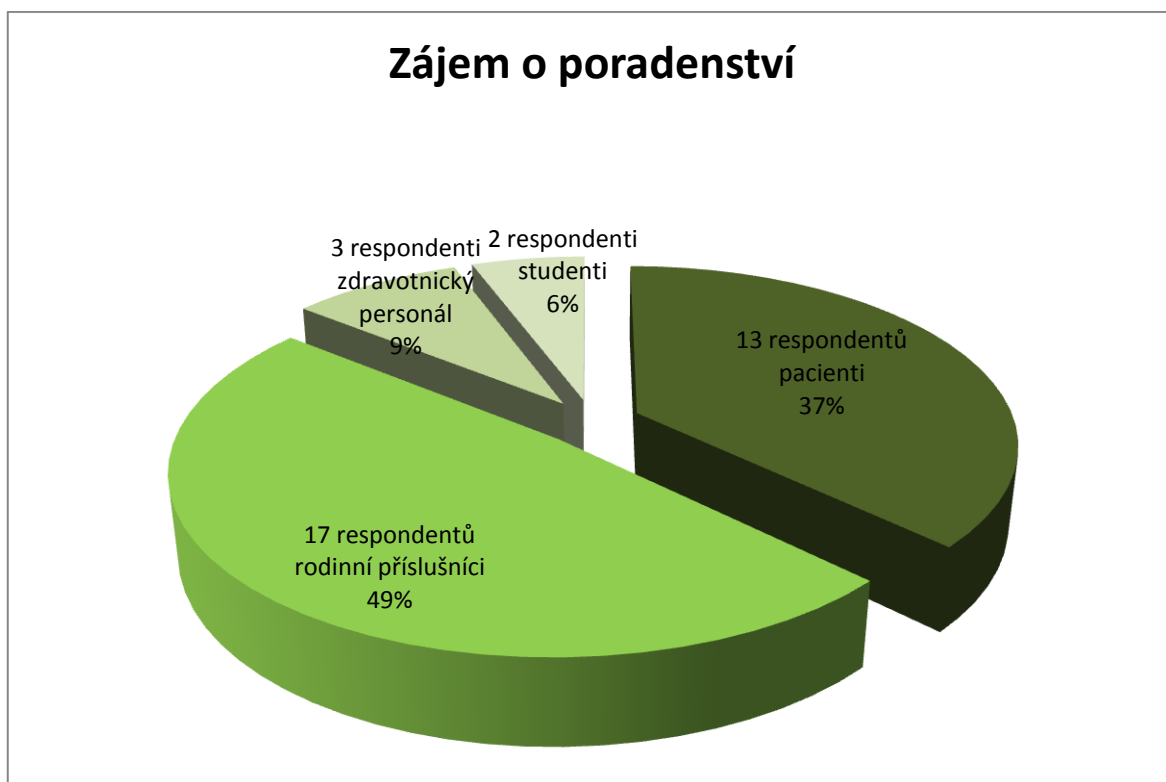
Na tuto otázku odpovědělo 35 dotazovaných respondentů, což je 100 %. O poradenství od zdravotně sociálních pracovníků je tudíž veliký zájem. Do grafu níže jsou uvedena data, obr. 5.



Obr. 5 Graf pacienti, rodinní příslušníci s žádostí o poradenství

Otázka číslo 6. – Kdo se na Vás převážně obrací se zájmem o poradenství?

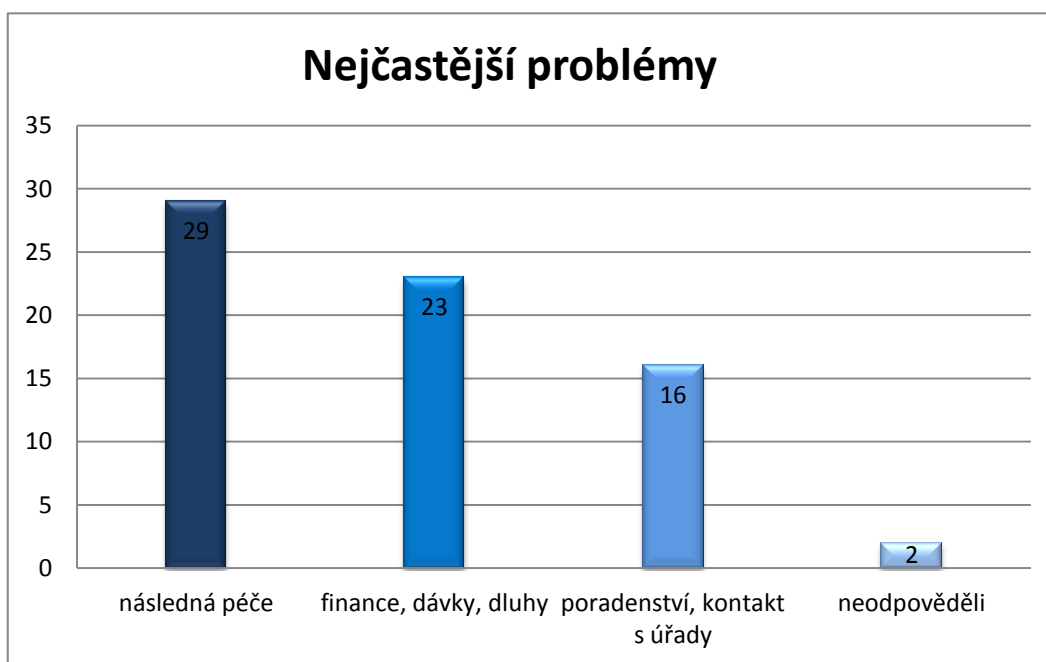
Se zájmem o poradenství se nejčastěji obrací rodinní příslušníci, kdy takto odpovědělo 17 respondentů (49 %). Druhou nejčastější odpovědí byli pacienti, tak odpovědělo 13 respondentů (37 %). Dále se obrací zdravotnický personál, tak odpověděli 3 respondenti (9 %) a studenti, kdy takto odpověděli 2 respondenti (6 %). Získaná data jsou uvedena v grafu, obr. 6.



Obr. 6 Graf zájem o poradenství

Otázka číslo 7. – S jakými problémy se na Vás obrací nejčastěji?

