

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Komparace charakteristických prvků řízení lidských zdrojů v domovech důchodců a
zařízeních hospicové péče**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Ing. Marie Drlíková

Datum odevzdání: 23.4.2007

Autor:

Joas Ndjulume Ekandjo

Comparison of element characteristics in regulation of human resources within the retirement homes and hospice care facility

The theoretical part addresses the history and the presents of human resource management operating in the retirement homes and hospice. It also deals with the institutional care in retirement homes and in hospice. The work also highlights the employment benefits entitled for employees in both institutions. The last two chapters of the theory part emphasises the spiritual and psychological needs of the employees.

The main aim of the thesis was to focus the common and individually shared elements of human resource management in the hospice and retirement homes institutions based on the quality of human development. There was a hypothesis set down: The management of human resources in the hospice care institutions has got a higher quality value than in retirement homes.

The research sample consisted of 3 retirement homes and 3 hospice facilities. I conducted short unguided interviews with the management and employees (nurses, social workers) in both institutions.

The hypothesis, that the management of human resources in the hospice care institutions has got a higher quality value than in retirement homes has been proven.

The management of retirement homes should be focusing more on the needs of their workers.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Komparace charakteristických prvků řízení lidských zdrojů v domovech důchodců a zařízeních hospicové péče vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 23. Dubna 2007

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Ing. Marie Drlíková za metodické vedení a cenné připomínky.

Úvod

Málokterá oblast se tak rychle rozvíjí a prochází tolika změnami, jako oblast péče o zdraví. Roste význam mnoha relativně nových disciplín, např. zdravotnické ekonomie, informatiky, řízení etiky, výchovy, legislativy, sociologie atd.

Bez dlouhodobé a systematické přípravy všech zdravotnických pracovníků a bez jejich schopnosti nezaujatě poznávat, tvořivě myslet, kriticky hodnotit a účinně jednat se žádný úspěšný stát dnes již neobejde. V záplavě každodenních starostí a rutinních úkolů je někdy těžké pamatovat na smysl a souvislosti toho, co děláme. Tato past je zvláště základní pro manažery, neboť právě oni významně spolurozhodují o prosperitě firem a celých ekonomik i o životní úrovni lidí, které firmy zaměstnávají.

Mnoho nelékařských a zdravotnických zařízení si v současné době uvědomuje nutnost a důležitost průzkumů spokojenosti zaměstnanců. Problémem, se kterým se vedení zařízení může v budoucnu potýkat, nebo již potýká, je nedostatek a zvýšená fluktuace personálu. Příčiny je možné hledat v odlivu vzdělaného a zkušeného

ošetřovatelského personálu do zahraničí, který je způsoben kombinací mnoha faktorů, např. nedostatečným finančním ohodnocením, podhodnocením práce sester, špatně nastaveným motivačním programem. Pro nemocnice je důležité mít stabilizovaný počet pracovníků, neboť stálý nábor nových zaměstnanců zvyšuje náklady zařízení. Noví pracovníci nemají dostatek potřebných zkušeností a může dojít k ohrožení kvality péče o pacienty. Pro management hospiců a domova důchodců je proto důležité se v rámci řízení lidských zdrojů zabývat i motivačními faktory. Je možné zaměstnance přinutit, aby vykonal určitý úkol, ale není možné ho přinutit, aby ho chtěl udělat. Aby zaměstnanec pracoval pro organizaci nejen, protože musí, ale především protože chce, je otázkou přístupu vedoucích pracovníků k podřízeným, v jejich stylu vedení a především ve správně nastavené motivaci. K dosažení takového stavu je nejen nutné zvyšovat hmotné stimuly, ale také uspokojovat potřeby zaměstnanců z hlediska ostatních nehmotných faktorů.

Ve své diplomové práci jsem se proto snažil skloubit své vědomosti ze studia na Zdravotně sociální fakultě s poznatky z praxe v hospicích a domova důchodců. Doufám, že poznatky z mé diplomové práce budou mít co největší užitek pro management hospic a domova důchodců, kde jsem šetření prováděla.

1. Současný stav

1. 1. Řízení lidských zdrojů

1.1.1. Definice řízení lidských zdrojů

Termín „lidské zdroje“ je poměrně moderní pojmenování „toho“, co je pro existenci každé společnosti nejdůležitější. Nejedná se o výraz vymyšlený českými teoretiky, ale o nepřesný překlad anglického výrazu „human resources“, který ve smutečnosti znamená „lidské obnovitelné zdroje“.

Hovoříme-li o lidských zdrojích, hovoříme o lidech, o jejich unikátních vlastnostech, dovednostech a znalostech **(1)**.

Personální management obohacený ještě o prvky vedení pracovníků (tj. o osobnost manažera, účinnou komunikaci, chválu, kritiku, řešení konfliktů) koordinaci změny, motivaci pracovníků a formování pracovního týmu) nazýváme řízením lidských zdrojů **(12)**.

Řízení lidských zdrojů se skládá z *pasivní personální administrativy, operativního personálního řízení a z koncepčního řízení lidských zdrojů*. Z tohoto pohledu se na řízení lidských zdrojů podílí vrcholový management, který stanovuje vizi organizace a strategickou cestu k ní, vedoucí pracovník instituce (i zdravotnické) a personální útvary, které zabezpečují specializované činnosti, týkající se zejména administrativních úkonů a metodiky personálního řízení. **(12)**.

Přesto však nelze personalistiku a řízení lidských zdrojů považovat za synonyma. Termíny označují rozdílné vývojové fáze i rozdílné koncepce personální práce. Řízení lidských zdrojů představuje nové postavení, vyjadřuje význam člověka jako nejdůležitějšího vstupu do výrobních a společenských procesů.**(2)**.

Řízení lidských zdrojů je ovlivňování a usměrňování lidí tak, aby bylo dosaženo stanoveného cíle s tím, že budou uspokojeny jak zájmy instituce/společnosti, tak pracovníka. Součástí řízení lidských zdrojů je moderní personalistika, která se snaží o vytvoření harmonie mezi počtem a strukturou pracovních míst a počtem a strukturou pracovníků **.(25)**.

Řízení lidských zdrojů lze definovat jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení nejcennějšího statku organizace, to jest v ní pracujících lidí, kteří jako jednotlivci i jako kolektivy přispívají k dosažení jejích cílů. **(50)**.

Lze ji však chápat v těchto směrech, jako moderní postavení personální práce (formované přibližně od 60. let 20. století), zahrnování v sobě vizi orientace na osobní odměňování na bázi mezilidských vztahů a dále tvůrčí přístup, zaměřený na

dlouhodobou orientaci, s vazbou na vnější faktory (populační vývoj, životní a pracovní prostředí, má větší zájem o sociální rozvoj pracovníků **(26)**.

Dále jí můžeme chápat jako pojetí personální práce, které chápe lidský faktor nikoli pouze jako zdroj vhodný pro efektivní využití, ale jako faktor rozhodující o úspěšnosti organizace, do jehož rozvoje je žádoucí a nezbytné investovat. Je zdůrazňován rovněž požadavek, aby systémy lidských zdrojů byly řízeny tak, aby byly v souladu se strategií organizace **(50)**.

Na rozdíl od jiných manažerských aktivit, které jsou často spojovány s určitými úrovněmi řízení, je řízení lidských zdrojů záležitostí každého vedoucího pracovníka. Ti sice mohou využít služeb útvarů personalistiky (řízení lidských zdrojů), svou úlohu však na ně přenést nemohou **(31)**.

Některé hlavní charakteristiky řízení lidských zdrojů jakožto přístupu jsou:

- Uspokojuje potřebu strategického přístupu k řízení lidských zdrojů pomocí propojení podnikové strategie a strategie lidských zdrojů.
- Pracovníci jsou chápáni jako aktivum, jako bohatství organizace nebo jako lidský kapitál, do něhož je třeba investovat tím, že se jim budou poskytovat příležitosti ke vzdělávání a rozvoji, a že organizace bude skutečnou „učící se organizací“.
- V souladu s pojetím na zdrojích založené strategie (viz kapitola 2) jsou lidské zdroje chápány jako zdroje konkurenční výhody.
- Přístup k pracovním či zaměstnaneckým vztahům je unitaristický a nikoliv pluralistický tj. spíše se věří, že pracovníci mají tytéž zájmy jako zaměstnavatelé než že tyto zájmy nejsou nutně shodné.
- Výkonná složka řízení lidských zdrojů je záležitostí liniových manažerů.

1.1.2. Strategické cíle v oblasti řízení lidských zdrojů

Zatímco ještě před rokem 1989 byla každá zdravotnická instituce personálně vybavena podle jednotného administrativního řízení, mají dnes zdravotnické instituce samy možnost řídit své lidské zdroje. Zdravotnické instituce už nejsou schovány v anonymitě velkých "ústavů národního zdraví", ale poskytují své služby pod vlastním jménem a identifikačním číslem. To umožňuje nejen ekonomickou i právní samostatnost, ale i konkrétní odpovědnost. Každá zdravotnická instituce si musí zvážit své podmínky, intenzitu práce, vybavenost, zkušenosti, možnosti i výhody a podle toho volit strategie řízení lidských zdrojů **(12)**.

Pokud se má instituce prosadit a získat dobré jméno, musí být strategické role jejího personálního managementu globální, dlouhodobé a inovační. Personální strategie musí nutně vycházet z celkové strategie organizace. Kromě toho musí přihlížet i k vývoji právních otázek, k trendům a problémům pracovních sil, k ekonomickému rozvoji oblasti nebo komunity, k případné restrukturalizaci organizace, k vnitro-organizačnímu plánování a ke strategii a politice odměňování **(12)**.

Tvorbu personálních strategií všech fungujících institucí je kombinací dvou základních přístupů — explicitního a implicitního. *Explicitní* koncept předem stanovuje a popisuje co, jak, kdy a proč má pracovník udělat a vytváří mu pro jeho činnost jistý, relativně sevřený prostor. *Implicitní* koncept vytyčuje normy chování a jednání **(6)**.

Personální strategie jsou obvykle dílem celého vedení instituce. K jejich vytváření přispívají všichni manažeři a všechny útvary. Přirozeným garantem je personální ředitel (náměstek, vedoucí) se svým personálním úsekem (odborem, oddělením). U menších institucí garantuje personální strategie přímo ředitel nebo vedoucí **(50)**.

Strategické řízení lidských zdrojů je přístup k rozhodování o záměrech a plánech organizace, týkajících se charakteru zaměstnávání lidí a strategie, politiky a praxe získávání, vzdělávání a rozvoje pracovníků, řízení pracovního výkonu, odměňování a pracovních vztahů. Charakteristikou, která definuje strategické řízení lidských zdrojů, je, že je to řízení integrované, vícenásobně propojené — strategie lidských zdrojů jsou zpravidla vertikálně integrované s podnikovou strategií a horizontálně integrované mezi sebou navzájem. Strategie lidských zdrojů jako výraz strategického přístupu k řízení lidských zdrojů jsou podstatnými složkami podnikatelské strategie organizace **(13)**

Strategické řízení lidských zdrojů se orientuje na kroky, které odlišují firmu od jejích konkurentů (Purcell, 1999). Formuluje záměry, které definují nástroje k dosažení cílu, a stará se o dlouhodobou alokaci podnikových zdrojů a o přizpůsobení těchto zdrojů a schopností vnějšímu prostředí. **(9)**.

Hlavním cílem strategického řízení lidských zdrojů je formovat strategickou schopnost organizace zabezpečováním kvalifikovaných, oddaných a dobře motivovaných pracovníků, které jsou zapotřebí k dosahování trvalé konkurenční výhody. **(2)**.

Jeho cílem je udávat směr v často turbulentním prostředí tak, aby podnikatelské potřeby organizace a individuální i kolektivní potřeby jejích pracovníků mohly být uspokojeny vytvořením a realizací logicky promyšlené a praktické politiky lidských zdrojů i programy zaměřenými na lidské zdroje. Jak poznamenávají Dyera Holder (1998), strategické řízení lidských zdrojů by mělo zajistit „sjednocení systému, který je současně široký, pružný a integrující“. **(36)**.

Když uvažujeme o cílech strategického řízení lidských zdrojů, je nezbytné zvážit, do jaké míry by strategie lidských zdrojů měla brát v úvahu zájmy všech stran

zainteresovaných na organizaci, tedy zájmy pracovníků, vlastníků a managementu. Slovy Storeyho (1989) „měkké strategické řízení lidských zdrojů“ bude klást v řízení lidí větší důraz na stránku lidských vztahů, na jistotu zaměstnání, soustavný rozvoj, komunikaci, zapojování pracovníků do rozhodování, kvalitu pracovního života a vyváženost pracovního života. Rovněž etické aspekty **(9)**.

Do personálních aktivit, zahrnujících cíle organizace, lze zařadit :

- plánování pracovní síly a řešení politiky zaměstnanosti, přijímání a rozmisťování pracovníků;
- úpravy platů a mezd ve vztahu k systému odměn;
- vytváření organizačního designu;
- vzdělání, výcvik a vývoj pracovníků;
- vztahy zaměstnanců, jejich pozitivní usměrňování;
- zajišťování služeb zaměstnancům, zdraví, bezpečí a prosperitu.

1.1.3. Modely řízení lidských zdrojů

Model shody: jednu z prvních výslovných formulací pojetí řízení lidských zdrojů vytvořila Michiganská škola (Fombrun a kol., 1984). Její představitelé zastávali názor, že systémy lidských zdrojů a struktura organizace by měly být řízeny způsobem, který jev souladu se strategií organizace (proto název „model shody“). **(3)**.

Harvardský systém vychází z přesvědčení, že problémy dosavadního personálního řízení lze vyřešit, např. když si manažeři vytvoří názor na to, jak si přejí vidět pracovníky zaměstnané v podniku a podnikem rozvíjené a jaká politika a praxe řízení lidských zdrojů může těchto cílů dosáhnout. Bez ústřední filozofie a strategické vize, které mohou nabídnout pouze manažeři zůstane pravděpodobně řízení lidských

zdrojů souborem nezávislých činností, z nich každá se bude řídit svou vlastní vyzkoušenou tradicí.

Beer a jeho kolegové docházejí k závěru, že „v současné době existuje spousta tlaku, které vyžadují širší, komplexnější a strategičtější úhel pohledu na lidské zdroje organizace“. Tyto tlaky vytvořily potřebu „dlouhodobějšího hlediska v řízení lidí a potřebu pohlížet na lidi spíše jako na potenciální bohatství než jen čistě jako na nákladovou položku“. Beer a jeho kolegové byli také první, kdo zdůraznil významnou zásadu řízení lidských zdrojů, a sice to, že je to záležitost liniových manažerů. Rovněž konstatovali, že „řízení lidských zdrojů zahrnuje všechna rozhodnutí a všechny kroky managementu, které ovlivňují povahu vztahu mezi organizací a jejími pracovníky – jejími lidskými zdroji“ (3)

Harvardská škola upozorňuje na to, že řízení lidských zdrojů má dva charakteristické rysy:

- liniovní manažeři akceptují svou větší odpovědnost za zabezpečování propojenosti strategie konkurenceschopnosti a personální politiky;
- posláním personálního útvaru je formulovat politiku a zásady, jimiž se řídí koncipování a realizace personálních činností tak, aby se více vzájemně podporovaly.

Harvardský model měl na teorii praxi řízení lidských zdrojů významný vliv, a to zejména svým důrazem na skutečnost, že řízení lidských zdrojů se spíše týká všech manažerů než jen personálního útvaru a personalistu.

Model nejlepšího postupu / praxe neboli model nejlepšího výsledku, který se u Waltona neustále vynořuje, zdůrazňuje spíše oddanost a angažovanost než povinnost a ochotu se podřídit a obhajuje procesy řízení kultury za účelem dosažení jakési kontroly nad kulturou lidí v organizaci.

Kontingenční model se soustřeďuje na dosažení souladu mezi celkovou strategií organizace a strategií lidských zdrojů.**(3)**.

1. 2. Nositelé řízení lidských zdrojů

1.2.1. Role personalistů v oblasti řízení lidských zdrojů

Dosáhnout sladění programů rozvoje lidských zdrojů se strategií organizace tak, aby všechny tyto programy odpovídaly jejím potřebám — to je nejdůležitějším cílem personálních činností.

Personální řízení se profesionalizuje a vyžaduje stále širší i hlubší znalosti z oblasti plánování lidských zdrojů, personálního řízení, mzdové politiky, pracovního práva, profesního výcviku a přípravy na povolání i kolektivního vyjednávání.**(29)**.

Od personalistů se očekává tyto činnosti:

- fungují jako partneři v podnikání;
- předkládají efektivní strategie v oblasti lidských zdrojů;
- jsou oddáni etickým normám;

U mohou používat a přizpůsobovat metody řízení a rozvoje lidí tak, aby to odpovídalo potřebám organizací i potřebám lidí, kteří v nich pracují;

- pracují jako „myslící pracovníci“;
- mají kvalifikaci pro řízení změn;
- mají osobní potřebu celoživotního učení a soustavného odborného rozvoje.

Základní činností personalistů je poskytování služeb vnitropodnikovým zákazníkům. Těmi jsou vedení organizace, linioví manažeři, vedoucí týmů a pracovních skupin a řadoví pracovníci. Služby se mohou — obecně řečeno — týkat všech stránek

řízení lidských zdrojů: plánování lidských zdrojů, získávání a výběru, rozvoje pracovníků, odměňování, pracovních vztahu, zdraví a bezpečnosti a péče o pracovníky. Nebo mohou služby pouze v jedné nebo ve dvou těchto oblastech poskytovat specialisté. Pozornost by se měla soustřeďovat na potřeby managementu (např. zabezpečení potřebných pracovníků), nebo ji lze rozšířit na všechny pracovníky (ochrana zdraví a bezpečnost při práci).

Personalisté svým způsobem v různé míře vedou a usměřňují manažery. Na nejvyšší úrovni řízení se to týká doporučení směřující ke strategiím lidských zdrojů a podložená řadou analýz a diagnóz, aby pokryla strategické záležitosti vyplývající z podnikových potřeb a z faktorů souvisejících s lidmi, organizací a prostředím. Na všech úrovních řízení se může vedení a usměřňování zaměřit na personální politiku a personální procedury či na souvislosti pracovněprávních předpisů.

Personalisté poskytují rady v takových záležitostech, jako je vytváření pracovních úkolů a pracovních míst, inzerování volných míst, sestavování seznamu vhodných uchazečů, kteří by měli být pozváni k výběrovým procedurám, výběr metod uspokojování potřeb vzdělávání, mzdové či platové tarify, které by měly být nabízeny pracovníkům při získávání nebo povyšování, požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, záležitosti pracovních vztahů (pracovní spory, stížnosti a komunikace) a řešení problému s lidmi (disciplinární záležitosti, absence, dodržování pracovní doby atd.).

Rady k těmto záležitostem jsou poskytovány především manažerům a vedoucím týmu, ale je běžné poskytovat rady také jednotlivcům. Ty se mohou týkat určitých stránek práce a rozvoje, jako například vhodnosti právě vykonávané práce pro pracovníka, formování schopností a zaměstnatelnosti, samostatného vzdělávání a rozvoje kariéry. Mohou se týkat problému vyplývajících z práce, jako jsou zdravotní potíže, stres, neshody s manažery nebo spolupracovníky, šikana nebo sexuální obtěžování. Lze je rozšířit i na osobní problémy, které mají dopad na práci pracovníku. Znamená to, že personalista může hrát roli rádce, učitele, ochránce i řešitele problémů.

Role personalistů:

Role partnera v podnikání.Jako partneři v podnikání mají personalisté spoluodpovědnost za úspěchy podniku se svými kolegy liniovými manažery. Jak konstatovali Tyson (1985) a Ulrich (1998), personalisté jako partneři v podnikání těsně propojují své činnosti s vrcholovým managementem a usilují o to, aby sloužili dlouhodobým strategickým cílům, a jsou schopni rozpoznat příležitosti pro podnik, vidět věci v širších souvislostech a vědět, jak jejich personální práce může napomoci k dosažení podnikatelských cílů podniku.

Role stratéga.Jako stratégové se personalisté zabývají hlavními dlouhodobými problémy, které se týkají řízení a rozvoje lidí a pracovních vztahů. Řídí se podnikatelským plánem organizace, ale zároveň se sami podílejí na formulování podnikatelských plánů. Toho lze dosáhnout vedením vrcholových manažerů k tomu, aby se zaměřovali na lidské souvislosti svých plánů, na jejich dopad v oblasti lidských zdrojů. (27).

Intervenční role .Intervenovat znamená měnit chod událostí. Intervence je nějaká akce nebo událost, jejichž smyslem je dosáhnout určitého cíle.

Personalisté mají velmi dobré podmínky pro to, aby pozorovali a analyzovali, co se stalo v jejich nebo jejich organizaci. Mohou získat poněkud nezaujatý, nestranný, i když empatický, chápavý pohled na to, co se děje s procesy v organizaci a jaký to má vliv na lidi. Rolí personalistů je osvojit si všeobšáhly, celostní přístup k chápání záležitostí organizace a jejich důsledků pro lidi.

Role inovátora.Pro-aktivní přístup k řízení lidských zdrojů znamená, že personalisté chtějí inovovat – zavádět nové procesy a postupy, o nichž se domnívají, že zvýší efektivnost organizace.

Potřeba inovace by měla vycházet z analýzy a diagnózy identifikující potřeby podniku a problémy, na které je třeba se zaměřit.

Role interního konzultanta.Jako interní konzultanti působí personalisté podobně jako externí konzultanti pro řízení tak, že spolupracují se svými kolegy - svými klienty na analyzování a diagnostikování problémů a navrhování jejich řešení.

Konzultování o procesech je pro interní konzultanty nejpodnětnější oblastí, protože vyžaduje jak dovednosti, tak důvěryhodnost, a externí konzultanti mohou být považováni za důvěryhodnější, protože si lidé spíše uvědomují jejich odbornost a nezávislost.

Monitorovací role .Jako ti, kdo monitorují uplatňování personální politiky a postupů a míru, v jaké se dodržují hodnoty organizace týkající se lidí, plní personalisté choulostivou, a dokonce obtížnou úlohu. Nejsou tu jen proto, aby "dozírali" na to, co dělají linioví manažeři, ale je třeba pořád ještě zajišťovat, aby personální politika a postupy byly uskutečňovány s dostatečnou mírou důslednosti. Podle Storeyho (1992a) tato role znamená, že personalisté mohou působit jako "regulátoři", což jsou "manažeři nespokojenosti", angažující se při formulování a monitorování pravidel zaměstnávání lidí.

Reaktivní a pro-aktivní role.Personalisté mohou hrát hlavně reaktivní, reagující roli. Dělají, co se jim řekne, nebo o co jsou požádáni. Reagují na žádosti o služby nebo rady. Zabezpečují administrativní systémy vyžadované managementem.

Na strategičtější úrovni na sebe berou personalisté pro-aktivní roli. Působí jako partneři v podnikání, vytvářejí integrované strategie lidských zdrojů, intervnují, inovují, působí jako interní konzultanti a dobrovolní průvodci v záležitostech týkajících se zvyšování úrovně základních hodnot, etických zásad a prosazování důslednosti. **(3,2).**

1.2.2. Role manažerů v oblasti řízení lidských zdrojů

Na manažery jsou obecně kladeny náročné požadavky, a to zejména v dovednostech a schopnostech koncepčních, lidských a technických. Záleží na úrovni řízení, v jakém poměru mají tyto dovednosti být. U vrcholového managementu se očekávají převládající koncepční dovednosti, u manažerů liniových (nejnižší řídící

stupeň) zase dovednosti technické a odborné. Schopnost jednat s lidmi je požadována na všech řídicích úrovních ve stejné míře.

Řízení zdravotnických služeb však vyžaduje řadu dalších osobních vlastností manažera, které zpravidla v jiných oborech nejsou.

S postupným zvyšováním nároků na řízení se ve zdravotnictví vytvořily tři základní úrovně manažerů: manažeři první linie (lower management), střední manažeři (middle management) a vrcholoví manažeři (top management) (2).

Manažerská úloha spočívá v plánování, organizování, vedení a kontrolování práce jednotlivců a skupin lidí vedoucí k dosažení cílů. Úkolem je tvořit koncepci, vést lidi k dosahování společných cílů, delegovat dílčí úkoly pracovníkům a provádět korekce tam, kde jsou plány a koncepce narušeny. (17).

Přístup manažerských funkcí vychází z předpokladu, že dosažení cílů organizace, a tím vlastně plnění poslání manažerské práce, je nejlépe zajištěno vzájemným souladem (harmonizací) manažerských funkcí. (16).

Manažerské funkce dělíme na funkce **sekvenční** (patří zde plánování, organizování, personální práce, vedení a kontrola) a funkce **průběžné** (analýza činností, rozhodování, komunikace a realizace).

K funkcím, které manažeři plní, patří plánování, organizování, obsazování pracovních míst, řízení, koordinace a kontrola. Dovednosti potřebné pro realizaci těchto funkcí získává manažer s praxí. Sestry manažerky využívají při plnění svých povinností stejné funkce.

Plánování představuje proces, ve kterém je formulován cíl činnosti a cesty na jeho dosažení. Jedná se tudíž o cílově orientovaný rozhodovací proces, který vychází z cílů organizace (firmy) a zároveň vymezuje prostředky, které jsou nutné k dosažení cílů.(6).

Dále plánování je nejzákladnější a nejpodstatnější činností managementu je plánování, kdy se předem rozhoduje, co je třeba udělat den, měsíc nebo roky dopředu. Plánování je také činností lékaře. Aby zvládl péči o pacienta nebo skupinu pacientů, usnadní mu plánování využití času, aktivit a prostředků. Dojde-li k odklonu od celkového plánu péče (podobnému klinické mapě), plánování značně pomůže pochopení problému a toho, co dělat. Stejně tak, jak pacientův stav mění aktivity lékaře, mění také neobvyklé události plán manažera.

Organizování je vymezení, stanovení i zabezpečení činností a vzájemných vztahů jednotlivých pracovníků a pracovních týmů při plnění určitého cíle. Poskytuje mechanismus, prostřednictvím kterého lze cílu dosáhnout a který je známý jako vertikální a horizontální rozlišení.

Řízení je pokládáno za základní náplň práce manažerů na všech úrovních. Jedná se o schopnost vést, usměrňovat, stimulovat a motivovat své spolupracovníky ke kvalitnímu plnění vytýčených cílů.**(6)**.

Řízení zahrnuje pět specifických pojmů: udělování pokynů, dohled, vedení, motivaci a komunikaci. **Personální práce** (řízení lidských zdrojů) zajišťuje získávání, udržení a optimální využití schopných pracovníků. Tato funkce se v poslední době vyčleňuje do samostatné disciplíny – řízení lidských zdrojů. **Kontrola** je proces sledování realizace plánu a stanovení opatření v případě existence odchylek. Třemi základními prvky kontroly jsou standardy, které reprezentují žádoucí výkon, srovnání vlastních výsledků se standardy a, v případě potřeby, nápravná akce. **Analýza činností** představuje proces získávání informací pro rozhodování manažera. Informace se získávají z externího okolí i z vnitřního prostředí firmy. **Rozhodování** je proces výběru jedné alternativy z množiny možností jak dosáhnout cíle podle předem stanovených kritérií. **Komunikace** představuje přenos informací mezi subjekty a objekty rozhodování. **Realizace** je provedení, naplnění a uskutečnění plánovaných činností. Manažerská činnost je mnohostranná. Je to činnost plná konfliktnosti cílů,

příčemž jejich řešení je stálé hledání kompromisů, je to činnost v podmínkách stále nejistoty a rizika s trvalým tlakem na prosperitu. (6,2).

1. 3. Náplň práce zaměstnanců v sociálních zařízeních

1.3.1. Základní povinnosti zaměstnanců

Podle Zákona č. 65/1965 Sb., ustanovení § 73 základní povinnosti zaměstnanců, odstavce jedna jsou zaměstnanci povinni zejména:

a) Pracovat svědomitě a řádně podle svých sil, znalostí a schopností, a dodržovat zásady spolupráce s ostatními zaměstnanci, plnit pokyny nadřízených vydané v souladu s právními předpisy. Je oprávněním, ale i povinností vedoucích zaměstnanců posuzovat, zda podřízený zaměstnanec pracuje řádně. I když může být hodnocení subjektivní, neuspokojivé výsledky práce nebo nekvalitní práce mohou být důvodem k ukončení pracovního poměru. Právní předpis ukládá zaměstnanci povinnost plnit pokyny nadřízených. Sestra je tedy povinna plnit pokyny staniční a vrchní sestry. Sanitář je povinen plnit pokyny sestry. Opakované nesplnění pokynu musí být zaměstnanci vytknuto, při závažnějších pochybeních písemnou formou, a může být důvodem k ukončení pracovního poměru. Pokud je sestra přesvědčena, že pokyn staniční je v rozporu s platnými předpisy, musí se v této věci obrátit na nadřízenou vrchní sestru, pokud jde o pokyn vrchní sestry, musí se obrátit na hlavní sestru. Nadřízený vydává pokyny většinou ústní, ale je možné v závažnějších věcech vydat pokyn i formou písemného příkazu.

b) Plně využívat pracovní dobu a výrobní prostředky k vykonávání svěřených prací, plnit kvalitně a hospodárně a včas pracovní úkoly.

Soustavné nebo opakované závažné nedodržování pracovní doby, zejména pokud dojde k narušení provozu zdravotnického zařízení, může být hodnoceno jako porušení pracovní kázně. Dohled nad dodržováním pracovní doby patří do povinností staniční i vrchní sestry. O docházce je vedena evidence staniční sestrou.

c) Dodržovat právní předpisy vztahující se k práci jimi vykonávané, pokud s nimi byli řádně seznámeni.

Aby mohl zaměstnanec vykonávat svoji práci v souladu s předpisy, musí být zaměstnavatelem podrobně seznámen s právními předpisy, které ji upravují nebo které se k ní vztahují. Tak např. sestra, která je zaměstnancem, musí být seznámena s protipožárními předpisy, s předpisy o ochraně a bezpečnosti při práci, ale také s novými poznatky postupu *lege artis* při poskytování ošetrovatelské péče.

d) Řádně hospodařit s prostředky svěřenými jim zaměstnavatelem a střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele před poškozením, ztrátou, zničením a zneužitím, a nejednat v rozporu s oprávněnými zájmy zaměstnavatele. (42)

1.3.2. Základní povinnosti zaměstnavatele

Podle Zákona č. 65/1965 Sb., ustanovení § 74 základní povinnosti vedoucích zaměstnanců, jsou vedoucí zaměstnanci povinni zejména:

Ustanovení § 74 základní povinnosti vedoucích zaměstnanců Vedoucí zaměstnanci jsou dále povinni zejména:

a) Řídit a kontrolovat práci a pravidelně hodnotit poměr zaměstnanců k práci a k pracovnímu kolektivu a jejich pracovní výsledky.

Zákoník práce a jiné předpisy užívají místo dříve užívaného termínu pracovníci označení zaměstnanci a místo organizace zaměstnavatel.

Pokud jde o sestry, pak lze za vedoucího zaměstnance označit hlavní sestru, vrchní sestru, staniční sestru, vedoucí sestru na ambulanci, vedoucího laboranta.

Těm přísluší v rámci jejich kompetence řídit a kontrolovat práci podřízených na svěřeném úseku. Pokud dojde k pochybení při práci podřízených, vzniká dotaz, zda vedoucí zaměstnanec plnil své povinnosti uložené právním předpisem, správně řídil a zejména kontroloval práci podřízených, a tím mohl ovlivnit vznik škody.

Aby mohl vedoucí zaměstnanec plnit některé další funkce, jako je zabezpečování odměňování, musí hodnotit kvalitu i objem odevzdané práce.

b) V zájmu zvyšování produktivity práce co nejlépe organizovat práci a dbát, aby výroba odpovídala podle hospodářských a technických možností požadavkům technickoekonomického rozvoje.

Staniční a vrchní sestra provádějí rozpis služeb podřízených zaměstnanců. Při této činnosti berou ohled na oprávněné požadavky podřízených zaměstnanců. Sledují, zda nedochází k plýtvání s obvazovým materiálem, léky a zda jsou správně využívány a ošetřovány svěřené přístroje.

c) Vytvářet příznivé pracovní podmínky a zajišťovat bezpečnost a ochranu při práci.

Staniční a vrchní sestra mají za povinnost pravidelně kontrolovat dodržování bezpečnostních předpisů upravujících používání a skladování hořlavín, toxických látek a užívání ochranných oděvů a ochranných pomůcek a vést evidenci o provedených kontrolách.

d) Zabezpečovat odměňování zaměstnanců podle mzdových předpisů a kolektivních smluv, případně vnitřních mzdových předpisů nebo pracovních smluv a diferencovat mzdu zaměstnanců podle jejich výkonnosti a zásluh o konečné výsledky práce.

Staniční a vrchní sestra, které nejlépe znají své podřízené, pravidelně hodnotí jejich práci a pracovní výsledky, se podílejí na odměňování zaměstnanců podáváním návrhů na výši pohyblivé složky mzdy.

e) Vytvářet příznivé podmínky pro zvyšování odborné úrovně zaměstnanců a pro uspokojování jejich kulturních a sociálních potřeb.

Vrchní sestra organizuje a zajišťuje odborné semináře na oddělení se zaměřením na problematiku poskytované péče a zařazuje do seminářů aktuálně potřebná témata. Společně se staniční sestrou vybírá zaměstnance na odborné akce celostátní. Účast sester na semináři je dokladována prezenční listinou.

f) Zabezpečovat dodržování právních a jiných předpisů, zejména vést zaměstnance k provozní kázní, oceňovat jejich iniciativu a pracovní úsilí, zajišťovat, aby nedocházelo k porušování pracovní kázně a neplnění povinností.

g) Zabezpečovat přijetí včasných a účinných opatření k ochraně majetku zaměstnanců. Vedoucí pracovníci mají za povinnost učinit taková opatření, aby nedocházelo ke škodě na majetku zaměstnanců. V praxi to znamená opatřit uzamykatelné skříňky na šaty a osobní věci. (42)

Za věci, které si sestra nechá mimo uzamykatelnou skříňku, nenese zaměstnavatel odpovědnost. (42).

1.3.3. Role lékaře

Uvnitř sociální sítě zdravotnictví působí řada zdravotnických profesí i jiných odborných pracovníků (např. lékaři s rozličnou specializací, sestry, laboranti, rehabilitační pracovníci, ošetrovatelky, sanitární pracovníci, psychologové, statistici, programátoři, přírodovědci, farmaceutové...). Mezi nimi představuje role lékaře rozhodující pozici. Obecně je činnost lékaře ~ funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života. V dnešní složitě horizontálně i vertikálně členěné zdravotnické instituci zastávají jednotliví lékaři konkrétní pracovní role, které se odlišují kompetenčním polem odborné činnosti, mírou sociálních vazeb, četností a charakterem styku s pacientem, postavením ve vztazích nadřízenosti a podřízenosti a dalšími faktory. Rozdílné jsou pozice a funkcionální činnosti praktického (rodinného) lékaře, odborného lékaře v nemocnici nebo v ambulanci, lékaře v hygienické službě nebo působícího ve farmaceutickém průmyslu atp. Pokud dále budeme mluvit o roli lékaře, budeme se snažit

l v obecné podobě postihnout charakteristické rysy, které jsou pro konkrétní 'role lékaře společné. Přitom budeme mít na mysli především nemocničního a praktického lékaře. I když se s činností lékařů setkáváme již ve starověku, o roli lékaře v současném pojetí lze hovořit až od poslední třetiny 19. století. To je také doba, kdy se formovaly nemocnice jako zdravotnická zařízení a kdy v nich také začali působit lékaři, na rozdíl od hospitalů.

Současnou podobu lékařské profese můžeme chápat jako důsledek vývojového stupně moderního promyslového období, přinášejícího medicinalizaci společnosti, jejímž následkem je rozšiřování trhu pro lékařské služby. Tato profesionalizace musí být ovšem souvztažně pojímána se sociálními státními zásahy, jež jsou zaměřovány na zabezpečení zdraví obyvatelstva. Lékaři získávají role a společenské funkce, které bezprostředně nejsou součástí léčebného procesu. Parsons poukázal na souvislost medicíny se sociálně-kontrolními funkcemi. Je toho názoru, že je to lékař, prostřednictvím něhož může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému (nemocnost, morbiditu atd.). Lékař má za úkol nemoc definovat, tzn. vyhledat, stanovit, z čeho se skládá, a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Lékař legitimizuje status nemoci. Je osobou vlastníci monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících určení nemoci a její terapii. Proto se jeho mocenská pozice jeví jako "přirozená". Tato mocenská pozice je současně zatěžující. (12)

T. Parsons popsal některé základní znaky lékařských rolí, v jejichž charakteristikách je mnohem více neshod, než je tomu u role pacienta (Parsons T, 1951). Jedná se o funkční specificitu, emocionální (afektivní) neutralitu, universalismus a kolektivní orientaci. **Funkční specificita** je klíčovým znakem lékařské role. Vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Funkční specificita neboli odborná kompetence lékaře má klíčové postavení v roli lékaře, protože podmiňuje fungování zdravotnické instituce, její nevyužívání nebo překračování. Má vážné zdravotní, ekonomické i právní důsledky.