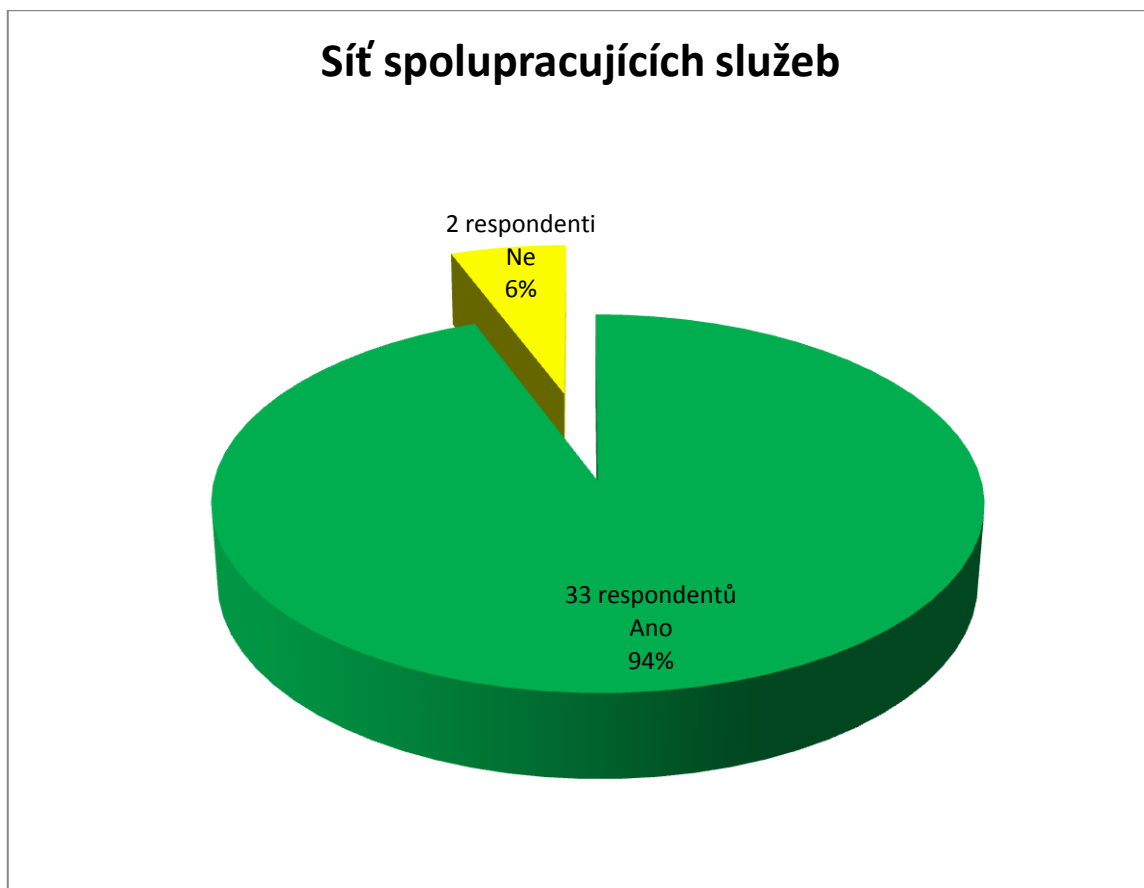
Tato otázka byla otázka otevřená, tudíž na ní mohli respondenti odpovídat svými slovy. Pro grafické znázornění byly použity 3 nejčastější odpovědi. 29 respondentů uvedlo jako nejčastější problém následnou péči, kdy se na ně pacienti obrací o pomoc s vyplňováním žádostí a nalezení vhodného zařízení. Druhým častým problémem, který uvedlo 23 respondentů, byly finance, dávky a dluhy, kdy s pacienty vyřizují, na jaké dávky mají nárok, co kolik stojí a kolik mají dluhů a jaká je možnost jejich splácení. Třetí odpovědí bylo poradenství a kontakt s úřady, kdy takto odpovědělo 16 respondentů. 2 respondenti z celkového počtu 35 neodpověděli vůbec. Zjištěná data jsou uvedena v grafu níže, obr. 7.



Obr. 7 Graf s jakými problémy se na Vás obrací nejčastěji?

Otázka číslo 8. – Máte vytvořenou síť spolupracujících služeb?

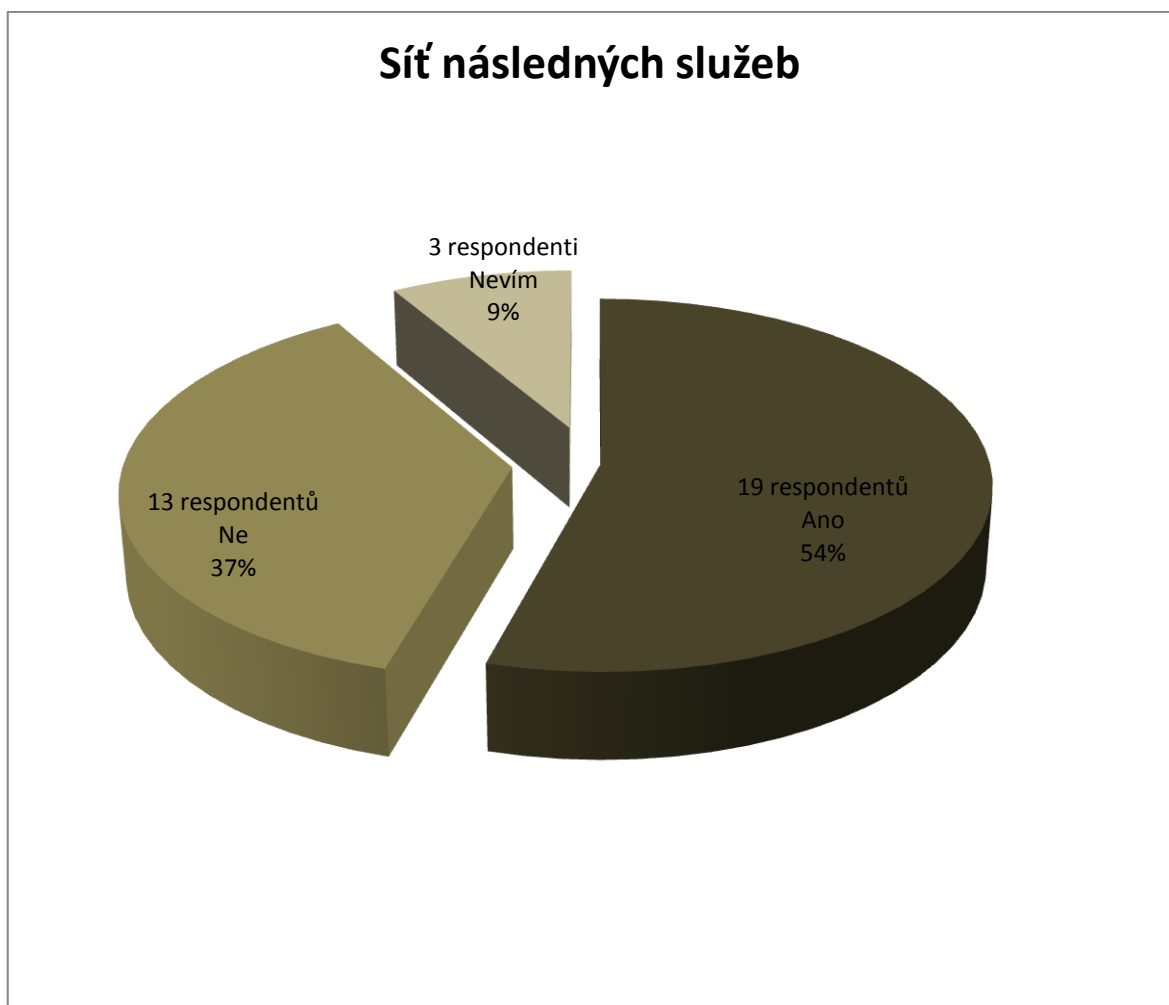
Na tuto otázku odpovědělo 33 respondentů (94 %) ano a 2 respondenti (6 %) odpověděli ne. V grafu jsou znázorněna data, obr. 8.