Emocionální (afektivní) neutralita — od lékaře se očekává věcně orientovaný způsob jednání bez emocionální účasti. Emocionalitu lékař ve své roli kontroluje. Neznamená to, že by lékařův postoj vůči pacientovi byl bezcitný. Je tím řečeno, že ideální lékař vykazuje sympatie, intuitivní porozumění bez plného rozvinutí. Má chápat pacientovy pocity, aniž by je sám cítil. Musí se omezit na svou odbornou úlohu a ostatní motivace své osobnosti nemá uplatňovat (např. usilování o osobní moc, erotické vzrušení vůči pacientkám apod.). Je pravda, že pocity nelze normativně zakázat. Požadavek emocionální neutrality (možná, že by bylo přesnější omezení emocionality) je vázán především na ty emoce, které narušují roli lékaře, tj. mají rušivý vliv na léčení pacienta. Druhá stránka této orientace je, že lékař „musí jednat tak, jako kdyby nebylo

světonázorových, náboženských anebo nacionálních pocitů, jako kdyby nebyl“, jak to vtipně zobrazuje Rohde, „odjakživa založen proti „nevdaným ženám“, proti šišlavým, koktavým, „novo-zbohatlíkům“, vrchním městským inspektorům nebo rudovlasým“ (Rohde JJ, 1962, s. 258). **(35,33)**

Požadavek emocionální neutrality se nevztahuje jenom na pacienta, ale také na všechny role, které se nacházejí ve vztahovém poli toho kterého lékaře, tj. na ostatní lékaře, ošetřující a další zdravotnický personál, protože vzájemná součinnost a úsilí v konsenzu je podmínkou úspěšného léčení.

Univerzalismus vyjadřuje především skutečnost, že potenciální vztahová oblast lékaře zahrnuje všechny ostatní členy společnosti. V roli pacienta může vystoupit každý člověk, protože nemoc je v tomto kontextu univerzální fenomén, a proto role lékaře musí být zásadně aktivovatelná vůči každému, koho lze považovat za nemocného. V důsledku velké specializace se tento znak složitě realizuje v roli lékaře, neboť jeho potenciální vztahová oblast se zužuje (např. gynekologie, stomatologie apod.). V tomto směru se univerzalismus z velké části více přenáší na instituce (např. nemocnice), které především musí být schopny poskytnout pomoc každému členu společnosti, který ji potřebuje.

Kolektivní orientace je další hodnota role lékaře. Tímto termínem rozumíme, že lékař ve svém jednání nevychází ze svých zájmu, ale ze zájmu druhých, tj. především pacientů, že staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy. To věcně znamená, že lékař se má postarat o optimální péči z hlediska diagnostiky, terapie a ošetřování, že nesmí využívat pacienta ve svůj prospěch, že je povinen pomlčet o všem, co se v souvislosti s výkonem povolání o pacientovi dověděl (což může porušit jen s jeho souhlasem), že dbá o lidskou důstojnost nemocného. **(5)**

Povolání lékaře patří k povoláním s nejvyšší prestiží, a to jak u nás, tak v řadě dalších zemí.

Pokud jde však o finanční ohodnocení, které je jednou z významných složek poměrování sociálního statusu, zůstává tento problém nevyřešený. Stále se objevuje

nespokojenost některých skupin lékařů, především specializovaných, pracujících v nemocnici. (42,25,9).

1.3.4. Role sestry

K pochopení vývoje role sestry je potřebné připomenout dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že nemocnice té doby byly určeny pouze pro chudinu, zatímco majetné vrstvy dávaly přednost stonání v rodině. To platilo jednoznačně do první světové války. Teprve po druhé světové válce se staly nemocnice místem nejkvalifikovanější lékařské pomoci. Druhou skutečností je, že novodobé nemocnice vznikaly převážně místně i personálně z dřívějších špitálů, a proto zcela přirozeně na ně byla přenášena charitativní hlediska. Proto byla sociální role nově vznikající profese civilních sester jakýmsi kompromisem dvou časově po sobě následujících subkultur: nábožensko-charitativní a medicínsko-rationální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu. (41,35).

Změny v profesi sestry byly předmětem I. evropské konference o ošetrovatelství, která se konala ve Vídni v roce 1988 pod záštitou SZO. Na konferenci byla zdůrazněna nová role sestry v podmínkách realizace strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V deklaraci z konference se uvádí, že role sestry spočívá v tom, že má „působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví a poskytovat jasná a správné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích rozličných typů chování a o výhodách a nákladech při volbě určité péče“ (European Conference on Nursing, Summary Report, Vídeň 21—24. června 1988, s. 5).

Při charakteristice činností sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Znamená to, že se

jedná o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává (Paseka V.1971). **(36)**.

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Vynucuje si to nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika **(33)**.

Mezi základní role sestry v moderním ošetrovatelství patří:

1. sestra — pečovatel: tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.
2. sestra — edukátor nemocného a jeho rodiny: v moderním ošetrovatelství je zdůrazňována také edukační činnost sestry, kterou se sestra podílí na:
 - upevňování zdraví a prevenci jeho poruch,
 - rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností,
 - pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácvičku potřebných praktických dovedností (např. ošetrování ran, aplikaci inzulínu, monitorování hladiny krevního cukru, atd.)
3. sestra – obhájce (advokát) nemocného: v případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty.
4. sestra — koordinátor: v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči,

5. sestra — asistent: sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. **(35)**.

Z psychologického hlediska je rolová adaptace zvláště obtížná. Normativním jádrem role sestry je univerzalismus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako chorého, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. **(49)**.

1. 4. Zákoník práce č. 262 / 2006 Sb

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, upravuje některá práva i povinnosti zaměstnavatelů i zaměstnanců v oblasti pracovně právních vztah.

Zaměstnavatel může dát zaměstnanci výpověď jen z těchto důvodů:

- a) ruší-li se zaměstnavatel nebo jeho část,
- b) přemísťuje-li se zaměstnavatel nebo jeho část,
- c) stane-li se zaměstnanec nadbytečným vzhledem k rozhodnutí zaměstnavatele nebo příslušného orgánu o změně jeho úkolů, technického vybavení, o snížení stavu zaměstnanců za účelem zvýšení efektivnosti práce nebo o jiných organizačních změnách,
- d) nesmí-li zaměstnanec podle lékařského posudku vydaného zařízením pracovně-lékařské péče nebo rozhodnutí příslušného správního úřadu, který lékařský posudek přezkoumává, dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z

povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, anebo dosáhl-li na pracovišti určeném rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví nejvyšší přípustné expozice,

e) pozbyl-li zaměstnanec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podle lékařského posudku vydaného zařízením pracovně a lékařské péče nebo rozhodnutí příslušného správního úřadu, který lékařský posudek přezkoumává, dlouhodobě způsobilosti konat dále dosavadní práci,

f) nespĺňuje-li zaměstnanec předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo nespĺňuje-li bez zavinění zaměstnavatele požadavky pro řádný výkon této práce. **(42,53)**

Zaměstnavatel nesmí dát zaměstnanci výpověď v ochranné době, to je:

a) v době, kdy je zaměstnanec uznán dočasně práce neschopným, pokud si tuto neschopnost úmyslně nepřivodil nebo nevznikla-li tato neschopnost jako bezprostřední následek opilosti zaměstnance nebo zneužití návykových látek, a v době od podání návrhu na ústavní ošetřování nebo od nástupu lázeňského léčení až do dne jejich ukončení; při onemocnění

tuberkulózou se tato ochranná doba prodlužuje o 6 měsíců po propuštění z ústavního ošetřování,

c) v době, kdy je zaměstnanec dlouhodobě plně uvolněn pro výkon veřejné funkce,

d) v době, kdy je zaměstnankyně těhotná nebo kdy zaměstnankyně čerpá mateřskou dovolenou nebo kdy zaměstnankyně nebo zaměstnanec čerpají rodičovskou dovolenou,

e) v době, kdy je zaměstnanec, který pracuje v noci, uznán na základě lékařského posudku vydaného zařízením pracovně a lékařské péče dočasně nezpůsobilým pro noční práci.

(2) Byla-li dána zaměstnanci výpověď před počátkem ochranné doby tak, že by výpovědní doba měla uplynout v ochranné době, ochranná doba se do výpovědní doby nezapočítává; pracovní poměr skončí teprve uplynutím zbývající části výpovědní doby po skončení ochranné doby, ledaže zaměstnanec sdělí zaměstnavateli, že na prodloužení pracovního poměru netrvá.

Zaměstnavatel může výjimečně pracovní poměr okamžitě zrušit jen tehdy:

- a) byl-li zaměstnanec pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin k nepodmíněnému trestu odnětí svobody na dobu delší než 1 rok, nebo byl-li pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin spáchaný při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním k nepodmíněnému trestu odnětí svobody na dobu nejméně 6 měsíců,
- b) porušil-li zaměstnanec povinnost vyplývající z právních předpisů vztahujících se k jím vykonávané práci zvláště hrubým způsobem. **(42,53)**

1. 5. Zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb

Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění podle tohoto zákona **(46)**.

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různé, a proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb. **Sociální služby zahrnují tři základní oblasti služeb, tj. sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (52)**.

Kvalita sociálních služeb se odvozuje od neopomenutelných zásad, jejichž důrazná aplikace zajistí uživatelům služeb, kteří jsou oslabeni v prosazování svých práv a oprávněných zájmů, důstojné a bezpečné poskytování sociálních služeb. Jedná se především o následující zásady:

- Zásada ochrany lidských práv uživatele, tj. poskytovatel sleduje a zajišťuje dodržování

lidských práv uživatele služby.

- Zásada individualizace služby, tj. služba vychází z potřeb uživatele, stanoví prostředky a cíle k jejich naplnění.
- Zásada odbornosti, tj. struktura pracovníků, počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného vzdělávání odpovídají cílové skupině uživatelů, jsou stanovena pravidla pro zaškolování nových pracovníků.
- Zásada provozního zabezpečení, tj. prostředí poskytované služby je důstojné a zajišťuje možnost přirozeného způsobu života.

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb.

Tento zákon konkrétně vymezuje, že předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Odbornou způsobilostí se rozumí dosažení zákonem dané úrovně vzdělání, přičemž existuje několik variant (vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného..atd.).

Ustanovení zákona o sociálních službách v oblasti podmínek výkonu povolání sociálního pracovníka se vztahuje na všechny společenské systémy, kde sociální pracovníci působí. Jedná se tedy o případy, kdy vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. Zákon vymezuje okruh pracovníků, kteří v oblasti sociálních služeb vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci – upraveno zákonem o sociálních službách,

- pracovníci v sociálních službách – upraveno zákonem o sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci – upraveno zdravotnickými předpisy,
- přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence **(42,54)**

1. 6. Zákon o nelékařských zdravotních povolání

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních definuje výkon zdravotnického (nelékařského) povolání jako „souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona“ a jiného odborného pracovníka jako „fyzickou osobu provádějící činnost, které nejsou poskytováním zdravotní péče, ale s poskytováním této péče přímo souvisejí“. Výkon povolání zdravotnického pracovníka i jiného odborného pracovníka pak rozšiřuje o „řídící, metodickou, koncepční, kontrolní, výzkumnou a vzdělávací činnosti v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče. Způsobilost výkonu nelékařského zdravotnického povolání má ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný.

Odborná způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických profesí je podrobně vymezena zákonem, a to prostřednictvím studijních oborů středních, vyšších a vysokých škol nebo akreditovaných kvalifikačních kurzů, včetně oborů, které se již nevzdělávají nebo se budou vzdělávat již jen po krátkou dobu **(51)**.

Zdravotnická povolání jsou členěna do tří dílů:

1) **Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti** (Díl 1 Hlavy II) jsou způsobilí k plnému výkonu své profese ihned po získání odborné způsobilosti – není nutná specializovaná způsobilost ani nástupní praxe. Povolání uvedená v tomto díle poskytují možnost vzdělání na vysokých školách (např. radiologický asistent, porodní asistentka, radiologický technik, ergoterapeut), vysokých a vyšších zdravotnických školách (např. všeobecná sestra, zdravotní laborant, biomedicínský technik), případně pouze na vyšších zdravotnických školách (farmaceutický asistent).

2) **Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti** (Díl 2 Hlavy II) mají obdobně jako lékaři povinnou pro „samostatný“ výkon povolání specializovanou způsobilost. Výjimku zde mají pouze fyzioterapeuti — absolventi magisterského vzdělání (magisterské vzdělání de facto specializaci nahrazuje). Ostatní zde uvedení pracovníci jsou absolventi výhradně magisterských vysokoškolských oborů.

3) **Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením** (Díl 3 Hlavy II) mohou poskytovat zdravotní péči pouze pod odborným dohledem. Kromě oborů bývalých NZP a PZP (např. ošetřovatel, masér, sanitář) zde jsou nově zaváděné obory středních zdravotnických škol (např. zdravotnický asistent, laboratorní asistent, nutriční asistent) **(51)**.

Za výkon povolání bez odborného dohledu se považuje výkon povolání/činností na základě indikace lékaře (zubního lékaře/farmaceuta), které jsou prováděny bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci. Za výkon povolání (činností) pod odborným dohledem se považuje výkon činností v rozsahu, který zdravotnický pracovník poskytující dohled určí a při stálé dostupnosti jeho rady a pomoci.

Celoživotní vzdělávání zákon deklaruje jako povinnost všech zdravotnických pracovníků, systém kontroly a sankce za neplnění jsou však určeny pouze pro

zdravotnické pracovníky vykonávající své povolání bez odborného dohledu, a to prostřednictvím povinnosti mít osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu („registrační systém).

Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě získání odborné způsobilosti (Díl 1 Hlavy 11) je založeno na modulovém uspořádání, není zde tedy určen časový rámec a vazba na výkon povolání **(46)**.

Největší změnou proti současné praxi je povinnost získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Již od 1. dubna 2006 platí přechodná opatření, na jehož základě je možné získat osvědčení bez nutnosti dokládat kredity a výkon povolání, pouze po prokázání odborné a zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti.

Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků, uvádí pouze seznam specializací a specialistů.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., se pokouší splnit požadavky jak na obecnost umožňující nutnou flexibilitu, tak i na konkrétnost stanovených činností a to tak, že je většinou uvedena obecná definice skupiny činností a v dalších bodech je tato definice rozvíjena na příkladech (tyto konkrétní činnosti jsou uváděny slovem „zejména), nebo úplným výčtem (uvedeno slovy „a to). Působnost nelékařských zdravotnických pracovníků tak je stanovena dostatečně obecně, aby bylo možné předpis aplikovat i při vyvíjejících se požadavcích na činnosti nelékařů, tak dostatečně konkrétně, aby pro potřeby přípravy pracovníků (tvorbu vzdělávacích dokumentů), stanovení pracovních náplní i případných soudních sporů byl dostatečně vymezen rozsah jednotlivých profesí **(42,46)**.

1. 7. Fáze koncepce řízení lidských zdrojů

1. 7. 1. Příprava na výběr a výběr pracovníků

1.7.1.1. Plánování

Již známý český podnikatel Tomáš Baťa proklamovala realizoval svoji myšlenku: „Správný člověk na správném místě je to, co podnik nejvíce potřebuje“. Tomáš Baťa také zdůrazňoval potřebu rozvíjet schopnosti a dovednosti pracovníků v organizaci. Právě jeho systém přijímání, rozmisťování a péče o odborný rozvoj pracovníků byl základním faktorem úspěchu jeho podniku, a to nejen v bývalém Československu, ale též v celé Evropě i v USA a v Kanadě **(25)**

Plánování lidských zdrojů stanovuje potřebu lidských zdrojů požadovanou organizací v zájmu dosažení jejích strategických cílů. Jak to definovali Bulla a Scott (1994), je to „proces zabezpečování toho, že budou rozpoznány potřeby organizace v oblasti lidských zdrojů a že budou zpracovány plány směřující k uspokojení těchto potřeb“. Plánování lidských zdrojů vychází z přesvědčení, že lidé jsou nejdůležitějším strategickým zdrojem organizace. Obecně řečeno, týká se sladování zdrojů s podnikovými potřebami v delší perspektivě, když se někdy týká i krátkodobějších požadavků. Zaměřuje se na kvantitativní i kvalitativní stránku potřeby lidských zdrojů a znamená to, že musí odpovídat na dvě základní otázky:

1. Kolik lidí?
2. Jaké lidi? **(3)**.

Plánování lidských zdrojů by mělo být v podstatě integrální součástí podnikového plánování. Proces strategického plánování by měl definovat projektované změny v rozsahu a typech činností vykonávaných organizací. Měl by rozpoznat hlavní schopnosti, které organizace potřebuje k dosažení svých cílů, tedy požadavky týkající se dovedností (kvalifikace). Ale často existují hranice toho, do jaké míry lze takové plány

zpracovat nebo do jaké míry mohou být zcela jasné, a to může znesnadňovat vytváření integrovaných plánů lidských zdrojů, které se z nich odvíjejí **(3)**.

Plánování v personální oblasti je systematicky uskutečňovanou předpovědí budoucích potřeb rezerv v personální oblasti. Pomocí odhadu množství a druhů zaměstnanců, které bude organizace potřebovat, může personální oddělení lépe naplánovat jejich nábor, výběr, odbornou přípravu, pracovní postup a činnosti podobného druhu. Plánování v personální oblasti či personální plánování, jak se mu také říká, umožňuje oddělení, aby poskytlo organizaci v ten správný čas ty správné zaměstnance. Personální plánování nejen pomáhá organizacím, vypořádat se svými cíli v oblasti pozitivních činností, ale zlepšuje také schopnost personálního oddělení aktivně reagovat na problémy a cíle, kterým musí čelit **(50)**.

Personální plánování má kromě strategické role také roli operativní, což je role administrativní, krátkodobá, udržovací a běžně zahrnuje tyto činnosti:

- a) nábor a výběr lidí pro běžně se uvolňující pracovní místa,
- h) řízení a orientace zaměstnanců,
- c) prověrky hlášení týkající se bezpečnosti práce. Nemocí z povolání a pracovních úrazů.
- d) řešení stížností zaměstnanců,
- e) administrativní programy odměňování **(12)**.

Krátkodobé a dlouhodobé plány jsou utvářeny lidmi. Pokud organizace není řádně vybavena správným množstvím a druhem lidí, může dojít k tomu, že se její společenské plány nevydaří. Stále více vedoucích však zjišťuje, že dobře vypracované plány v personální oblasti jsou dalším velice důležitým předpokladem, protože cíle v každé oblasti se jednodušeji uskuteční s kvalifikovanými a schopnými lidmi. Např. všechna rozhodnutí firem s vrcholnou technologií, jako je Motorola či IBM, o vývoji nových výrobků a ovládnutí nových trhů většinou závisí na dostupnosti kvalifikovaných

a schopných lidí. Bez dostatečného množství odborně talentovaných lidí by mohlo dojít k tomu, že trh ovládnou konkurenti, kteří jsou lépe vybaveni v personální oblasti. **(50)**.

1.7.1.2. Pracovní analýza

Práce zasahuje významně do života každého jedince. Uspokojování potřeb člověka zajišťuje tím, že mu poskytuje nezbytné životní prostředky. Práce se promítá v životě člověka i tím, že uspokojuje sebevědomí a sebedůvěru každého jednotlivce a umožňuje mu sebeaktualizaci v průběhu vykonávané práce nebo v pracovních výsledcích **(25)**.

Analýzou pracovního místa se rozumí proces sběru, analýzy a uspořádání informací o obsahu práce na pracovním místě s cílem vytvořit základ pro popis pracovního místa a podklady pro získávání a vzdělávání pracovníků, pro hodnocení práce a řízení pracovního výkonu. Analýza seberealizace jedince je úzce spojena s jeho činností, protože mu umožňuje rozvíjet některé specializované pracovní činnosti. Tím se člověk zařazuje do společenské pozice různé úrovně a to uspokojuje jeho potřebu uznání **(3)**.

Analýza role rovněž shromažďuje informace týkající práce, kterou lidé vykonávají, avšak podstatné je, že spíše sleduje úlohu, kterou lidé hrají při vykonávání svých prací, než samotné úkoly, které plní. Analytické postupy při určování obsahu prací a rolí, které držitelé pracovních míst hrají, jsou prakticky podobné, ačkoliv cíle analýzy jsou poněkud rozdílné. Pracovní analýza poskytuje obraz o pracovním místě. Při analýze pracovních míst jde o proces zjišťování, zaznamenávání, uchovávání a vyhodnocování informací o úkolech, odpovědnosti, vazbách na jiná pracovní místa a podmínkách, za nichž se daná práce vykonává **(12)**.

Aby mohli analytici dostatečně prozkoumat jednotlivé druhy prací, vyvíjejí seznamy otázek či dotazníky, kterým se někdy říká *formuláře pro pracovní analýzu*. Dotazníky zjišťují povinnosti, odpovědnosti, schopnosti a výkonnostní požadavky na všech pracovních místech, která podléhají průzkumu **(50)**.

Cílem analýzy pracovního místa je popis pracovního místa, který zahrnuje design práce, pracovní vymezení a pracovní normy **(12)**.

Analýza práce zahrnuje údaje o pracovních činnostech, pracovním chování a schopnostech pracovníka. *Funkční analýza práce* charakterizuje jednotlivé pracovní procesy komplexně ve vztahu k údajům, lidem a věcem. *Kvantitativní analýza práce* zahrnuje seznam pracovních operací a pracovního chování. Kvantitativní přístupny umožňují zdokonalení kvality analýzy práce. *Popis práce* zahrnuje tři části: název práce, charakteristiku práce a popis práce. **(25)**.

Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče taxativně vypočítává a konkrétně stanovuje podmínky, za kterých lze vykonávat povolání zdravotnického pracovníka. **(51)**.

1.7.1.3. Nábor zaměstnanců

Jednou z nejzávažnějších činností personálních útvarů je nábor pracovníků. Náboroví pracovníci se zabývají vyhledáváním schopných a vhodných uchazečů o zaměstnání v dané organizaci.. Neexistuje jediná a nejlepší náborová metoda. Základními nástroji jsou však popis práce a pracovní vymezení. Cílem náboru je získání odborně i profesně vhodných pracovníků. **(25)**.

Nábor je proces, při kterém se vyhledávají a lákají schopní uchazeči o zaměstnání. Tento proces začíná vyhledáním nových zaměstnanců a končí předložením jejich žádosti o zaměstnání. Výsledkem je velké množství uchazečů, z nichž si organizace vybere. Podle zákona je povinností každého zaměstnavatele nahlásit všechny volné pracovní pozice na příslušný úřad práce.

Větší firmy specializované např. na informatiku využívají výchovy vlastních lidských zdrojů, zřizují vzdělávací centra, nabírají brigádníky z řad vysokoškoláků za účelem získání praktických zkušeností u konkrétní firmy.

Existují tři fáze získávání a výběru pracovníků:

1. *definování požadavků* - příprava popisů a specifikací pracovního místa, rozhodnutí o požadavcích a podmínkách zaměstnání;
 2. *přilákání uchazečů* - prozkoumání a vyhodnocení různých zdrojů uchazečů, uvnitř podniku i mimo něj, inzerování, využití agentur a poradců;
 3. *vybírání uchazečů* - třídění žádostí, pohovory, testování, hodnocení uchazečů, assessment centra, nabízení zaměstnání, získávání referencí, příprava pracovní smlouvy.
- (3).**

Nábor pracovníků z externích zdrojů však přináší jisté výhody, např. nové přístupy k řešení problémů v organizaci, nový leadership, převod zkušeností z jiných organizací, nezatížení tzv. "provozní slepotou" apod.

Některé organizace získávají především absolventy středních či vysokých škol pořádáním "dnů otevřených dveří". Další možností je reklama typu – plakáty, letáky, informace v novinách i plakáty a přesné informace přímo na školách. Pro specializované odborníky se vyhláší konkurzní řízení, která musí být uveřejněna v několika denících až tři týdny před realizací konkurzu. Informace o konkurzním řízení (datum, místo konání apod.) obsahují i přesnější požadavky pro uchazeče. Inzerce v novinách je finančně náročná a je tedy nutné, aby organizace zvážila jak finanční

náklady, tak zejména správně formulovaný a srozumitelný obsah inzerátu. Bohužel ne vždy je toto splněno **(25)**.

Zaměstnanci mohou personálnímu oddělení doporučit uchazeče o práci. I když jsou měřítko dané práce odlišná, doporučení kandidáti se většinou snaží pilně pracovat, aby nezradili toho člověka, který je do dané funkce doporučil **(1)**.

Získávání pracovníků pomocí internetu používá internet k inzerování nebo k informování o volných pracovních místech, poskytuje informace o pracovních místech a o zaměstnavateli a umožňují e-mailovou komunikaci mezi zaměstnavateli a uchazeči.

Školy jsou dalšími běžným zdrojem nových zaměstnanců. Mnohé univerzity a odborné školy nabízejí svým studentům a absolventům pomoc při jejich umístování. místních středních škol.

Existují další jiní externích služeb pomáhajících při získávání pracovníků – tedy zprostředkovatelských agentur nebo poradců vykonávajících alespoň počáteční práci v podobě "dodávání" vhodných uchazečů nebo dělání jakéhosi před výběru např. odborná sdružení, odborové organizace a agentury dočasné pomoci. **(50)**.

1.7.1.4. Výběr zaměstnanců

V novém zákoníku práce se v § 30 vymezují základní pravidla pro výběr fyzických osob (zaměstnanců) ucházejících se o konkrétní zaměstnání a postup zaměstnavatele při obsazování pracovního místa ve výběrovém řízení. Pokud zaměstnavatel hodlá obsadit určité pracovní místo výběrovým řízením, je povinen zveřejnit jeho podmínky.

Výběrové řízení, v němž se "*hledá*" vhodný zaměstnanec, musí vést zaměstnavatel neutrálně a nesmí odrazovat fyzické osoby z hlediska pohlaví, rasy, víry, věku apod. a rovněž výběr zaměstnanců musí provádět tak, aby nedocházelo k diskriminaci zaměstnanců.

Výběrový proces je souborem kroků, které musí uchazeči vykonat. Jen vržen obvykle tak, aby se jeho pomocí dali určit nejschopnější kandidáti, kteří se největší pravděpodobností úspěšně zhostí plnění pracovních vinností, a aby se dali vyškrtnout kandidáti, kteří by patrně při vykonávání daného povolání tak úspěšní nebyli.

Vhodně zvolený pracovník je totiž velikým přínosem pro podnik, a to nejen po stránce odborné či finanční, ale může se stát i výrazným stimulačním a harmonizujícím prvkem v zázemí firmy. Naopak špatně zvolený pracovník po stránce odborné a povahové může ve firmě napáchat takové škody a zmatky, které mohou ohrozit i existenci firmy samotné. **(3)**

Úkolem výběru pracovníků je rozpoznat, který z uchazečů o práci v podniku, shromážděných během procesu získávání pracovníků, bude pravděpodobně nejlépe vyhovovat požadavkům příslušného pracovního místa a přispěje i k harmonizaci mezilidských vztahů např. zlepšení sociálního a pracovního klimatu v podniku.

Mezi některé vnější (organizací neovlivnitelné) podmínky získávání pracovníků patří:

- a) podmínky demografická, např. reprodukce či mobilita obyvatelstva
- b) podmínky ekonomická, př. rozdíl mezi nabídkou a poptávkou na trhu práce
- c) podmínky sociální, např. orientace hodnotová, vzdělanostní, profesní, rodinná **(1,3,28)**.

Existují různá kritéria při výběru pracovníků – **Celopodniková** vyžadují takové vlastnosti, které samotná organizace požaduje u svých zaměstnanců za cenné a důležité např.: pružná organizace chce flexibilní zaměstnance, kteří akceptují časté změny. **Útvarová kritéria** se vztahují k vlastnostem, které by měl mít člověk pracující v určitém podnikovém útvaru..

Kriterium specifikace pracovního místa bylo dříve pro výběr pracovníka rozhodujícím, ale v současnosti, ač patří k nejdůležitějším, se rozhodující stává schopnost týmové práce. Současný trend spočívající v sestavování pracovních týmů je dán stále rostoucí složitostí a požadavkem specializace na dílčí úkoly, které i velice schopný pracovník nemůže tak efektivně vykonávat jako dobře sehraný pracovní tým.

Ve všech bodech úzce spolupracuje s vedoucími pracovníky – především liniiovými manažery, kteří právě potřebu získávání pracovníků na konkrétní pracovní místa identifikují. **(13,3).**

1.7.8. Rozvoj a hodnocení pracovníku

Rozvoj a hodnocení pracovníků vychází ze změny, kdy pracovníci během působení v organizaci mění horizontálně nebo vertikálně své postavení. Pod horizontální změnou se rozumí rozšíření profese o podobnou další nebo rekvalifikaci pracovníka. Vertikální změna je — postup ve vertikální hierarchii organizace, např. z pozice řadového pracovníka na vedoucího oddělení. **(19).**

1.7.2.1. Nejčastější metody rozvoje zaměstnanců (vzdělávání, rekvalifikace, doškolování.)

V dnešní době se stávají informace, znalosti a vzdělání rozhodujícími faktory úspěchu organizace. Proto je nezbytné znalosti efektivně generovat, řídit a zajistit jejich přenos do míst, kde jich lze nejlépe využít.

System vzdělávání pracovníků v organizaci zahrnuje orientaci pracovníků, prohlubování kvalifikace, přeškolení, vedle rozvoje odbornosti sleduje rozvoj

osobnosti, zaměřuje se na specifické skupiny pracovníků (dělníci, vedoucí pracovníci, technickohospodářští pracovníci, specialisté).

Vzdělávání zdravotních pracovníků tvoří součást systému zdravotní péče, nikoliv jeho nadstavbu, neboť kvalita jejich vzdělání přímo ovlivňuje kvalitu poskytované zdravotní péče.

Procesní učení se v rámci podniku uskutečňuje na třech úrovních :

- a) Vzdělávání (training) - získávání znalostí, dovedností a postojů, které se projevují ve zlepšeném výkonu stávajícího pracovního místa.
- b) Rozvoj (development) - získávání znalostí a přístupů požadovaných z hlediska dlouhodobých cílů na straně individuálního růstu kariéry i na straně podniku.
- c) Organizační rozvoj (organizational development) - proces zlepšování fungování organizace a podmínek pro práci.

Vzdělávání, další rozvoj jednotlivce a organizační rozvoj jsou vzájemně provázány. Všechny tři tyto formy podnikového učení mají za cíl zlepšení efektivity podniku prostřednictvím zlepšení kvality lidských zdrojů jako svého nejcennějšího aktiva. Z organizační perspektivy lze rozvoj lidských zdrojů charakterizovat jako proces hodnocení schopností zaměstnanců a na jeho základě formování programů, které umožní zaměstnancům využít jejich plný potenciál ve prospěch naplnění podnikových cílů. Vztahuje se také k vytvoření správné atmosféry v organizaci, která umožní optimální výkon. **(45,46).**

Metody vzdělávání na pracovišti při výkonu práce jsou skupiny metod, kdy zkušenější pracovník nebo nadřízený ukazuje méně zkušenému pracovníkovi, jak vykonávat práci, a zpravidla jej při tom kontroluje a usměrňuje např. instruktáž při výkonu práce, coaching, mentoring, counselling, asistování, pověření úkolem a rotace práce.

Mezi některé metody používané ke vzdělávání mimo pracoviště při kterých si pracovníci osvojují nové znalosti a dovednosti ve vzdělávacích zařízeních či kurzech jsou např. přednášky, distanční výuky, studie, workshop a brainstorming.

Výcvik a doškolení je neustálý proces napomáhající zaměstnancům podávat vysoký výkon od prvního dne zaměstnání. Slouží k soustavnému zlepšování schopností pracovníka vykonávat svou práci. Ať už se odehrává na pracovišti nebo ve speciálním školicím zařízení, měl by být tento proces vždy monitorován a řízen odborníky na vzdělávání.

V podnicích je třeba vytvořit systematický proces podnikového vzdělávání, který by splňoval funkci získávání a osvojení si potřebných znalostí a dovedností, ale především funkci motivační.

Nejedná se pouze o pohled podniku přesvědčit své zaměstnance o nutnosti permanentního učení, ale jedná se i o ambici samotného zaměstnance na sobě celý život pracovat, znát svou cenu a tu svým permanentním rozvojem dále zvyšovat.

Podniku nejde pouze o to, získat ty nejlepší zaměstnance, ale především o to, aby si ty nejlepší dokázal udržet. Právě zde hraje proces systematického podnikového vzdělávání nezastupitelnou úlohu.

1.7.2.2. Formy motivace zaměstnanců jako jeden z nástrojů rozvoje zaměstnanců

Motivací člověka rozumíme soubor činitelů představujících vnitřní hnací síly jeho činnosti, které usměrňují lidské jednání a prožívání.

Motivace znamená vytvořit u lidí vnitřní zájem, ochotu a chuť se angažovat při plnění jim svěřených úkolů.

Motivaci lze jednoduše vyjádřit i jako řetězec návazných reakcí kdy pocit potřeby vede ke vzniku přání dosáhnout určitého cíle. Vědomí tohoto cíle vyvolává napětí, které vyúsťuje do aktivit (úsilí), jež směřují k dosahování cílů. Výsledkem dosažení cílů je uspokojení.

Motivace integruje psychickou a fyzickou aktivitu člověka směrem k vytyčenému cíli. Je vázána na vnitřní podněty člověka. Představy, tužby, zájmy a hlavně neuspokojené potřeby vyvolávají psychické napětí, které se stává impulsem k určitému chování jedince. Potřeby můžeme rozdělit na primární (fyziologické) a sekundární, které jsou ovlivňovány vnějším prostředím.(50).

Prvotním impulsem motivace určitého chování je motiv, který můžeme deňnovat jako každou vnitřní pohnutku podněcující jednání člověka.

Ani lákavý stimul se nemusí stát motivem snažení, jestliže nedojde ke kladné odezvě ve struktuře osobnosti pracovníka, jestliže nevyvolá kladnou citovou odezvu a myšlenkovou aktivitu jedince.

Mezi základní zdroje motivace řadíme: **Potřeby**, které energetizují, zaměřují (usměrňují) a udržují jednání člověka k dosažení cíle. **Postoj** který představuje pohotovost člověka reagovat určitým způsobem na motivačně závažný podnět. **Zájmy** představují v motivační struktuře osobnosti trvalejší zaměření člověka na určitou oblast a podněcují nás k činnosti a tím k uspokojování motivů. **Hodnoty** jsou důležitým činitelem motivačního zaměření osobnosti a uplatňují se jako regulátor lidského chování. (42,1)

Ve shodě s obecnou teorií motivace lze zvyšování pracovní spokojenosti docílit zajištěním tří

základních podmínek:

1. Pracovník má mít takový přehled o výsledcích své práce, aby mohl posoudit hodnotu dosaženého výsledku podle měřítek vlastního hodnotového standardu.
2. Pracovník má prožívat odpovědnost za výsledky své práce (aspekt osobní kontroly).
3. Pracovník musí chápat svou práci jako významnou.

1.7.2.3. Metody hodnocení zaměstnanců

Hodnocení je používáno za nástroj vhodný pro zjištění skutečné úrovně pracovníků na poli odborném, pracovním a zčásti i osobním. Prostřednictvím hodnotících testů, zkoušek i pohovorů je monitorován pracovní výkon konkrétní osoby. Výstupem z procesu hodnocení je závěr vypovídající o výsledcích práce v daném časovém intervalu. Jedním z důležitých vlastností celého hodnocení je schopnost motivovat pracovníky pro další pracovní činnost. **(25)**

Cílem hodnocení pracovníků je zjistit možnosti dalšího využití pracovníka v podniku a diferencovat odměňování, seznámení pracovníka s těmito možnostmi a zjistit představy pracovníka v oblasti odměňování.