Obr. 8 Graf síť spolupracujících služeb

Otázka číslo 9. – Jste spokojeni se sítí následných zdravotnických, sociálních, edukačních a dalších služeb ve městě, kde je Vaše pracoviště?

Na tuto otázku odpovědělo 19 respondentů (54 %) ano. Odpověď ne zvolilo 13 respondentů (37 %) a nevím odpověděli 3 respondenti (9 %). Data jsou uvedena v grafu, obr. 9.



Obr. 9 Graf sítí následných služeb

Otázka číslo 10. – Myslíte si, že sociální služby, které poskytuje Vaše zařízení, jsou kvalitní?

Tato otázka byla škálová. Jako výborné (1) kvalitní sociální služby hodnotilo 24 respondentů (69 %). 11 zbylých respondentů (31 %) ohodnotilo služby chvalitebně (2). Zbytek škály dobrý, dostatečný a nedostatečný nebyly zvoleny nikým. Data jsou uvedena v grafu, obr. 10.



Obr. 10 Graf kvalita poskytovaných sociálních služeb

Otázka číslo 11. – Myslíte si, že je dostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnictví?

23 respondentů (66 %) si nemyslí, že je dostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků, a tak odpověděli ne. Odpověď ano zakroužkovali 3 respondenti (9 %). 9 respondentů (26 %) použilo odpověď nevím. Data jsou zobrazena v grafu, obr. 11.



Obr. 11 Graf kapacita zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnictví

Otázka číslo 12. – Vy osobně jste pracovním hodně vytížena/vytížen?

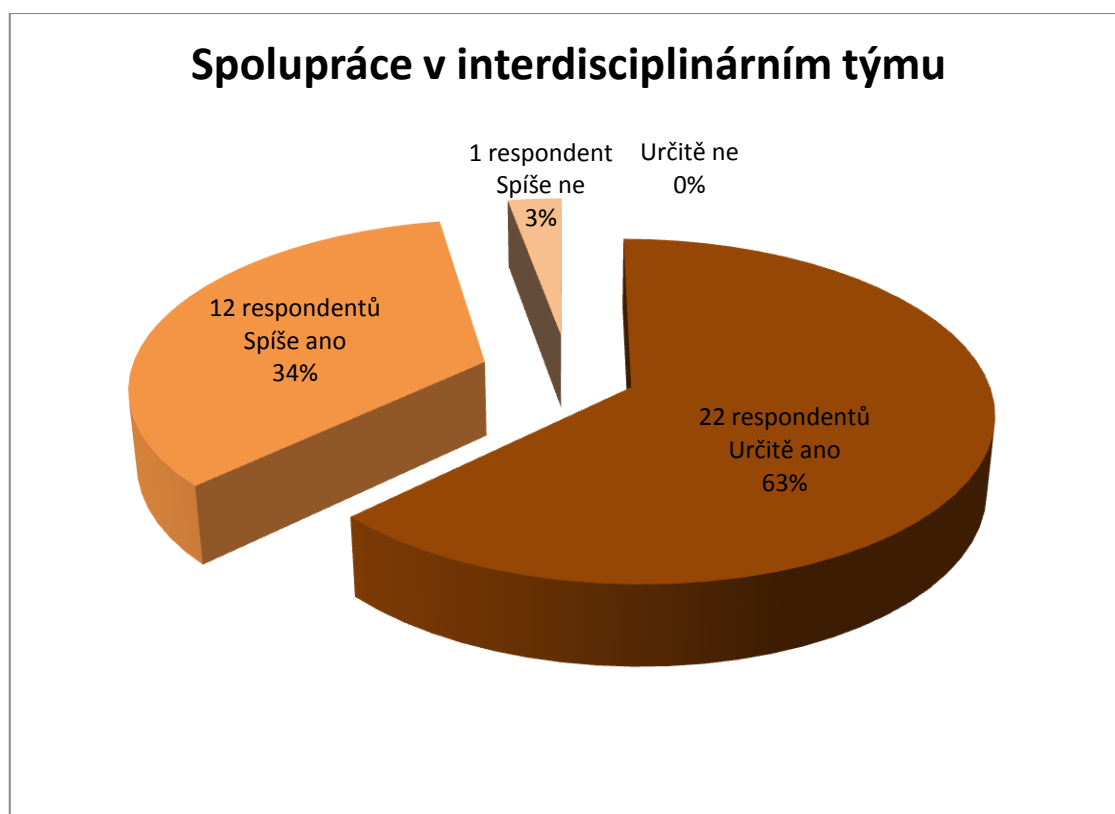
Na otázku, zda jsou pracovním vytíženi, odpovědělo 28 respondentů (80 %) ano. Zbýlých 7 respondentů (20 %) odpovědělo, že jsou průměrně vytíženi. Nikdo z respondentů nepoužil odpověď ne. Data jsou zobrazena v grafu, obr. 12.



Obr. 12 Graf pracovní vytíženost

Otázka číslo 13. – Spolupracujete ve Vašem zařízení v interdisciplinárním týmu?

Na otázku, zda spolupracují v interdisciplinárním týmu, odpovědělo 22 respondentů (63 %) určitě ano. 12 respondentů (34 %) užilo odpověď spíše ano. Jen 1 respondent (3 %) použil odpověď spíše ne. Žádný s dotazovaných respondentů neodpověděl určitě ne. Data jsou zobrazena v grafu, obr. 13.