Metody hodnocení práce mohou být zhruba rozděleny na tyto typy: neanalytické (sumární), analytické, jedno faktorové, založené na dovednostech a schopnostech, tržního oceňování a systémy používané poradenskými firmami v oblasti řízení, tedy tzv. „soukromé“ nebo li „značkové“ metody.

Metody založené na dovednostech nebo schopnostech hodnotí spíše lidi než práce, a to v podobě jejich vlastností a schopností. Metody poradců řízení — řada poradenských firem v oblasti řízení nabízí své vlastní „autorizované systémy“ nebo li „značkové metody“.

Metoda pořadí je sumární, neanalytický přístup, který porovnává práce jako celek a nesnaží se odděleně hodnotit různé stránky prací. **Klasifikační**, neboli katalogová metoda je rovněž neanalytickou, sumární metodou, která porovnává práce jako celek s nějakou stupnicí, v tomto případě definovanou v podobě stupňů (tříd). **Vnitřní poměřován** je to, co lidé, když rozhodují o hodnotě prací, často dělají intuitivně. Hodnocení pomocí vnitřního poměřování prostě znamená porovnávání sledované práce s jakoukoliv modelovou prací existující v podniku, která je uznávána za správně zařazenou a odměňovanou, a zařazení sledované práce do stejného stupně, jako je práce sloužící za vzor. **Bodovací metoda** je analytickou metodou hodnocení práce používající porovnávání práce s určitou stupnicí. (25)

Bodovací metoda je založena na faktorovém schématu (plánu), které se skládá z:

- výběru faktoru, které budou ve schématu použity;
- hodnotících stupnic faktoru;
- váhy faktorů. (3).

Hodnocení pracovníků je realizováno průběžně, příležitostně a v rámci systematického (výročního) hodnocení. Hodnotitelem je zpravidla přímý nadřízený, hodnotit mohou také spolupracovníci, podřízení, experti (psycholog), třetí osoba (klient), tým hodnotitelů.

1.7.3. Odměňování a zabezpečení

1.7.3.1. Management odměňování

Odměňování je považováno za jeden z nejefektivnějších nástrojů motivace pracovníků, je nástrojem ovlivňování jejich pracovní výkonnosti. Odměna v peněžní či

nepeněžní formě je kompenzací za práci. Odměny jsou vázány na povahu a význam práce, na výkon pracovníka, vyplývají z pracovního poměru. **(1)**

Odměnou může být povýšení, zajímavý úkol, veřejné ocenění výsledků práce, péče o pracovní prostředí. Zaměstnavatelé poskytují pracovníkům odměny vázané na výkon i odměny na pracovním výkonu nezávislé. Složky systému odměňování pracovníků v organizaci jsou peněžní odměny (základní peněžní odměna, dodatečné peněžní odměny), zaměstnanecké výhody, nepeněžní odměny a procesy řízení pracovního výkonu. Systém odměňování v organizaci by měl vždy odpovídat jejím potřebám a možnostem, potřebám pracovníků, měl by být racionální, stabilizovat pracovníky, měl by být atraktivní pro uchazeče o zaměstnání. **(9)**

Systém odměňování ovlivňují vnitřní faktory (postavení, úkoly a odpovědnost pracovního místa v podnikové hierarchii, pracovní výkon a pracovní chování pracovníka, pracovní podmínky) a vnější faktory (ekonomická a sociální politika, trh práce, populační vývoj, profesně-kvalifikační struktura lidských zdrojů, úroveň odměňování u konkurence, v odvětví, v regionu, legislativa, kolektivní vyjednávání). **(40)**.

Tradičně se za odměnu považuje mzda, plat, nebo jiné formy peněžní odměny, které jsou poskytovány pracovníkovi za vykonanou práci. **(2)**

Formy odměňování je možné rozdělit na:

a) Hmotné odměny a hody

- přímé odměny ve finančním vyjádření (např. mzdy a platy),
- nepřímé odměny a výhody ve finančním vyjádření (např. použití osobního vozu pro služební i osobní použití),
- nepřímé odměny a výhody v nefinančním vyjádření (např. prvotřídní vybavení pracoviště),

b) Nehmotné odměny a hody, například

- prestižní účast na některých rozhodovacích procesech,
- zvýšená osobní pravomoc rozhodování v určitých otázkách,
- možnosti preferenčního osobního růstu — například účast na významných konferencích, setkáních odborníků,

Aby byl systém odměňování v podniku úspěšný a efektivní, je nutné dodržovat určité rady. Mezi tyto rady např. patří úroveň mezd a platů by se neměla odchylovat od úrovně převažující ve společnosti, stejná práce by měla být stejně odměňována, zaměstnanci by měli být přiměřeně informováni o postupech používaných ke stanovení mzdových tarifů apod. **(17)**.

1.7.3.2. Formy zabezpečení zaměstnanců

Sociální výhody a služby poskytované zaměstnancům se ze všech forem odměňování vyvíjejí nejrychlejším tempem. Zaměstnanci dávají sociálním výhodám, získaným prostřednictvím zaměstnavatele, přednost proto, že se tím sníží jejich vlastní výdaje, že má tento systém určité daňové zvýhodnění a chrání je před důsledkem inflace. **(16)**.

Sociální výhody se dělí do čtyř hlavních skupin: pojištění, zabezpečení, dovolené a volna, úpravy pracovní doby. V zájmu úspory administrativy většina firem neposkytuje ve svých systémech nepřímého odměňování individualizované programy, které si však získávají stále větší obliby **(6)**.

Služby péče o pracovníky spadají do dvou kategorií:

- individuální nebo osobní služby související s nemocí, úmrtím blízké osoby, rodinnými problémy, problémy v zaměstnání a problémy starších nebo penzionovaných pracovníků;

- skupinové služby orientované na sportovní a společenské aktivity, kluby pro penzionovaný personál a pomoc dobročinným organizacím.

Služby skupinové péče tvoří hlavně stravovací zařízení, sportovní a společenské kluby a zařízení péče o předškolní děti (jesle, mateřské školky), i když některé podniky navíc podporu jí různé dobročinné společnosti, které poskytují další pomoc a v případě potřeby i finanční prostředky.

Problémy v zaměstnání Problémy v zaměstnání by se měly normálně řešit pomocí rozhovoru pracovníka s jeho nadřízeným nebo vedoucím týmu, popřípadě prostřednictvím podnikového postupu pro řešení stížností **(3)**.

Péči o pracovníky můžeme rozdělit do tří skupin :

- povinná péče o pracovníky daná zákony, předpisy a kolektivními smlouvami nadpodnikové úrovně,
- smluvní péče o pracovníky daná kolektivními smlouvami uzavřenými na podnikové úrovni,
- dobrovolná péče o pracovníky, která je výrazem personální politiky zaměstnavatele. **(12)**.

Služby péče o pracovníky lze zabezpečovat jak pomocí vnitropodnikových konzultačních služeb, tak pomocí externích agentur provozujících programy pomoci pracovníkům.

Jestliže manažery plní spíše svou normální roli vedoucích týmů než svou tradiční autokratickou a direktivní roli, měli by mít dostatečně blízko ke všem členům svého týmu, aby znali osobní problémy ovlivňující jejich práci. Měli by být vyškoleni pro rozpoznávání symptomů a přinejmenším by měli být schopni lidem říci, kde se

mohou poradit v případech, kdy je jasné, že potřebují pomoc, kterou jim vedoucí týmu nemůže poskytnout. (27)

1.8. Ustavní péče domovy důchodců – domovy pro seniory v ČR

Domovy důchodců by měly seniorům zajišťovat komplexní péči. Bohužel tomu tak není vždy, v domovech důchodců není často poskytována adekvátní ošetrovatelská a rehabilitační péče.

Do domova důchodců jsou přijímáni občané, jejichž věk je postačující pro přiznání starobního důchodu a pro trvalé zdravotní změny potřebují komplexní péči, kterou nemohou zajistit členové rodiny, pečovatelská služba, (agentura) sociální péče, nebo umístění potřebují z jiných závažných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotním zařízení. (43).

Jedná se o pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení poté, co už pominula zdravotní indikace. Nejčastěji se jedná o člověka, který byl léčen, rehabilitován, jeho stav je velmi uspokojivý, takže je schopen být doma za předpokladu určitého servisu. Tímto se myslí zajištění služeb např. typu nouzového volání v případě akutního zhoršení stavu, určité úpravy bytu, vybavení kompenzačními pomůckami, poskytování některých, převážně sociálních služeb a občasných návštěv domácí péče.

1. 8.1. Domovy důchodců (domovy pro seniory) v ČR – dějiny a formy

V Čechách měli staří lidé stejný osud, jako jinde v Evropě žili doma, a pokud byli chudí, „někdo“ se o ně postaral. Ten někdo mohl být rodinný příslušník nebo cizí bohatý člověk. Od středověku lze datovat a také sledovat, pohnutou historii ústavní péče

o staré, nemocné a chudinu také v ČR. Uvádí se, že v Čechách existovali tři základní typy ústavní péče, v nichž charitativní pomoc dominovala. (30)

Středověké špitály představovaly útulky pro nemocné lidi i pocestné, tuláky, nezaměstnanou chudinu a všechny potřebné. To znamená, že ve špitálu nacházeli pomoc i mladší lidé. Věková skladba se však postupně měnila, starých a starých, nemocných lidí přibývalo. Lze souhlasit, že špitály byly 'skutečně první institucí pro dlouhodobý a hlavně trvalý pobyt starých lidí. **Klášterní nemocnice** reprezentovaly druhý typ ústavní péče. Ty ovšem fungovaly, jeli pra hrstku vyvolených. Nemocní se rekrutovali z řad řeholníků či šlechtických rodin, které dotovaly řád. Ošetřující byli příslušníky řádu zřizujícího nemocnici. Ani úroveň těchto nemocnic nebyla nijak skvělá, neboť ošetřující se věnovali především náboženským úkonům. Vlastní ošetřování nemocných bylo pokládáno za ponižující práci a bylo jí dokonce opovrhováno. **Nemocnice pro málo nemocné**, nebo různými infekčními chorobami stížené osoby měly v době epidemie charakter zařízení azylové péče, respektive vyhnanství. Jejich hlavním posláním bylo separovat nebezpečné nemocné od ostatních osob. Nemocnice blíží se dnešnímu terapeutickému pojetí péče, byly zakládány v ČR od 17. století. (43,30,34).

Péče v chudobincích byla obecně na nízké úrovni a zpravidla si ji poskytovali nemocní navzájem. Ošetřovatelství bylo prezentováno výlučně na laické úrovni. V roce 1929 vzniká první klinika nemocí stáří na světě v Praze — **Krči**.

V roce 1950 socialistická společnost přebírá péči po stránce materiální, sociální i zdravotní o své seniory. V roce 1974 vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN).

Zlatým věkem klasických domovů důchodců byla 50. až 70. léta 20. století. Kapacita domovů důchodců sice nebyla dostatečná, ale podmínky pro jejich činnost byla relativně příznivá. Od 70. let se i v našich podmínkách začala projevovat krize tradičních domovů důchodců, s tím jak se zlepšovaly bytové podmínky obyvatelstva,

tak se i zvyšovala soběstačnost až do pokročilých fází úbytku funkční zdatnosti. I při hraniční soběstačnosti pomáhaly zachovat zabezpečení nastupující terénní služby (pečovatelská služba a sestry pro návštěvní službu u starých a dlouhodobě nemocných). Lidé tak přicházeli do domovů důchodců v pozdějším stádiu nezdatnosti, v horším stavu., tím byly domovy důchodců nuceny vytvářet ošetrovatelská oddělení v domovech důchodců. Oproti původnímu schématu domovy důchodců pro zdravé a LDN pro nemocné seniory tak vyvstala potřeba jiného oddělení přístupu odpovídajícího zkušenostem hospodářsky vyspělých zemí. Jednalo se o nahrazení domovů důchodců zařízeními typu domu s pečovatelskou službou (DPS či domovů-penzionů pro důchodce (DPI)).(40,43,).

1.8.2. Náplň práce v domovech důchodců

Domovy – penziony pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.. Do těchto domovů však nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Péče o staré občany podle nejnovějších poznatků musí zahrnovat čtyři podstatné složky: **individuální, sociální, zdravotní a hmotnou**. Starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti, musí být v rámci určitého rodinného či jiného integrovaného společenství

a toho je možno dosáhnout jen za předpokladu přiměřeného zdraví a jisté úrovně hmotné zajištěnosti.

Paradoxně byla v dějinách lidstva nejprve řešena otázka přiměřeného materiálního zabezpečení, později byla akcentována péče o zdraví, Teprve v posledních letech se stává aktuální problematika psychické pohody a sociální pospolitosti a dodejme, že je tomu právě proto, že ty první dva předpoklady života ve stáří byly v podstatě splněny. Požadavky dnešního člověka i dnešního starého člověka jsou vysoké.**(komplex.papiry).**

Sociální práce podporuje u klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, co nejdůstojnější způsob života.**(12. soc.papiry).** Podle Matouška, Kodymové, Koláčkové přináší sociální práce se staršími lidmi určité problémy a kritické momenty, na které je třeba upozornit. **(49.)**

U sociálních pracovníků se předpokládá, že znají poměry ve svém obvodu. Seznámí seniora s nabídkou všech zařízení, které má město k dispozici. Pomohou s vyplněním přihlášky, tu pak předají příslušnému odboru sociálních služeb, který je odborným garantem pro tuto činnost. Potom následuje nezbytné ověření zdravotního stavu žadatele a jeho sociální situace. Po proběhlém přijímacím řízení je vydáno rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů na umístění do domova důchodců.

Klientům jsou poskytovány služby, na které mají v rámci ubytování nárok: čtvrtletní úklid, vyčištění oken, vyprání záclon a závěsů, 1krát měsíčně vyprání lůžkovin. Dále se mohou žádat o nadstandardní služby, které jsou zvláště hrazené a mezi které patří: donáška oběda, nákupu, léků z lékárny, doprovod na úřad, vyprání a vyžehlení osobního prádla, denní, týdenní či měsíční úklid.

Přijatým obyvatelům do domova důchodců je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, na které se podílí specializované sestry, včetně rehabilitační sestry. Dále je poskytována i lékařská péče, kterou zajišťují denně dle ordinačních hodin lékaři

– neurolog, psychiatr, urolog, oční lékař a optik. Kromě zdravotní péče, je v těchto zařízeních také myšleno na psycho-sociální péči, kterou zajišťují sociální pracovníci a geriopracovníci. Sociální pracovníci se zabývají sociální gerontologií, která je zaměřena na mezilidské vztahy – člověk a společnost. Geriopracovníci se věnují sociálnímu ošetřovatelství, které spočívá ve vyhledávání individuálních potřeb klientů. Vyplňují volný čas klientů, věnují se hlavně klientům upoutaným na lůžko např. jim předčítají. S těmi mobilnějšími hrají různé hry, chodí s nimi na procházky, pořádají pro ně různé turnaje, zpívají s nimi. Klienti, kteří nejsou upoutáni na lůžko mohou rovněž navštěvovat dílnu v rámci ergoterapie, kde se věnují pletení, vyšívání, háčkování, malování, vyřezávání ze dřeva, pod vedením ergoterapeutky.

Klientům je také poskytována ošetrovatelská péče, jejíž součástí je rehabilitační péče, kterou zajišťují dvě rehabilitační pracovníce. Tyto pracovníce zajišťují klientům léčebnou tělesnou výchovu, masáže, parafínové zábaly, elektroléčbu a vodoléčbu. Také ordinují další odborní lékaři – psychiatr, neurolog, oční lékař, kožní lékař a urolog, kteří pravidelně docházejí do zařízení. **(41,20)**

Zatím se nedaří poskytnout starým lidem skutečně „vše“. Někdy se komplexní péče blíží ideálu, jindy „skřípe“. To či ono není dostupné, nebo chybí vůbec. Staří lidé na to poukazují s lítostí, příbuzní s agresí. Často dávají svoji nevoli znát. Lidé hanlivě hovoří o domovech důchodců, nezdědka se nechvalně vyjadřují o jiných typech ať již sociální či „zdravotnické“ institucionální péče. Žádají okamžitou změnu k lepšímu, ale sami nechtějí nic měnit. **(20)**.

1.8.3. Domovy důchodců a legislativní podpora

Do domovů důchodců jsou přijímáni především senioři relativně zdraví. Vyhláška č. 182/1991 Sb., provedení zákona o sociálním zabezpečení, ve své příloze č. 7 upravuje zdravotní postižení podmiňující přijetí a vylučující přijetí do ústavů sociální

péče (kam patří i domovy důchodců). V případě, že není v domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, není možné osoby trpící zdravotními postiženími uvedenými v příloze 7 výše uvedené vyhlášky do tohoto domova přijmout. Zdravotní resp. ošetrovatelskou péči ústavům zdravotní pojišťovny zpravidla nehradí. Platí ji zřizovatelé ústavu.

Podle nového zákona, který vyšel 31. března 2006 ve Sbírce zákonů zákon o sociálních službách, se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. z něj je patrný postoj, že by senioři měli být co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a využívat sociálních sužeb, případně péče lidských osob **(53)**.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.9. Hospice v ČR

Hospic je zařízením, jež pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje paliativní lékařskou péči těm, u nichž medicína vyčerpala všechny své možnosti ke zlepšení zdravotního stavu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tuto péči jako „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin.

V hospici je zejména usilováno o to, aby byla za každých okolností zachována důstojnost člověka, aby netrpěl bolestí, a aby v posledních chvílích nezůstal osamocen.

1.9.1. Zařízení hospiců v ČR – dějiny a formy

Hospic je dnes zařízení pro nevléčitelně nemocné, dříve to býval útulek pro poutníky. Čeština toto slovo převzala z německého **Hospitz** (noclehárna spravovaná církví), ale vztahuje se k lat. **hospitium** (pohostinství, přátelské přijetí, hostinec) od **hospes**, gen. **hospitis** (host).

V časech christianizace Evropy vznikaly hospice podél cest, jež vedly do Svaté země. Byly zřizovány mnichy (např. Hospice v malém a velkém průsmyku svatého Bernarda v Alpách) nebo laickými bratrstvy. Poutníci se v nich mohli zastavit a odpočinout. Byla jim zde poskytnuta tehdy dostupná ošetrovatelská péče a duchovní podpora. Často byli natolik vyčerpaní útrapami svého putování, že zde umírali. **(34,43)**

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých kláštorech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen (většinou vdov), které se plně věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. **(34,22,20)**.