Obr. 13 Graf spolupráce v interdisciplinárním týmu

Otázka číslo 14. – Považujete týmovou spolupráci za zásadní?

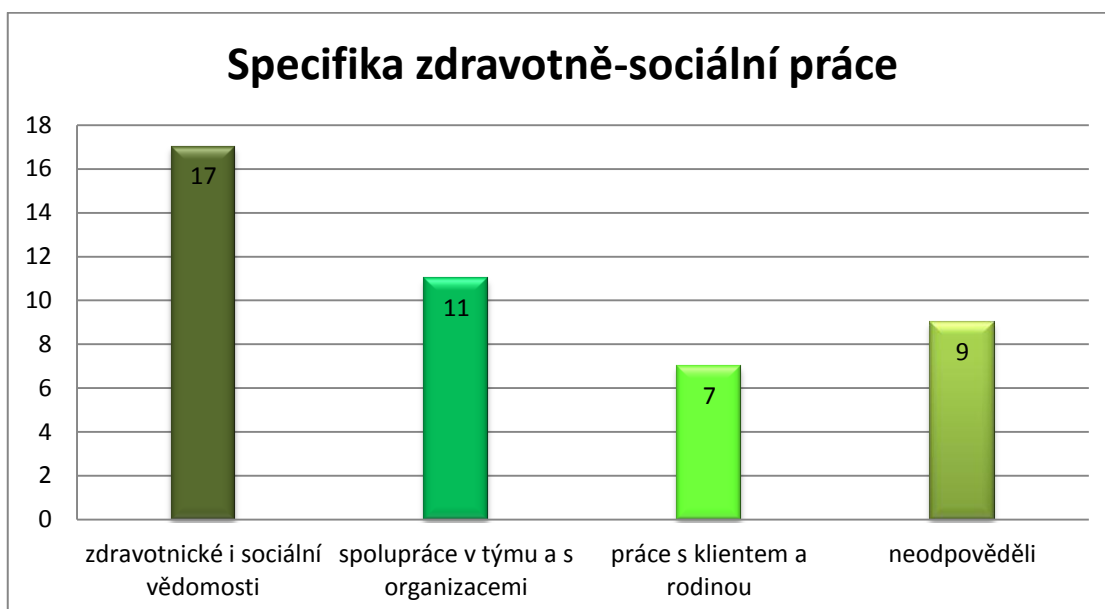
Týmovou spolupráci považuje za zásadní 34 respondentů (97 %) a na tuto otázku odpověděli ano. Odpověď ne nezvolil nikdo z respondentů. Nevím odpověděl 1 respondent (3 %). Data jsou zobrazena v grafu, obr. 14.



Obr. 14 Graf týmová spolupráce

Otázka číslo 15. – V čem vidíte specifika zdravotně-sociální práce?

Tato otázka byla zvolena jako otevřená, aby respondenti mohli uvést svůj názor. Pro grafické znázornění byly vybrány 3 nejčastější odpovědi. Z 35 dotazovaných odpovědělo 17 respondentů, že specifika jsou ve zdravotnických i sociálních vědomostech a tím i komplexnější pohled na problém. Druhým specifikem zdravotně-sociální práce uvedlo 11 respondentů spolupráci v týmu a organizacemi mimo zařízení, kde pracovali. 7 respondentů uvedlo za specifickou práci s klientem a rodinou. 9 respondentů neodpovědělo na otázku. Data jsou uvedena v grafu, obr. 15.



Obr. 15 Graf specifika zdravotně-sociální práce

Otázka číslo 16. – Je v sociální práci důležité mít zdravotnické vědomosti?

Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo určitě ano, kdy takto odpovědělo 21 respondentů (60 %). Odpověď spíše ano užilo 12 respondentů (34 %). Pro 2 respondenty (6 %) nejsou zdravotnické vědomosti podstatné, a tak odpověděli spíše ne. Odpověď určitě ne nepoužil žádný z respondentů. Data jsou zobrazena v grafu, obr. 16.



Obr. 16 Graf důležitost zdravotnických vědomostí

Otázka číslo 17. – Měl by tedy být zdravotně-sociální pracovník vzděláván na vysokých školách jako nelékařské zdravotnické povolání?

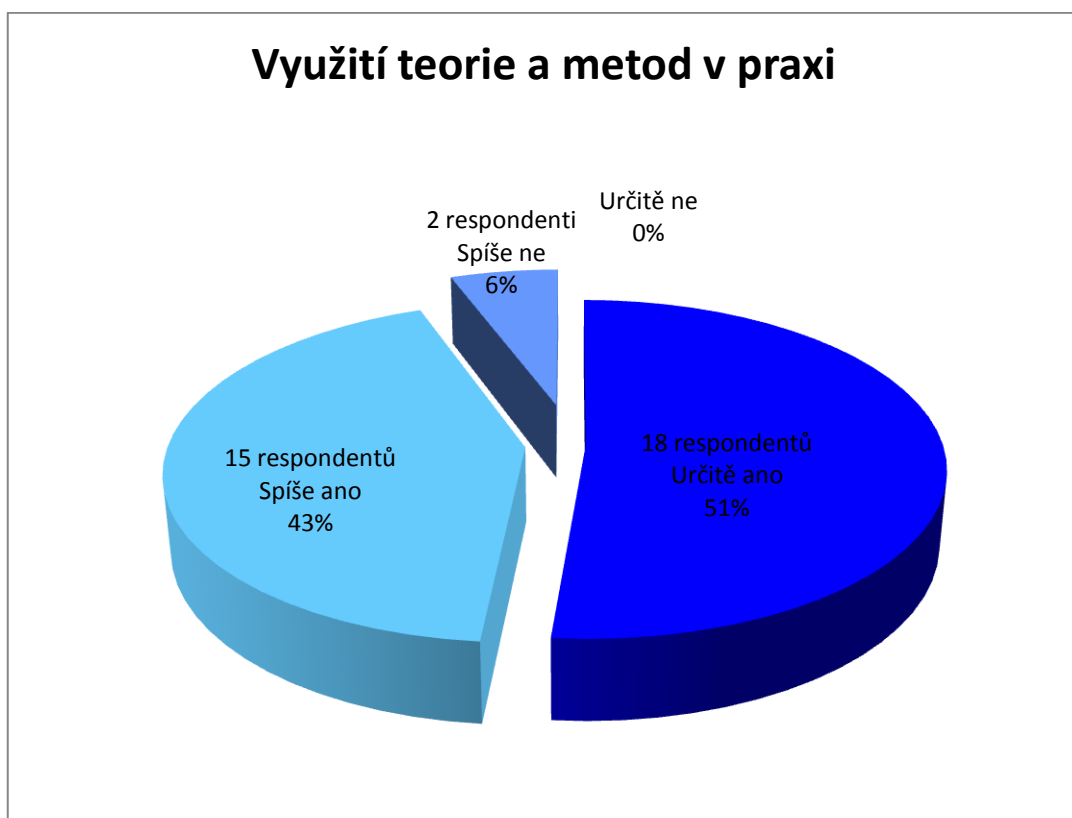
16 respondentů (46 %) souhlasilo, aby se zdravotně-sociální pracovník vzdělával jako nelékařské zdravotnické povolání, a tak odpovědělo ano. V dotaznících byly i záporné odpovědi, kdy dotazovaní zaškrtnuli ne a to 6 respondentů (17 %). Byli i tací, kteří odpověděli nevím a to 13 respondentů (37 %). Data jsou uvedena v grafu, obr. 17.