Svízelná situace umírajících otřásla zdravotní sestrou a sociální pracovnící Cicely Saundersovou. Její osobní zkušenost s umírajícím milovaným člověkem se jí stala životní výzvou; pomohla jí ujasnit si základní potřeby umírajících lidí a též možnosti, jak by bylo možno je naplnit.

V USA se téměř současně se vznikem sv. Kryštofa v Londýně vyvíjely alternativní hospicové přístupy. Již v roce 1974 vznikl v New Havenu, ve státě Connecticut, první hospicový tým, který poskytoval své služby v domácnostech nemocných. Zakladatelka hospicového hnutí v České republice je MUDr. Marie Svatošová která výstižně uvádí, že hospic je „umění doprovázet“.

V ČR bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení. Na filozofii prvního moderního hospice, který založila Cecily Saundersová v Anglii, navazuje v roce 1995 první hospic Anežky České, který zakládá MUDr. Marie Svatošová v **Červeném Kostelci**, jehož zřizovatelem je Diecézní charita v Hradci Králové. Dva roky po Hospici Anežky České v Červeném. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou (34).

Hospicová péče může nabývat různých forem. Může být poskytována v domácnosti nemocného, jako tzv. domácí péče, nebo ve speciálních zařízeních, buď ambulantní, nebo hospitalizační formou.

Stacionární způsob hospicové péče znamená, že nemocný je hospitalizován v hospicu, v zařízení specializovaném na léčbu bolesti, nebo do něj během dne dochází (tzv. denní stacionář). Důraz je přitom kladen na komplexnost poskytované léčby. Kromě tišení bolestí a zvládnutí obtížných symptomů nemoci se dbá i na ostatní pacientovy potřeby, z oblasti psychologické, spirituální, sociální a kulturní. Domácí hospicová péče znamená, že klient zůstává ve svém přirozené prostředí a odborná pomoc (lékař, zdravotní sestra, psycholog nebo duchovní) za ním dochází. Bývá zprostředkovávána nejčastěji církevními organizacemi (Charita, Diakonie), někdy

agenturami domácí péče (home care). Lůžková hospicová péče je určena pacientům, u kterých se nepředpokládá život delší než 6 měsíců a kteří souhlasí s umístěním.

1.9.2. Naplnění práce v hospicích

V průběhu života se lidské potřeby mění podle věku, životního prostředí, sociální kultury a víry. Potřeby člověka může ovlivnit nemoc, ale velmi významně ovlivní potřeby člověka nemoc nevyléčitelná.

Náplní a činností těchto zařízení (již existujících i plánovaných) je poskytování lůžkové, ambulantní a případně stacionární formou prováděné léčby bolesti a ostatních komplikujících symptomů v rámci paliativní medicíny pacientům všech věkových skupin, u nichž náročnost léčebné a ošetrovatelské péče přesahuje možnosti terénní péče. Hlavní indikací k přijetí do těchto zařízení je situace, kdy kontrola symptomů doprovázejících postupující inkurabilní onemocnění, je méně než ideální. **(20)**

Častými pracovníky v hospicích jsou lékaři, zdravotní sestry, psycholog, pastorační pracovník (duchovní), ošetrovatele, fyzioterapeuty, lékaři – konzultanti, dobrovolníci a koordinátoři dobrovolníků

Úkolem lékaře je odborné vedení paliativní léčby umírajícího klienta, zejména nastavení optimální léčby bolesti a jiných symptomů.

U těchto lékařů jsou časté kvalifikační požadavky: odborné vysokoškolské vzdělání (ukončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství na lékařské fakultě), atestace minimálně I. stupně (nejlépe z oboru všeobecné lékařství, vnitřní lékařství nebo neurologie), praxe v zařízení specializované paliativní péče (lůžkový hospic), postupně dokončené nejvyšší dosažitelné odborné vzdělání v paliativní péči.

Zdravotní sestra poskytuje pacientovi kvalifikovanou odbornou péči podle stanovené léčby (převazy, ošetřování dekubitů, polohování, intravenózní aplikace léků apod.) a vede zdravotní dokumentaci pacienta. Úzce spolupracuje s lékařem. Osobní přítomnost zdravotní sestry u lůžka pacienta je podle potřeby i každodenní.

Kvalifikační požadavky zdravotní sestry jsou: ukončené ošetrovatelské vzdělání, nejméně tříletá praxe jako hlavní zaměstnání v průběhu posledních pěti let v nemocnici, v ošetrovatelském zařízení nebo hospici, praxe na oddělení paliativní péče, v lůžkovém nebo ambulantním hospici, absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích kurzů v oblasti paliativní péče organizovaných příslušnými vzdělávacími institucemi.

V některých případech může u klientů dojít k náročně zvládnutelným situacím v oblasti psychické a emoční roviny, jež si vyžádají pomoc kvalifikovaného psychologa. Okamžitou psychologickou podporu mohou potřebovat i členové hospicového týmu.

Duchovní služba u lůžka umírajícího člověka je důležitá a potřebná. Umírajícímu člověku a jeho rodině je tato služba nabídnuta. Podle přání pak může mít podobu návštěvy katolického duchovního (vč. udělení svátosti nemocných – tzv. „posledního pomazání“) nebo duchovního jiné církve. (20).

U složitějších případů hospicové péče, nebo v případě většího vytížení zdravotní sestry (např. asistuje-li u několika případů hospicové péče najednou), může některé ošetrovatelské výkony provádět ošetrovatel (s příslušnou, tomu odpovídající zdravotnickou kvalifikací).

V péči o terminálně nemocného pacienta je třeba zvládnout přiměřenou manipulaci s ním, aby se zabránilo bolestivým nebo poškozujícím pohybům. Proto je prospěšné, mají-li členové týmu hospicové péče, kteří jsou s nemocným v kontaktu, možnost konzultovat s fyzioterapeutem přiměřený způsob manipulace s nemocným.

Klientům v hospicích je poskytnuta paliativní péče. Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. **(20)**.

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin. (Světová zdravotnická organizace, 2002).

Sít' pracovišť léčby bolesti a paliativní medicíny je tvořena zařízeními, která jsou v gesci odborné společnosti a poskytují pacientům podle povahy jejich onemocnění a závažnosti jejich zdravotního stavu a jejich sociálnímu zázemí péči domácí, ambulantní, péči v denních stacionářích a lůžkovou. Nejčastěji se vyskytují v rámci paliativní péče pracoviště typu samostatného zařízení – hospic a samostatná oddělení typu hospic v rámci nemocničního zařízení. **(49)**.

Snad právě poslední rovina bývá v prostředí hospice pro většinu klientů nejdůležitější. Vyslechnout a pohovořit s klientem o jeho problémech, bolestech, pocitech i životních zkušenostech bývá pro mnoho z nich významnou posilující složkou v této, pro ně tak obtížné situaci.

Mezi některé specifické ošetřovatelské intervence (zásahy, úkony), které sestra poskytuje, řadíme:

- .Bolest a její vnímání pacientem, sledování a hodnocení sestrou
- Dušnost, individuální projevy, subjektivní a objektivní příznaky

- Úroveň pohyblivosti a s tím související schopnost postarat se o sebe
- Fyziologické funkce, jejich odlišnosti od norem
- Způsob a četnost vyprazdňování
- Návštěvy příbuzných a reakce na ně
- Duchovní potřeby nemocného
- A další skutečnosti podle stavu pacienta

Pomoc poskytovaná klientům hospice nemůže být bezbřehá. I pomáhající je člověk s omezenými možnostmi a má i jiné povinnosti, i ke své rodině a k sobě. Ani se nemůže trvale přepínat, jinak hrozí vyčerpání a vyhoření. Toho si musí být doprovázející duchovní sám vědom. Zároveň by však měl představovat i jakousi tichou oporu a preventivní pomoc pro celý tým instituce i všechny jeho jednotlivé členy.

Z organizačního hlediska je nutné, aby ve spolupráci duchovního s vedením hospice bylo vyřešeno mnoho okruh otázek, např. zodpovědnost a kompetence duchovního, zřízení a provoz kaple, pracovní duchovního, složení profesionálního jádra jeho týmu a způsob komunikace uvnitř týmu i s ostatním personálem instituce, vedení dokumentace a přístupové kompetence. Dále je zapotřebí zajistit vztahy k ostatním církvím a operativní komunikaci s nimi v konkrétních potřebách, a zároveň i ochranu pacientů před nežádoucím působením v duchovní oblasti ze strany hyperaktivních jedinců nebo i sekt.

Podstatnější než organizační začlenění je neformální postavení duchovního v celém týmu hospice. Této citlivé okolnosti je nutno věnovat maximální pozornost od počátku. Co platný je sebelepší duchovní, když působí v prostředí mrazivém, cítí se vetřelcem a v pravý čas se nedoví, za kým a proč by měl jít. Zejména úzce spolu souvisí služba duchovní, psychologická a sociální. Jejich hranice lze vymezit, ale především je nutné usilovat o vztah důvěry a spolupráce mezi těmi, kdo tyto služby poskytují. (37).

1.9.3. Hospice a legislativní podpora

Vytvářením standardů ošetrovatelských postupů je pověřena skupina odborníků v oboru Léčby bolesti a paliativní medicíny. Standardy ošetrovatelských postupů jsou pro jednotlivé ošetrovatelské výkony v současnosti vypracovávány v rámci pověřené skupiny. Národní standardy zpracovává skupina ustanovena při MZ ČR v úzké spolupráci s orgány MZ ČR vč. hlavní sestry Ministerstva zdravotnictví ČR, jedná se i ošetrovatelské standardy.

Ministerstvo zdravotnictví vytváří podmínky pro poskytování paliativní péče pacientům v terminálních stavech zhoubných onemocnění. Podporuje budování hospiců – zdravotnických zařízení pro paliativní léčbu a tišení chronické bolesti, sloužící nevyhládně nemocným nebo nemocným trpícím chronickou bolestí. Hospice slouží jako centra paliativní péče v regionech.

V roce 2004 vyšlo již druhé vydání monografie prof. Jiřího Vorlíčka Paliativní medicína (první vydání v roce 1998). Nemalý vliv především na rozvoj hospicového hnutí měly také publikace (především „Hospice a umění doprovázet“) a propagační činnost MUDr. Marie Svatošové.

Teprve v létě 2006 po interpelaci poslanecká sněmovna do zákona č.48/1997 Sb. doplnila §22a s názvem "Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková – ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu." Po následném schválení Senátem a prezidentem republiky tato novela nabyla platnosti.

1.9.4. Osobnost a role doprovázejícího člověka v hospici

Osobnost pečujícího má velký vliv na péči poskytovanou umírajícím. Osobnostní předpoklady jsou pro práci stejně důležité a možná ještě důležitější než odborná kvalifikace. Doprovázení umírajících vyžaduje mnoho síly a konfrontuje člověka s jeho

vlastní konečnosti. Je třeba, aby si pečující uvědomil své vlastní postoje k podstatným otázkám smrti a umírání, které tak ovlivňují jeho způsob péče.**(32)**.

Pečující by měl především rozumět sám sobě. Sebeuvědomění spočívá v tom, že zná vlastní hodnoty, motivaci, postoje a přesvědčení. Když si uvědomí své vlastní problémy, předsudky, strach i naději, bude lépe vnímat problémy pacientů, o které pečuje. Pro práci s umírajícími je velmi důležité, aby byl pečující určitým způsobem vyrovnán s vlastní smrtelností. Odmítá-li se pečující touto otázkou zabývat, bude pro něj nemožné problematiku smrti sdílet se svými klienty. Rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační schopnosti ošetřujícího personálu. Nedostatek těchto dovedností může způsobit velmi nevhodné komunikační bariéry pro umírajícího, pro kterého je otázka vlastní smrtelnosti zásadní otázkou. Jedině ten, kdo přemýšlel o vlastní smrti a toto vědomí přijal, může dobře pečovat o umírající a nespokojí se s pouhou optimální péčí.**(43)**.

Péče o umírající pacienty je náročná nejen na kvalitní ošetrovatelskou péči, ale zejména na psychickou stránku ošetřujícího personálu. Časté setkávání s bolestí, utrpením a smrtí je nejčastějším zdrojem duševního stresu. Pro sestry je nejtěžší vyrovnat se smrtí, zvláště pokud se jedná o mladého pacienta, mohou pociťovat bezmocnost, pocit ztráty a osobního selhání **(30)**.

Péče o umírající přináší emocionální vypětí a ne vždy je sestra schopna se s tímto vyrovnat. Proto by sestra měla být osobnost velice silná, ale především smířená s vlastní smrtelností. U sestry, která nebyla připravena na konfrontaci se smrtí hrozí vznik tzv. syndromu vyhoření vzniká dynamická, systematická a plánovaná ošetrovatelská péče, jejímž cílem je dosáhnout co nejlepší kvality života.

Sestra v ošetrovatelském procesu má za úkol poskytovat ošetrovatelskou odbornou péči, která je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb klienta. Ty se mohou podle prožívání zdravotního stavu měnit a sestra na ně musí reagovat. Tím

vzniká dynamická, systematická a plánovaná ošetrovatelská péče, jejímž cílem je dosáhnout co nejlepší kvality života.

Vzhledem k tomu, že je s nemocným 24 hodin denně, (což není žádná jiná zdravotnická profese), musí znát základy práce fyzioterapeuta, dietní sestry, sociálního pracovníka, psychologa i duchovního. Musí dokázat reagovat na vzniklé situace hned, a očekává se, že vždy odborně. Tak vzniká dynamická, systematická a plánovaná i ošetrovatelská péče, zaměřená na získání co nejlepší kvality života nemocného. **(21)**.

Na základě získaných informací stanoví (ošetrovatelské diagnózy, zhodnotí priority i sestaví individuální plán ošetrovatelské péče. Proto je třeba, aby měla odpovídající vzdělání a dostatečnosti, které vlož (do vztahu s nemocným, jenž má spolupracovat na vytvoření právě této poskytované péče. Zamyslíme-li se nad rolí, kterou musí sestra plnit, vidíme, že ze všech kategorií zdravotnických pracovníků potřebuje ke své práci nejvíce znalostí a dovedností, a to i z ostatních zdravotnických profesí. Musí dobře zvládnout komunikaci verbální i neverbální, rozhovor a naslouchat, krizovou intervenci, musí dobře znát fáze prožívání nemoci klientů a jejich blízkých, od odmítání, agrese až po přijetí nemoci či vzdor. Z oblasti rehabilitace musí znát základní rehabilitační úkony. V oblasti sociální i duchovní musí dokázat podat příbuzným i nemocnému základní informace, pokud právě není v dosahu odpovídající pracovník. Právě pro tuto širokou nutnost znalostí se stává klíčovou osobou v péči o nemocného na paliativním lůžku. **(23,21,18)**.

Nezbytným předpokladem pro sestru pečující o umírající je obrovská míra empatie a porozumění. Psychologickým aspektem těžké nemoci se mezi jinými nejvíce zabývala E. Kubler-Ross, která strávila mnoho času s umírajícími a jejich rodinami. Na základě svých poznatků formulovala fáze, kterými terminálně nemocní a jejich blízcí procházejí. Dle Marie Svatošové se tyto fáze mohou nejen prolínat, vracet a střídat, ale některé z nich mohou dokonce úplně chybět **(21)**.

1.10. Stres a syndrom vyhoření

Pomáhání znamená pro mnoho lidí smysluplnou činnost. Nadchne, angažuje celého člověka. Pomáhání přináší také zisky, které však mohou být zdrojem problémů – pomáhání dává příležitost k překonání pocitu osamělosti a nejisté sebeúcty – pomáhající je v roli mocnějšího.(26).

Pomáhající profese mohou energii dokonce i dávat. Častěji ji však značně odebírají. Pracovníci jsou přetíženi množstvím lidí, o něž se mají postarat, nemají pro svou práci dobré podmínky, vyčerpává je soucit, nejsou pro kontakt s klienty dobře vycvičení, takže se jim práce dost nedaří.(4).

Práce konaná se zájmem a braná dokonce jako 'hobby' vyčerpává podstatně méně než ta, která je charakterizována: zvýšenou osobní zodpovědností, náhlostí úkolů a krátkodobostí jejich termínů, zvýšeným podílem administrativně organizačních prací a s neúměrným množstvím povinností.(21).

Dalšími problémy stresu jsou především emoční návyky. Na jedné straně jsou jakýmsi přesným odrazem spouštění fyziologických mechanismů stresu a na druhé straně hlavním zdrojem patologických funkčních a organických komplikací. I když se to týká veškerých emocí, u stresovaných osob se nejčastěji projevuje úzkost, zlost nebo obojí.

Lze rozlišit tři úzkostné stavy: paniku, generalizovanou úzkost a adaptovanou úzkost (7).

Nejčastější komplikací v případě akutního stresoru je posttraumatický stres, ale dochází i k dalším obtížím, jako je nespavost, stav trvalého napětí, průjmy. Někdy se objevují i organické poruchy: gastritida, žaludeční vředy, dochází k rozvinutí cukrovky.

Stresory při péči o umírající a terminálně nemocné mohou vyplývat také z medicínských otázek (např. komplikace léčby) nebo z psychických reakcí pacientů a jejich mortality. Neustálý kontakt se smrtí může vést až k bolestnému vědomí vlastní smrtelnosti pečujícího či k pocitům viny za přežití. Personál může být frustrován suicidálními nápady nemocných, malými pozitivními výsledky své práce a nespravedlností lidského utrpení. Neumírají pouze staří lidé, ale i mladí, děti, významné osobnosti... Proto je personál velmi ohrožen tzv. syndromem vyhoření. **(14,39)**.

Syndrom vyhoření se projevuje tělesným a emočním vyčerpáním, únavou, popudlivostí, nedůvěřivostí, depresivitou, negativním a cynickým postojem k vlastní práci a ke klientům. V procesu vyhoření hraje podstatnou roli délka frustrace – čím déle jsou lidé v práci frustrováni, tím méně uspokojení jim práce přináší. Prožívání vyhoření nemá za následek jen negativní postoj k sobě samému a ke klientům, jimž se má pomáhat, ale i ke kolegům, přátelům a rodinným příslušníkům.

Profesionálové doprovázející umírající by měli být vyrovnáni s vlastní smrtelností a měli by si být vědomi vlastních hranic a možností, měli by být schopni akceptovat, že nejsou všemocní. Nezbytnou výbavou profesionála je schopnost empatie, pozitivního myšlení a nedirektivního přístupu k nemocným. Co se týká vzdělání, tak by měli být školeni v problematice paliativní péče. Tým, který umírající a jejich rodiny doprovází, by se měl naučit trpělivosti a chápat, že přijetí smrti vyžaduje čas. Každý, kdo se profesionálně věnuje péči o umírající, by měl vnímat své pocity během poskytování péče, měl by se naučit s nimi zacházet a nepřenášet je do vztahu s umírajícím. a reakcí. **(34,26)**.

Doprovázející by měli najít rovnováhu mezi empatií a věcností, aby nebyli sami vtaženi do deprese.

Při prevenci a zvládání stresu – relaxace, jóga, životní styl (pohyb, spánek, výživa, kultura, koníčky), mezilidské vztahy, přijetí sebe samého.

1.11. Křesťanská spiritualita v pracovním životě

Víra jako lidský čin znamená spolehnout se, důvěrné přiblížení. Je to vztah, který je navzájem otevřený, ve kterém je minimum obranných postojů a minimum nedůvěry. Víra úzce souvisí s láskou - snadno věřím tomu, kdo miluje mne a koho miluji já. Víra je rozhodnutí zařídit svůj život podle (výše zmíněných) zjištěných skutečností. Víra v transcendentního, tedy vše přesahujícího, Boha je základním předpokladem, ne však úplným základním obsahem víry křesťana. Křesťan věří, že Ježíš Kristus je spasitel (tedy ten, kdo nás zachraňuje z moci hříchu a zla pro Boha), že tento Ježíš je synem Božím, který těm, kdo v něho uvěřili, dává svého svatého Ducha a účast na svém životě. **(48).**

Základní kroky, kterými se člověk stává křesťanem, je uvěření (ve výše uvedeném smyslu, tedy především uvěření v Krista – spasitele) a křest.

„Ani mohutné pilíře nebudou mít smysl, když most na nich spočívající nepovede k žádnému břehu, k žádnému cíli“

Naší prací se smíme podílet na Boží tvůrčí činnosti, kterou Bůh stvořil, či tvoří svět a každého z nás. Nejsme tedy postaveni "před hotové". Ne snad proto, že by nebylo v Boží moci vše definitivně "dokončit", ale proto, abychom sami mohli mít aktivní podíl na utváření světa i života. **(4)**

Jedna lidová moudrost praví: "Než začneš stoupat na žebřík, zkontroluj si, máš-li jej opřený u správné zdi!" Mnozí lidé mají tendenci dělat to přesně opačně a tak se ve své činnosti vydávají nejrůznějšími směry, které nejsou od Boha. A kde není správný směr, tam není ani cíl. Člověk, který se takto oddává "své-volné" aktivitě (třebas i zdánlivě velice dobré a potřebné), upadá do chaosu, rozptýlenosti, nezacílenosti a později i frustrace. Přestává být schopný rozlišovat priority své činnosti. Existuje

nebezpečné zlo, před nímž se musíme mít obzvláště na pozoru, protože má moc rozmnožit už tak svrchovanou míru smutku a nudy, které vládnu světu. Tímto zlem je člověk, který nepracuje, který o nic neusiluje. Člověk má příliš mnoho práce a chtěl by udělat vše sám. Protože ale na to nemá dost času, spěchá, běží, nervuje se, je vydrážděn, propadá malomyslnosti, ztrácí odvahu, vyčerpává se, znehodnocuje si život a nakonec se stává nesnesitelným. Neudělá to, co by chtěl a co by měl. A to co udělá, dělá polovičatě. To je pohroma. Tomuto je třeba odpomoci. Dodejte si proto odvahy a vzdorujte těmto pokušením moderního světa. Až tato pokušení přijdou, nezastavujte se, obraťte se k Bohu, on vám pomůže. Ať se vám přihodí cokoli, nezastavujte se. Bůh trvá navěky. (37).

Z Křetínského pohledu je pro organizaci práce důležité ve všech svých činnostech mít boha stále před očima (B. Pascal) Někteří lidé mají tolik práce, že volný čas vůbec nemají. Někdy je to vlivem životních okolností. Často si to však v životě zařídili tak, aby volný čas neměli. Někteří lidé si myslí zase, že volný čas je něco špatného, až hříšného, a že bychom celý čas života měli věnovat druhým nebo nějaké činnosti. Jiní (a mnohdy jsou to ti stejní) nepřestávají s prací proto, aby si nepřipadali neužiteční, bezcenní. Často tak utíkají před svými problémy, pocity a životními otázkami.(7).

Zdravý odpočinek je složen ze dvou složek – aktivní i pasivní. Mnozí lidé jsou ale i při odpočinku jednostranní. Důležité je umět obojí propojit – někdy se oddat nicnedělání a zároveň umět volný čas využít k vytváření něčeho nového. Život člověka je naplněn převážně prací. Volný čas máme k tomu, abychom si odpočinuli a mohli se rozvíjet i v jiných oblastech života. Únava, která je našim věrným životním průvodcem, může být významným ukazatelem na přetíženosti (32).

Církevní otcové dobře věděli, jak důležitý je "svatý odpočinek" – otium sanctum. Nemůžeme se oddávat duchovním věcem, jsme-li neustále zavaleni spoustou vnějších aktivit. Činnost není nejvyšší ctností a svatost se neměří množstvím vykonané práce. Dokonalost můžeme nalézt v čistotě své lásky k Bohu, a tato čistá láska je křehká

rostlinka, které se daří nejlépe, má-li dostatek času na to, aby zrála. Ideální kontemplativní život však nevyklučuje práci. Naopak, totální nečinnost by zadusila vnitřní život stejně jako přílišná aktivita. Opravdu kontemplativní člověk objevil umění najít si chvíli volna i uprostřed práce, takže pracuje v takovém duchu odpoutanosti a soustředění, že i jeho práce je modlitbou. Pro takového člověka je celý den otium sanctum. Jeho modlitba, četba, práce, všechno mu poskytuje odpočinek a zotavení. Jedno vyvažuje druhé. Modlitba mu pomáhá pracovat, práce mu zas pomáhá občerstvit mysl pro modlitbu. Tyto podmínky velmi dobře splňuje zdravý, klidný rytmus dne řádu benediktinů, kde se střídá liturgie, rozjímavé čtení a manuální práce. (48).

1.12. Význam duchovní pomoci (Doprovázení)

„Každý by se měl otevírat druhým a měl by se snažit je pochopit i v jejich odlišnosti“ .

Na počátku doprovázení je důležité otevřít v lidském životě prostor touze, dát jí růst, odklidit suť, pod níž je často pohřbena, sebrat odvahu této touze se svěřit. - Bez projevení takovéto touhy není duchovní doprovázení možné. Podle jednoho přísloví se k lovu nehodí pes, kterého musíme na lov nosit; právě tak nelze člověka pro duchovní doprovázení motivovat přemlouváním. Spíše musí nejprve propuknout vnitřní touha, dožadující se vedení.(32).

Profesionálními způsoby práce sociálního pracovníka v paliativní péči jsou především poradenství a doprovázení.

Podstatu duchovní služby lze postihnout výrazem "doprovázení"! (tyto dva pojmy se částečně překrývají, ale nejsou synonymy). Slovo doprovázení dobře naznačuje moment nevnucování. Doprovázející je nablízku a pokud si nemocný-doprovázený jeho službu přeje, může jí být třeba jen povzbuzení pohledem, pohlazením či přítomností u lůžka.

Doprovázení se týká cesty. Je na putujícím, aby jí prošel on, ale ve chvílích, kdy si to přeje, usnadní mu ji nevtíravý doprovod. Přitom doprovázející nemusí být jenom pasivní. Může naznačit, upozornit, povzbudit, varovat. Doprovázený může - ale nemusí - vzít takový pokyn v úvahu.

Kdo chce člověku vůbec nějak pomoci v duchovní oblasti, musí ho nejprve přesvědčit, že mu na něm záleží, bere ho vážně a respektuje jeho důstojnost i rozhodování. Že je připraven ke vzájemnému sdílení a nemá na mysli nějaké jeho lámání, agitační napravování nebo poučování. (37)

Tyto první kroky na cestě k duchovní službě jsou nezbytné. Můžeme je označit i jako duchovní "první pomoc" či vytváření duchovní pohody, která by v prostředí hospice měla být přítomna stále.

"Duchovní první pomoc" by měl pohotově poskytnout ten, kdo je právě nablízku. Tu je však třeba už připomenout rizika nekvalifikovaných zásahů. Sebejemnější zásah a naopak i nečinnost mohou klientův vnitřní život podstatně ovlivnit. Prospěšně, i neblaze. Vzdělání v této oblasti je nezbytné obdobně jako v oblasti psychologické či zdravotnické. Proto je užitečné, aby se ti, kdo jsou pacientům na blízku, připravovali vlastní modlitbou, jsou-li sami věřící, nebo aby si aspoň uvědomovali, v čem by rádi pomohli a čemu by chtěli předejít. (21).

Úkol člověka, který poskytuje duchovní službu, je těžký. Navíc ještě proto, že obecná pravidla a znalosti jsou sice nezbytným základem, ale u každého konkrétního člověka v každou chvíli může být zapotřebí něčeho jiného.

Samozřejmou formou duchovní služby pro věřící křesťany jsou náboženské úkony je církve, počínaje modlitbou a konče společnou bohoslužbou. Ale obsah pojmu "duchovní služba" je podstatně širší než "náboženské úkony".

Člověk je zaskočen. Je pro něho úlevou, když má touhu i možnost se sdílet. Proto by měla člověku v takových chvílích pomoci, aby pocítil třeba jen záblesk vděčnosti za to, co se mu v životě "poštěstilo" a čeho snad i dosáhl. Rovněž by mu měla pomoci, aby si uvědomil, že něco se mu naopak nepodařilo, že v něčem selhal nebo hřešil, a aby měl možnost pocítit pravdivou, nesentimentální lítost spojenou s důvěrou, že mu bude odpuštěno. Duchovní služba by člověku měla rovněž pomoci v tom, že takový člověk pocítí třeba jen záblesk vděčnosti za dobré lidi, kteří jeho životem prošli, i za ty, které dosud kolem sebe má, včetně těch, které si nevybral - personál hospice. Duchovní služba může dále napomoci uvědomění si toho, kdo mu v životě ublížil a komu ublížil on sám. Měl by v duchu vyslovit odpouštění a sám o odpouštění v duchu požádat. Nemusí bádát nad tím, nakolik ta ublížení byla chtěná a nakolik nezaviněná. **(21,34)**.

Je žádoucí, aby proměnlivý tým doprovázejících měl kvalifikované "zastřešení" - označení "vedoucí" se tu málo hodí. Duchovní služba musí být nadkonfesní, ale je vhodné, aby oním zastřešujícím člověkem byl duchovní vyslaný některou z uznaných církví. Může působit jako dobrovolník, zaměstnanec církve, zaměstnanec hospice.

V neposlední řadě je třeba vzpomenout jednu z nejdůležitějších duchovních hodnot. Tou je touha po nesmrtelnosti. Každý přece chce, aby po něm na tomto světě něco zůstalo. Akty dobra a lásky jsou právě takovými hodnotnými skutky, které nabývají zapomenuty.

Ekonomický svět se též začíná zajímat o duchovní hodnoty. Velkým nadnárodním firmám již nestačí jen vydělávat. Snad proto hledají své poslání. Hmotný zisk přestává být hlavním důvodem jejich existence. Své místo dostávají cíle etické, mravní, kulturní, sociální a v budoucnu snad i duchovní.

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zmapování společných a individuálně pojatých prvků řízení lidských zdrojů v zařízeních domovů důchodců a v hospicích z hlediska kvalitativního rozvoje zaměstnaneckých sil.

Dílčím cílem práce je návrh inovativních doporučení v oblasti řízení lidských zdrojů pro práci personalistů a vedoucích pracovníků na straně domovů důchodců a zařízeních hospicové péče.

2.2 Hypotézy

Pro dosažení vytyčených cílů byla stanovena tato hypotéza:

H1: Domnívám se, že Hypotéza. Řízení lidských zdrojů v zařízeních hospicové péče má kvalitativně vyšší úroveň než v domovech důchodců.

3. Metodika

3. 1. Způsob zpracování

Ke zpracování problematiky řízení lidských zdrojů byla použita dotazníková metoda (viz příloha č. 1 a 2). Dotazník jsem zvolila z důvodu možnosti oslovení většího počtu respondentů a urychlení procesu sběru dat.

3. 2. Charakteristika výzkumného souboru

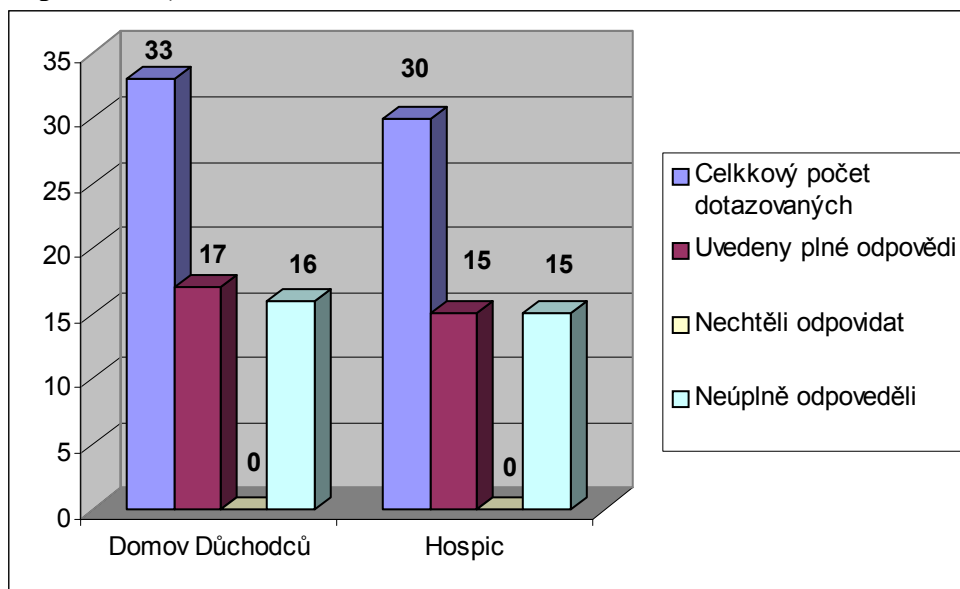
Sledovaný soubor se skládal z respondentů pracujících v hospicích (Sv. Lazara v Plzni, Sv. Alžběty a Sv. Jana Neumanna) a v domovech důchodců (ÚSP Máj, Hvízdal a Dobrá voda). Dotazník byl rozdělen na dvě části na vedení a její personál. Výběr respondentů byl dán ochotou osob uvedených pracovišť. Celkem 69 respondentů odpovídalo v anonymním dotazníku na otázky, které zjišťovaly názory a postoje personálu. Dotazník pro vedoucích zařízení obsahoval celkem 9 otázek, z nichž 2 otázky zjišťovalo fakta a 7 otázek zjišťovalo mínění, názory a postoje respondentů. Dotazník pro pracovníky obsahoval celkem 17 otázek, z nichž 4 otázky zjišťovalo fakta a 13 otázek zjišťovalo mínění, názory a postoje respondentů. Většina otázek v dotazníku měla charakter polozavřený, některé jsou otevřené a jiné uzavřené. Některé otázky byly volené tak, aby respondenti mohli odpovědět i na více kategorií.

Výsledky výzkumu byly zpracovávány na základě 69 správně vyplněných dotazníků (100 %).

4. Výsledky

4. 1. Výsledky dotazníku 1 –personál

Graf 1: Počet dotazovaných osob v domovech důchodců a hospicích (v počtech respondentů)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka1: Počet dotazovaných osob v domovech důchodců a v hospicích

	počet respondentů	%	domov důchodců	%	hospic	%
Celkový počet dotazovaných	63	100	33	52,3	30	47,6
Uvedeny plné odpovědi	32	50,79	17	25,7	15	25
Nechtěli odpovídat	-	-	-	-	-	-
Neúplně odpověděli	31	49,21	16	24,2	15	25

Zdroj: Vlastní výzkum

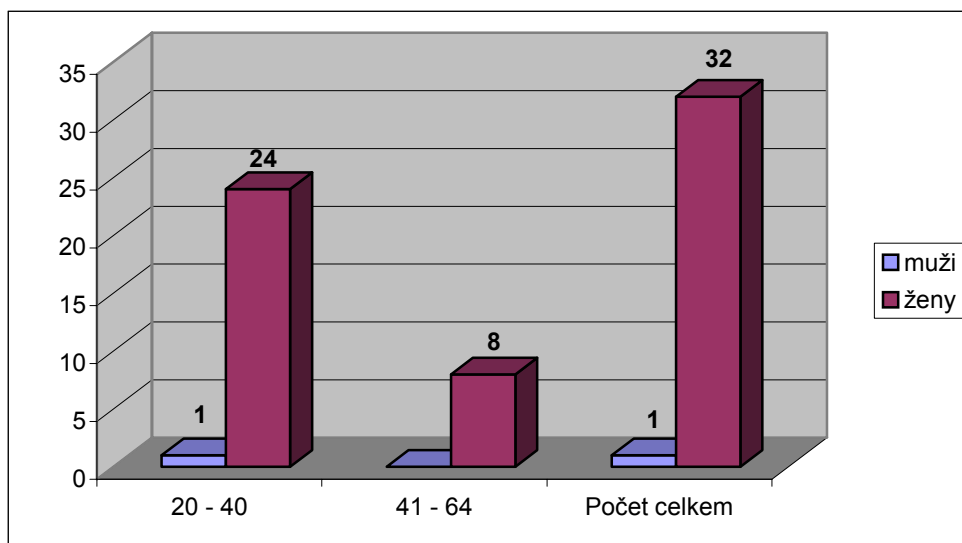
Nestandardizovaný rozhovor byl proveden ve formě dotazníku u zdravotnického personálu ve třech domovech důchodců: ÚSP Máj, Hvízdal a Dobrá voda a třech hospiců: Hospic Sv. Lazara v Plzni, Sv. Alžběty a Sv. Jana Neumanna. Výsledky dotazníku byly vyhodnoceny procentuelně. Dotazníky byly rozdány 33 zaměstnancům z řad zdravotnického personálu domova důchodců a u 30 zaměstnancům z řad zdravotnického personálu hospiců. Z tohoto množství uvedlo neúplně odpovědi 16 (24 %) respondentů z domova důchodců a 15 (25%) respondentů z hospiců. Nebyl vyřazen žádný dotazník. Tzn., že výzkum byl prováděn celkově u 63 zaměstnanců, což tvoří 100% (Graf 1, Tabulka1).