Obr. 17 Graf vzdělávání na VŠ jako nelékařské zdravotnické povolání

Otázka číslo 18. – Využíváte v praxi nějaké teorie a metody sociální práce?

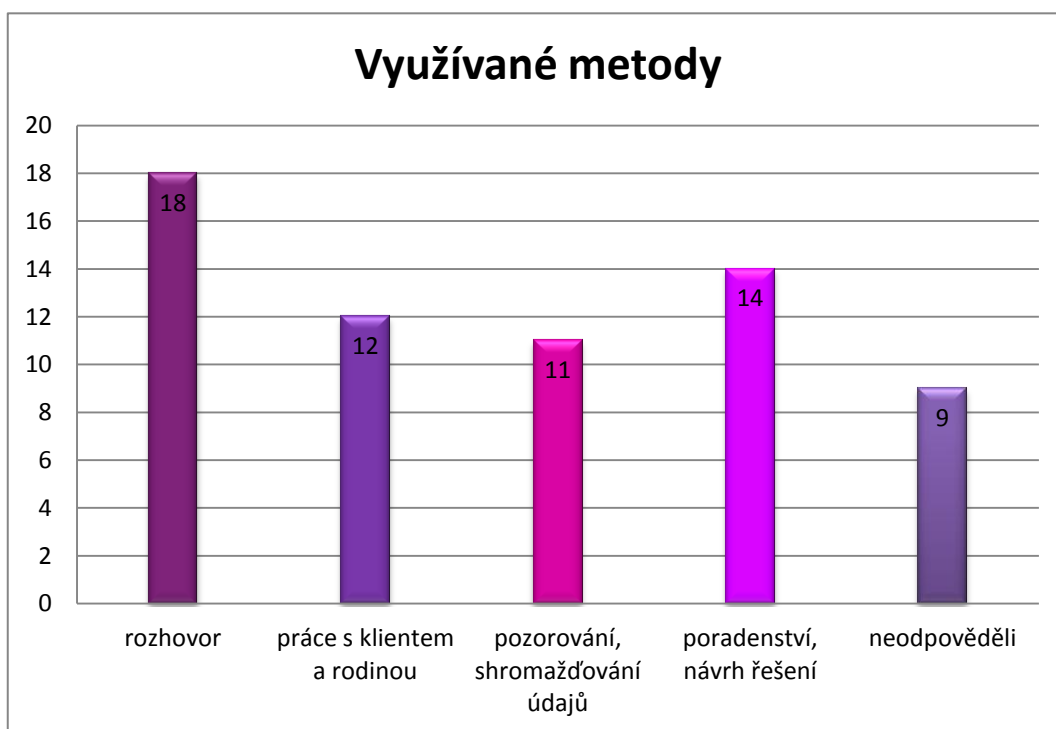
V praxi teorie a metody užívá 18 respondentů (51 %), kteří odpověděli určitě ano. Odpověď spíše ano zakroužkovalo 15 respondentů (43 %). Spíše ne uvedli 2 respondenti (6 %). Z dotazovaných nikdo neodpověděl určitě ne. Data jsou zobrazena v grafu, obr. 18.



Obr. 18 Graf využití teorie a metod v praxi

Otázka číslo 19. – Popište konkrétně metody, které využíváte?

Tato otázka byla formulována jako otevřená. Pro grafické znázornění byly použity 4 nejčastější odpovědi. První nejčastější metodou byl rozhovor, který napsalo 18 respondentů. Druhá metoda byla práce s klientem a rodinou, kterou uvedlo 12 respondentů. Pozorování a shromažďování údajů o pacientovi uvedlo jako třetí metodu 11 respondentů. Čtvrtou metodou bylo poradenství a návrh řešení problémů, kdy takto odpovědělo 14 respondentů. Z dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo 9 respondentů. Data jsou uvedena v grafu, obr. 19.



Obr. 19 Graf využívané metody

Otázka číslo 20. – Jak vidíte využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka na Vašem pracovišti?

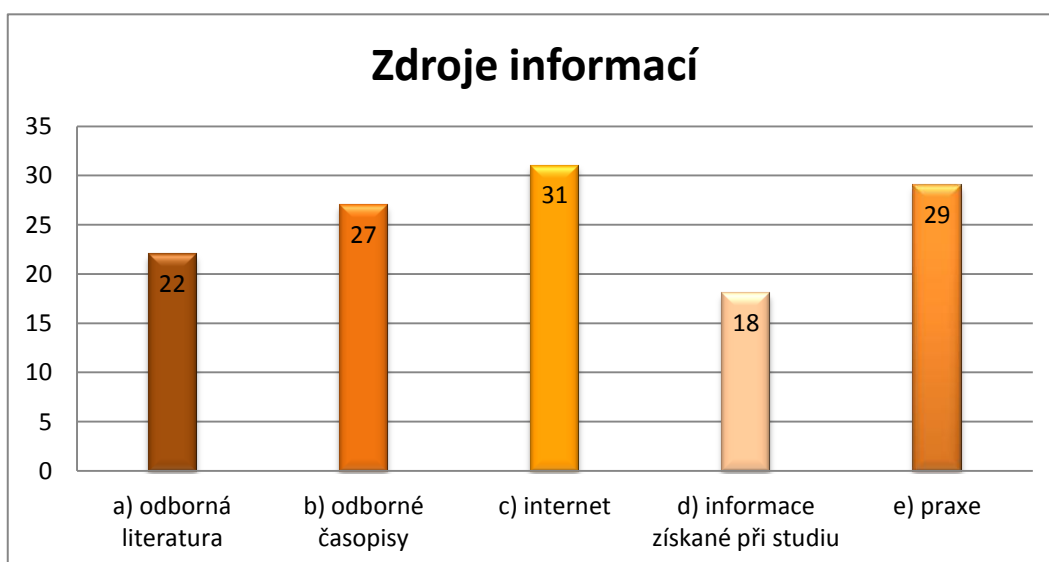
Tato otázka byla škálová. Využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka na pracovišti vidělo výborně (1) 28 respondentů (80 %). Chvalitebně (2) ji označilo 6 respondentů (17 %) a dobře (3) 1 respondent (3 %). Možnosti dostatečně a nedostatečně zaškrtnuty nebyly. Data jsou znázorněna v grafu, obr. 20.



Obr. 20 Graf využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka

Otázka číslo 21. – Z kterých zdrojů čerpáte informace k Vaší profesi?

K této otázce bylo možné vyplnit i více odpovědí. Odpovědi od všech respondentů byly sečteny a rozděleny do grafu dle četnosti. Prvním nejčastějším zdrojem, ze kterého čerpali informace, byl internet, kdy takto odpovědělo 31 respondentů. 29 respondentů jako druhý zdroj uvedli praxi. Odborné časopisy jako zdroj informací uvedlo 27 respondentů. Čerpání informací z odborné literatury uvedlo 22 respondentů. 18 respondentů uvedlo informace získané při studiu. Data jsou uvedena v grafu, obr. 21.



Obr. 21 Graf zdroje informací

9 Diskuze

Diskuze prezentuje výsledky dotazníkového šetření prostřednictvím výzkumných otázek. Výzkumné otázky byly stanoveny před vytvořením dotazníku a před samotným provedením dotazníkového šetření. Otázky jsou uvedeny na začátku výzkumné části této práce. Jelikož jsou výzkumné otázky hodnoceny pouze 35 respondenty, jsou výsledky tohoto šetření platné pouze pro tento výzkumný vzorek a nelze jej zobecnit na celou populaci zdravotně-sociálních pracovníků.

Výzkumná otázka číslo 1. - Je dostatek zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnických službách?

K ověření první výzkumné otázky sloužila otázka č. 11, zda je dostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Výsledek této otázky je znázorněn na obrázku č. 11. Z hodnot získaných z dotazníkového šetření vyplývá, že většina dotazovaných si nemyslí, že by byla dostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků. Tuto odpověď zvolilo 23 respondentů. Odpověď ano zvolili 3 respondenti a nevíم zvolilo 9 respondentů.

Výsledek této výzkumné otázky nebyl překvapivý, protože se dalo předpokládat, že ve zdravotnických zařízeních bude nedostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků. Překvapivé bylo, že 9 respondentů odpovědělo nevíم, což znamená, že se nejspíš nechtěli vyjadřovat k této otázce. I tak jednoznačně vyplývá nedostatek zdravotně-sociálních pracovníků.

Výzkumná otázka číslo 2. - Mají zdravotně-sociální pracovníci dostatečné vzdělání?

K ověření této výzkumné otázky sloužily otázky č. 3 - jaké vzdělání mají respondenti, 16 - zda jsou v sociální práci důležité zdravotnické vědomosti a otázka č. 17, která se zabývala vzděláváním zdravotně-sociálních pracovníků na vysokých školách jako nelékařské zdravotnické povolání. Výsledky těchto otázek jsou znázorněny v obrázcích č. 3, 16 a 17. V otázce č. 3 bylo největší zastoupení ve vzdělání respondentů středoškolského vzdělání, kdy takto odpovědělo 11 respondentů a vysokoškolského magisterského vzdělání, které mělo také 11 respondentů.

Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 7 respondentů a vyšší odbornou školu vystudovalo 6 respondentů. Otázka č. 16 se zaměřila na důležitost zdravotnických vědomostí v sociální práci. 21 respondentů odpovědělo určitě ano a spíše ano odpovědělo 12 respondentů. Jen 2 respondenti uvedli odpověď spíše ne. V otázce č. 17 - zda má být zdravotně-sociální pracovník vzděláván na vysokých školách jako nelékařské povolání, odpovědělo 16 respondentů ano. 6 respondentů to nepovažuje za nutné, takže odpověděli ne. Zbýlých 13 respondentů uvedlo odpověď nevím.

Z vyzkoumaných výsledků vyplynulo, že respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 3, převažovalo vysokoškolské vzdělání, ať magisterské nebo bakalářské. V této době to není překvapivý výsledek. Z uvedených odpovědí v otázce č. 16 vyplývá, že v sociální práci je důležité mít zdravotnické vědomosti, a to souvisí i se vzděláváním. Otázka č. 17 - má-li být zdravotně-sociální pracovník vzděláván na vysokých školách jako nelékařské zdravotnické povolání, která úzce souvisí se vzděláním zdravotně-sociálních pracovníků. Z výsledků vyplynulo, že někteří z dotazovaných souhlasili s tímto systémem vzdělávání. Překvapivé bylo, že se našli respondenti, kteří byli proti nebo nevěděli.

Výzkumná otázka číslo 3. - Je současný stav zdravotně-sociální péče podle zdravotně-sociálních pracovníků dostatečná a efektivní ve vztahu k podpoře a pomoci pacientovi/klientovi?

K ověření třetí výzkumné otázky sloužily otázky č. 5 - žádost o poradenství, č. 6 - kdo se obrací se žádostmi, č. 7 - s jakými problémy, č. 10 - zda jsou poskytované služby kvalitní a č. 15 - specifika zdravotně-sociální práce. Výsledky těchto otázek jsou znázorněny v obrázcích č. 5, 6, 7, 10, 15. V otázce č. 5 odpovědělo 35 respondentů ano, takže se všichni shodli, že se na ně pacienti i rodinní příslušníci se žádostmi o poradenství obracejí. S touto otázkou úzce souvisela otázka č. 6, ve které mne zajímalo, kdo se nejčastěji obrací se zájmem o poradenství. 13 respondentů uvedlo odpověď pacient a 17 respondentů uvedlo rodinné příslušníky. Zdravotnický personál uvedli 3 respondenti a 2 respondenti uvedli studenty. S těmito dvěma předchozími otázkami souvisela i otázka č. 7 - s jakými problémy. Tato otázka byla ve formě otevřené. Nejčastější odpovědí byla následná péče, tu uvedlo 29 respondentů. 23 respondentů uvedlo finance, dávky a dluhy. 16 respondentů uvedlo poradenství, kontakt s úřady.

U této otázky nesedí počty respondentů s 35, protože někteří uvedli více odpovědí, a tak jsem počítala, kolik uvedlo ty odpovědi, které jsem zahrnula do grafu. Otázka č. 10 se zaměřovala na to, zjistit, zda jsou služby poskytované zařízením dostatečně kvalitní. Tato otázka byla ve formě škály. Kvalitu služeb v zařízení považuje 24 respondentů za výbornou. Chvalitebně ji posoudilo 11 respondentů. V otázce č. 15 jsem se ptala na specifika zdravotně-sociální práce. Tato otázka byla také otevřená, tudíž jsem vybrala 3 nejčastější odpovědi a sečetla odpovědi respondentů. 12 respondentů uvedlo zdravotnické i sociální vědomosti. Spolupráci v týmu a s organizacemi vně zařízení uvedlo 11 respondentů. 7 respondentů považovalo za specifickou práci s pacientem/klientem a rodinou. Na tuto otázku vůbec neodpovědělo 9 respondentů.

Z výsledků dotazníkových otázek lze posoudit, že zdravotně sociální péče o pacienta/klienta je efektivní a potřebná. Vzhledem k tomu, že nejčastěji, kdo se obracel se žádostmi o poradenství, byli uvedeni pacienti i jejich rodinní příslušníci dokazuje, že zdravotně-sociální péči je důležité rozvíjet a podporovat.

Výzkumná otázka číslo 4. - Je interdisciplinární spolupráce podmínkou komplexní efektivní práce, péče a služeb?

K ověření čtvrté výzkumné otázky sloužily otázky č. 13 - spolupracujete ve Vašem zařízení v interdisciplinárním týmu a č. 14 - zda je týmová práce zásadní. Výsledky jsou znázorněny v obrázcích č. 13 a 14. Na otázku č. 13 odpovědělo určitě ano 22 respondentů a spíše ano 12 respondentů. 1 respondent uvedl odpověď spíše ne. Otázka č. 14 souvisela s předchozí otázkou a v té jsem se zaměřila na důležitost týmové práce. 34 respondentů odpovědělo ano a považují tak týmovou práci za zásadní. 1 respondent uvedl odpověď nevím.

Z výsledků vyplynulo, že je důležité pracovat v interdisciplinárním týmu a taková spolupráce může být zásadní v péči o pacienta. To, zda budou poskytované služby efektivní, záleží na spolupráci všech zainteresovaných odborníků.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na zhodnocení vzdělání a využitelnost zdravotně-sociálních pracovníků. Dále také na efektivnost zdravotně-sociální péče a týmovou spolupráci ve zdravotnických zařízeních. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 35 zdravotně-sociálních pracovníků. Vzhledem k tomu, že dotazníky jsem zasílala do různých zdravotnických zařízení, nebyla návratnost 100 %. Z poslaných 45 dotazníků se zpracovalo 35 dotazníků.

V teoretické části jsem historicky vymezila sociální práci, pojem sociální práce a práce v týmu zdravotnického zařízení. Dále jsem v této části posuzovala vzdělávání, roli a pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka. V posledních kapitolách této části jsem popisovala perspektivy zdravotně-sociální práce, kde je popsán věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a global agenda.

Cílem výzkumné části bylo popsat vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků, aplikaci teorií zdravotně-sociální práce do praxe a zhodnotit stav profese zdravotně-sociální pracovník v praxi, jeho potřebnost a využitelnost.

Prvním cílem bylo analyzovat a popsat vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků. Tento cíl byl splněn otázkami č. 3, 16 a 17. Prostřednictvím první otázky bylo zjištěno, jaké mají respondenti dosažené vzdělání a také to, že převažuje vysokoškolské vzdělání. Druhá otázka mi zodpověděla, že je důležité mít zdravotnické vědomosti v sociální práci, což úzce souvisí s možnostmi vzdělávání. Poslední otázka zodpověděla, že vzdělávat zdravotně-sociálního pracovníka jako nelékařské zdravotnické povolání by mělo být možné, i když někteří z dotazovaných nesouhlasili nebo nevěděli.

Druhým cílem bylo zhodnotit aplikaci teorií zdravotně-sociálního pracovníka do praxe. Tento cíl byl splněn otázkami č. 18 a 19. Většina dotazovaných odpověděla, že teorie a metody sociální práce využívají v praxi. Byly popsány i konkrétní metody, které dotazovaní zdravotně-sociální pracovníci využívají.

Třetím a posledním cílem bylo zhodnotit současný stav profese zdravotně-sociální pracovník v praxi se zaměřením na potřebnost a využitelnost ve zdravotnictví. Tento cíl byl splněn otázkami č. 5, 6, 7, 11, 15, 20.

V těchto otázkách jsem se zabývala zájmem o poradenství, kdo byl nejčastějším žadatelem a s jakými problémy, dále specifiky zdravotně-sociální práce, dostatkem zdravotně-sociálních pracovníků a využitelností zdravotně-sociálního pracovníka v zařízení, kam byly dotazníky zaslané. Z těchto otázek bylo zjištěno, že je nedostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků. Stoupá zájem o poradenství pacientů a rodinných příslušníků. Zdravotně-sociální práce a využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnictví byla hodnocena jako výborná.

Výsledky dotazníkového šetření byly celkem očekávatelné, a tak jsem splnila cíle uvedené výše, které jsem s pomocí vedoucí práce PaedDr. Zdenkou Šándorovou, Ph. D. stanovila.

Kuzníková (2012, s. 85) ve své publikaci uvádí, že *„sociální pracovníci jsou součástí procesu zajištění kvality péče zdravotnických služeb ve zdravotnických organizacích, přičemž přispívají ke zvládnutí nepříznivého zdravotního stavu a okolností, s tím spojených.“* Zdravotně-sociální pracovníci jsou přínosem pro organizace a podporou kvalitní péče poskytované pacientům/klientům. Získá-li zdravotně-sociální pracovník potřebné informace o zdravotním stavu pacienta/klienta, oporu v týmu, může se adekvátně podílet na řešení situace pacienta/klienta. (Kuzníková, 2012, s. 85)

S názorem uvedeným výše souhlasím a myslím si, že povolání zdravotně-sociálního pracovníka má budoucnost a využitelnost pro zdravotnická zařízení, ale nejen pro ně, ale i pro sociální služby, kde se zdravotnické vědomosti dají využít.

Závěrem bakalářské práce bych ráda zdůraznila, že potřebnost zdravotně-sociálních pracovníků narůstá a je důležité podporovat vzdělávání v tomto oboru. Stále více se v ČR hovoří o propojování zdravotních a sociálních služeb v kontextu nově připravované legislativy. Zdravotně-sociální pracovník ve zdravotnických službách je nezastupitelným členem multidisciplinárního týmu a koordinátorem činnosti dalších odborníků. Používá metody i nástroje sociální práce, reaguje na vývoj nemoci, uspokojuje potřeby pacienta vzhledem k jeho měnící se sociální situaci. Zdravotně-sociální pracovník řeší stále komplikovanější, složitější a časově náročnější případy pacienta/klienta, napříč všemi věkovými kategoriemi. Potřebnost a význam zdravotně-sociální péče roste a je nutné této profesi věnovat patřičnou pozornost.

Seznam použité literatury

1. BAJER, Pavel a Anna TOKÁROVÁ. *Široká veřejnost stále vníma sociálních pracovníků jako úředníkov.:* *Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci.*, č.1/2007, ISSN 1213-6204.
2. HANUŠ, Petr. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný.:* *Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci.*, č. 1/2007, ISSN 1213-6204
3. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci.* Praha: Osmium, vydavatelství a nakladatelství, 1999, 167 s. ISBN 80-902-0818-5.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
5. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
6. KUZNÍKOVÁ, Iva a Věra MALÍK HOLASOVÁ. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací.* V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012, 96 s. ISBN 978-80-7368-987-2.
7. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
8. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
9. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-736-7002-X.
10. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce.* 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

11. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2013-06-04]. Dostupné z: www.mzcr.cz
12. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2013-06-06]. Dostupné z: www.mpsv.cz
13. MUSIL, Libor. *"Ráda bych Vám pomohla, ale...": dilemata práce s klienty v organizacích*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman, 2004, 243 s. ISBN 80-903-0701-9.
14. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
15. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 160 s. ISBN 80-717-8197-5.
16. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4730-066.
17. SOCIÁLNÍ PRÁCE. *Sociální práce* [online]. 2013 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: www.socialniprace.cz
18. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Domácí tradice sociální práce. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti*. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
19. THE GLOBAL AGENDA. *The global agenda* [online]. 2013 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: <http://www.cswe.org>
20. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
21. Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči

22. Věcný záměr o rehabilitaci osob se zdravotním postižením
23. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
24. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
25. Zákon č. 105/2011 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf jaké je Vaše pohlaví?.....	35
Obr. 2 Graf kolik Vám je let?	36
Obr. 3 Graf vzdělání respondentů	37
Obr. 4 Graf kde pracujete?.....	38
Obr. 5 Graf pacienti, rodinní příslušníci s žádostí o poradenství	39
Obr. 6 Graf zájem o poradenství.....	40
Obr. 7 Graf s jakými problémy se na Vás obrací nejčastěji?.....	41
Obr. 8 Graf síť spolupracujících služeb	42
Obr. 9 Graf síť následných služeb	43
Obr. 10 Graf kvalita poskytovaných sociálních služeb	44
Obr. 11 Graf kapacita zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnictví	45
Obr. 12 Graf pracovní vyčerpání	46
Obr. 13 Graf spolupráce v interdisciplinárním týmu	47
Obr. 14 Graf týmová spolupráce.....	48
Obr. 15 Graf specifika zdravotně-sociální práce	49
Obr. 16 Graf důležitost zdravotnických vědomostí	50
Obr. 17 Graf vzdělávání na VŠ jako nelékařské zdravotnické povolání	51
Obr. 18 Graf využití teorie a metod v praxi.....	52
Obr. 19 Graf využívané metody	53
Obr. 20 Graf využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka	54
Obr. 21 Graf zdroje informací	55

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – CD se zdrojovými daty

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážení respondenti,

prosím Vás o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Zdravotně-sociální pracovník. Dotazník je anonymní a výsledky z výzkumu uvedu ve své bakalářské práci. Téma mé práce je Historie, současnost a perspektivy zdravotně sociální práce v ČR.

Velice Vám děkuji za ochotu a čas, který jste tomu věnovali.

Jana Tomášková

1. Jaké je Vaše pohlaví?
muž žena

2. Kolik Vám je let?

3. Jaké máte vzdělání?
 - a) Středoškolské
 - b) VOŠ
 - c) VŠ - 1. Bakalář
- 2. Magistr

4. Kde pracujete?
 - a) Zdravotnické zařízení pro děti
 - b) Zdravotnické zařízení pro dospělé
 - c) Zdravotnické zařízení pro seniory
 - d) Nemocnice: 1. Oblastní nemocnice, 2. Krajská nemocnice, 3. Fakultní nemocnice
(hodící se zaškrtněte)
 - e) Jiné

5. Obrací se na Vás pacienti, rodinní příslušníci s žádostí o poradenství?
 - a) Ano
 - b) Ne

6. Kdo se na Vás převážně obrací se zájmem o poradenství?
- a) Pacienti
 - b) Rodinní příslušníci
 - c) Zdravotnický personál
 - d) Studenti
7. S jakými problémy se na Vás obrací nejčastěji (3 nejčastější)?
- -
 -
8. Máte vytvořenou síť spolupracujících služeb?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Jste spokojeni se sítí následných zdravotnických, sociálních, edukačních a dalších služeb ve městě, kde je Vaše pracoviště?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
10. Myslíte si, že sociální služby, které poskytuje Vaše zařízení, jsou kvalitní? (1 – výborný, 2 – chvalitebný, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 - nedostatečný)
- 1 2 3 4 5
11. Myslíte, že je dostatečná kapacita zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnictví?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nedokážu posoudit
12. Vy osobně jste pracovníčně hodně vytížena/vytížen?
- a) Ano
 - b) Přiměřeně vytížena/vytížen
 - c) Ne

13. Spolupracujete ve Vašem zařízení v interdisciplinárním týmu?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

14. Považujete týmovou spolupráci za zásadní?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. V čem vidíte specifika zdravotně-sociální práce?

-
-
-

16. Je v sociální práci důležité mít zdravotnické vědomosti?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

17. Měl by tedy být zdravotně-sociální pracovník vzděláván na vysokých školách jako nelékařské zdravotnické povolání?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Využíváte v praxi nějaké teorie a metody sociální práce?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

19. Popište konkrétně metody, které využíváte?

-
-
-

20. Jak vidí využitelnost zdravotně-sociálního pracovníka na Vašem pracovišti? (1 – výborný, 2 – chvalitebný, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 - nedostatečný)

1 2 3 4 5

21. Z kterých zdrojů čerpáte informace k Vaší profesi? (Lze označit i více odpovědí)

- a) Odborná literatura
- b) Odborné časopisy
- c) Internet
- d) Informace získané při studiu
- e) Praxe