Tabulka 2: Počet respondentů dle věku – muži i ženy v domovech důchodců

věk	muži	ženy	počet celkem	% celkem
20 – 40	1	24	25	76
41 – 64	-	8	8	24
počet celkem	1	32	33	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Počet respondentů dle věku – muži i ženy v domovech důchodců



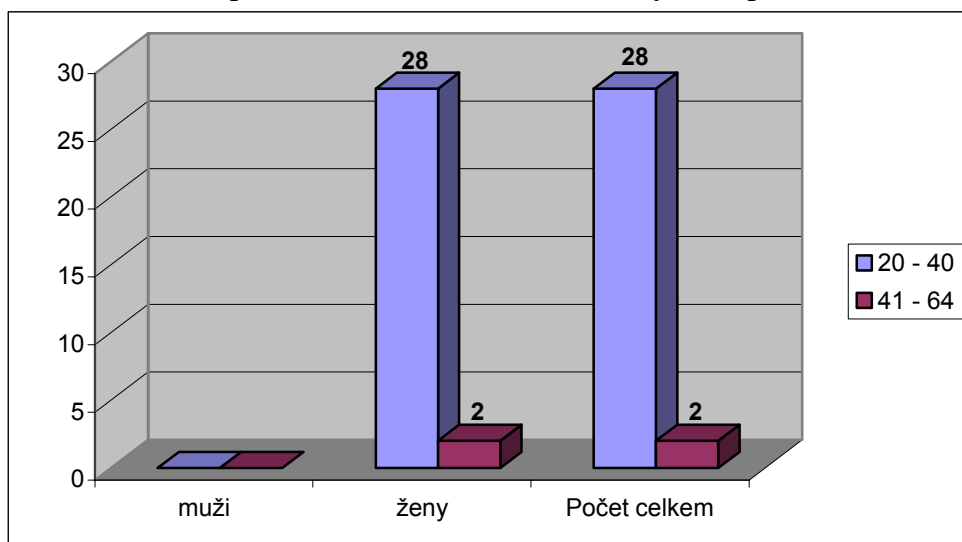
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3: Počet respondentů dle věku – muži i ženy v hospici

Věk	muži	ženy	Počet celkem	% celkem
20 – 40	-	28	28	93
41 – 64	-	2	2	7
Počet celkem	-	30	30	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Počet respondentů dle věku – muži i ženy v hospici



Zdroj: Vlastní výzkum

1. otázka v dotazníku se týkala identifikačních údajů. Byl zjištěn věk a pohlaví respondentů. Z celkového počtu 63 respondentů je v domově důchodců 32 žen a 1 muž v hospicích 30 žen a žádný muž (Tabulka 2,3 a Graf 2,3)

Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání (dle počtu respondentů)

Profese	domov důchodců	%	hospic	%
základní	2	6	1	3.3
středoškolské bez maturity, vyučen/a	3	9	3	10
středoškolské ukončeno maturitou	19	57.5	19	63.3
vyšší odborné absolutorium	1	3	5	16.6
vysokoškolské ukončené SZZ	3	9	2	6.6
specializace v oboru	5	15.1	3	10

Zdroj: Vlastní výzkum

2. otázka zněla: Nejvyšší dosažené vzdělání personálu. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Dva respondenti ukončili základní školu, tři dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity, devatenáct dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitou, jeden získal vyšší odborné absolutorium, tři mají vysokoškolské vzdělání ukončené SZZ a pět respondentů má specializaci v oboru (Tabulka 4).

Respondenti v hospici odpovídali takto. Jeden respondent uvedl, že má ukončené základní vzdělání, tři mají středoškolské bez maturity, devatenáct má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, pět dosáhlo vyššího odborného vzdělání ukončeného absolutoriem, dva mají vysokoškolské vzdělání ukončené SZZ a tři získali specializaci v oboru. (Tabulka 4).

Tabulka 5: Pracovní zařazení personálu v hospicích a domovech důchodců (v %)

Profese	domov důchodců	%	hospic	%
geriatr	3	10	-	-
ošetřovatelství	4	13.3	9	33.3
zdravotní sestra	23	76.6	13	48.1
fyzioterapeut	1	3.3	1	3.7
ergoterapeut	-	-	-	-

sociální pracovník	2	6.6	3	11.1
jiné	-	-	1	3.7

Zdroj: Vlastní výzkum

- 3. otázka zněla: Pracovní zařazení personálu.** Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto: tři respondenti pracují jako geriatři, čtyři vykonávají ošetrovatelskou práci, dvacet tři respondentů pracuje jako zdravotní sestry, jeden je fyzioterapeut a dvě pracují jako sociální pracovníce (**Tabulka 5**).

Respondenti v hospici odpovídali takto. Devět respondentů vykonává ošetrovatelskou práci, třináct respondentů pracuje jako zdravotní sestra, jeden je fyzioterapeut, tři pracují jako sociální pracovníci a jeden vykonává jinou profesi. (**Tabulka 5**).

Tabulka 6: Délka pracovního poměru v domovech důchodců a hospicích

Doba	domov důchodců	%	hospic	%
0 – 5 let	25	78,12	20	68,9
6 – 10 let	4	12,5	8	27.5
11 – 20 let	2	6,25	1	11,11
21 – 30 let	1	3,12	-	-
31 a více let	-	-	-	-

Zdroj: Vlastní výzkum

- 4. otázka se týkala délky zaměstnání v zařízení.** Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Respondenti měli možnost vybrat si z těchto odpovědí: 0 – 5 let odpovědělo dvacet pět respondentů, 6 – 10 let odpověděli čtyři respondenti, 11 – 20 let odpověděli dvě respondenti, 21 – 30 let odpověděl jeden respondent (**Tabulka 6**).

Respondenti v hospicích odpověděli takto. Respondenti si vybírali z těchto odpovědí: 0 – 5 let odpovědělo dvacet respondentů, 6 – 10 let odpovědělo osm respondentů, 11 – 20 let odpověděl jeden respondent. (**Tabulka 6**).

Tabulka 7: Profese vykonávám proto, že:

Profese	domov důchodců	%	hospic	%
naplňuje představu o vhodném zaměstnání	27	81.8	29	96.6
nenalezl /a jiné vhodnější zaměstnání	3	9.0	1	3.3
přišel / a o práci	1	3.0	-	-

Zdroj: Vlastní výzkum

- 5. otázka se týkala důvodů, které vedly personál k vykonávání vybrané profese.** Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Dvacet sedm respondentů odpovědělo, že hlavní důvod bylo naplnění jejich představ v zaměstnání. Tři respondenti zvolili odpověď – nenalezli jiné vhodnější zaměstnání., a jeden uvedl, že z jiného důvodu přišel o práci. (**Tabulka 7**). Respondenti v hospicích odpověděli takto. Dvacet devět respondentů odpovědělo, že hlavní důvod bylo naplnění jejich představ v zaměstnání. Jeden respondent zvolili odpověď – nenalezl jiné vhodnější zaměstnání. (**Tabulka7**).

Tabulka 8 : Zda se personál domnívá, že je jeho práce v domově důchodců a hospici dostatečně finančně ohodnocena.

	domov důchodců	%	hospici	%
ano	8	24.2	12	41.3
ne	25	75.7	17	58.6
Celkem	33	100	29	100

Zdroj: Vlastní výzkum

- 6. otázka se zabývala tím, zda je práce v domově důchodců a v hospicích dostatečně finančně hodnocena:** Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Ano – odpovědělo osm respondentů, ne odpovědělo dvacet pět respondentů (**Tabulka 8**).

Respondenti v hospicích odpověděli takto. Ano, odpovědělo osmnáct respondentů a ne odpovědělo sedmnáct. (Tabulka 8).

Tabulka 9: Zda se podílí zaměstnavatel finančně na volnočasových aktivitách.

	domov důchodců	%	hospic	%
ano	27	87	18	62
ne	4	13	11	38
Celkem	31	100	29	100

Zdroj: Vlastní výzkum

7. otázka se zabývala tím, zda se podílí zaměstnavatel finančně na volnočasových aktivitách personálu. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Dvacet sedm respondentů odpovědělo ano, čtyři respondenti odpověděli ne. (Tabulka 9).
- Respondenti v hospicích odpovídali takto. Osmnáct respondentů odpovědělo ano a jedenáct odpovědělo ne. (Tabulka 9).

Tabulka 10: Zda se personál domnívá, že práce v domově důchodců a hospici je dostatečně společensky oceněna.

	domov důchodců	%	hospic	%
ano	5	17	11	38
ne	25	83	18	62
Celkem	30	100	29	100

Zdroj: Vlastní výzkum

8. otázka se zabývala tím, zda se personál domnívá, že práce v domově důchodců a hospici je dostatečně společensky oceněna. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Pět respondentů odpovědělo ano, dvacet pět respondentů odpovědělo ne (Tabulka 10).
- Respondenti v hospicích odpovídali takto. Jedenáct respondentů odpovědělo ano a osmnáct respondentů odpovědělo ne (Tabulka 10).

Tabulka 11 : Náročnost práce pro personál v domovech důchodců a hospici

Náročnost	domov důchodců	%	hospic	%
-----------	----------------	---	--------	---

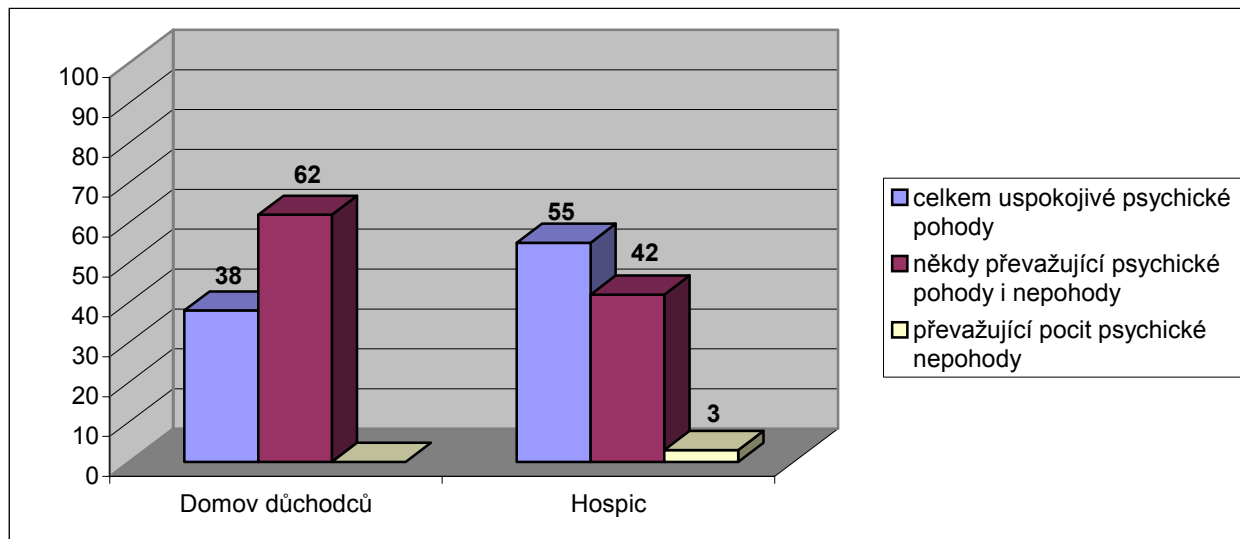
fyzicky	5	16.1	6	15.3
psychicky	3	9.6	8	20.5
fyzicky i psychicky	17	54.8	13	33.3
Nepocit'ují	6	19.3	12	30.7

Zdroj: Vlastní výzkum

9. otázka se týkala náročnost práci v domovech důchodců a hospicích. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Pět respondentů odpovědělo, takto že pocit'ují fyzickou zátěž, tři respondenti pocit'ují psychickou zátěž a sedmnáct respondentů pocit'uje jak fyzickou tak i psychickou zátěž. Šest respondentů zátěž nijak nepocit'uje. **(Tabulka 11).**

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Šest respondentů odpovědělo, že pocit'ují fyzickou zátěž, osm respondentů pocit'uje psychickou zátěž, třináct respondentů pocit'uje jak fyzickou tak i psychickou zátěž a dvanáct respondentů žádnou zátěž nepocit'uje. **(Tabulka 11).**

Graf 4 : Spokojenost personálu po několika týdnech práce (v %)



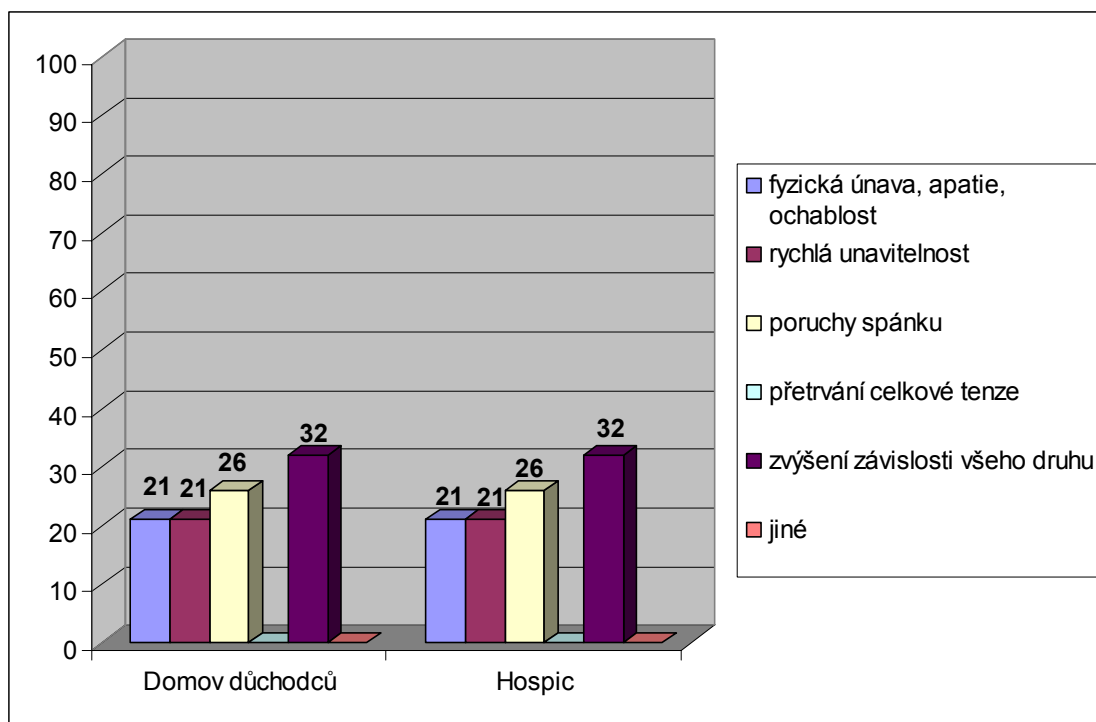
Zdroj: Vlastní výzkum

10 otázka se týkala spokojenosti personálu v práci po více než několika týdnů v práci. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. 38% respondentů

odpovědělo, že pociťovali psychickou pohodu a 62% respondentů odpovědělo, že někdy u nich převažovala psychická pohoda a někdy nepohoda (**Graf 4**).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. 55% respondentů odpovědělo, že pociťovali psychickou pohodu, 42% respondentů odpovědělo, že někdy u nich převažovala psychická pohoda i nepohoda a 3% respondentů označili, že se u nich projevovaly pocity psychické nepohody. (**Graf 4**).

Graf 5: Příznaky, které se dostavují u personálu s převažujícími pocity nepohody (v%).



Zdroj: Vlastní výzkum

11. otázka se týkala příznaků, které se dostávají u personálu s převažujícími pocity nepohody. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. 21% respondentů označilo za příznaky fyzickou únavu, apatii a ochablost. 21% respondentů označilo jako příznak rychlou unavitelnost, 26% respondentů označilo za příznak poruchu spánku a 32% respondentů označilo za příznak zvýšenou závislost všeho druhu. **(Graf 5).**

Respondenti v hospicích odpovídali takto. 21% respondentů označilo za příznaky fyzickou únavu, apatii a ochablost. 21% respondentů označilo jako příznak rychlou unavitelnost, 26% respondentů označilo za příznak poruchu spánku a 32% respondentů označilo za příznak zvýšenou závislost všeho druhu. **(Graf 5).**

Tabulka 12: Zda je v zařízení psycholog nebo duchovní, který by byl personálu k dispozici.

	domov důchodců	%	hospic	%
Ano	10	31	18	62
Ne	22	69	11	38
Celkem	32	100	29	100

Zdroj: Vlastní výzkum

12. otázka se zabývala tím, zda existuje v zařízení psycholog nebo duchovní, který by byl personálu k dispozici. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Deset respondentů odpovědělo ano a dvacet dva respondentů odpovědělo ne. (Tabulka 12).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Osmnáct respondentů odpovědělo ano a jedenáct respondentů

Tabulka 13: Zda by personál uvítal psychologa, duchovního, na svém pracovišti.

	domov důchodců	%	hospic	%
Ano	14	87	14	87
Ne	2	13	2	13
Celkem	16	100	16	100

Zdroj: Vlastní výzkum

13. otázka se zabývala tím, zda by personál uvítal psychologa nebo duchovního, na svém pracovišti. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Čtrnáct respondentů odpovědělo ano a dva respondenti odpověděli ne. (Tabulka 13).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Čtrnáct respondentů odpovědělo ano a dva respondenti odpověděli ne. (Tabulka 13).

Tabulka 14: Zda je personálu na jejich oddělení věnována dostatečná pozornost v oblasti osobnostního rozvoje.

	domov důchodců	%	hospic	%
Ano	24	75	18	64
Ne	8	25	10	36
Celkem	31	100	28	100

Zdroj: Vlastní výzkum

14. otázka se zabývala tím, zda je personálu věnována dostatečná pozornost v oblasti osobnostního rozvoje. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Dvacet čtyři respondentů odpovědělo ano a osm respondentů odpovědělo ne. (**Tabulka 14**).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Osmnáct respondentů odpovědělo ano a deset respondentů odpovědělo ne. (**Tabulka 14**).

Tabulka 15:Potřeba změn v systému péče o klienta (v%)

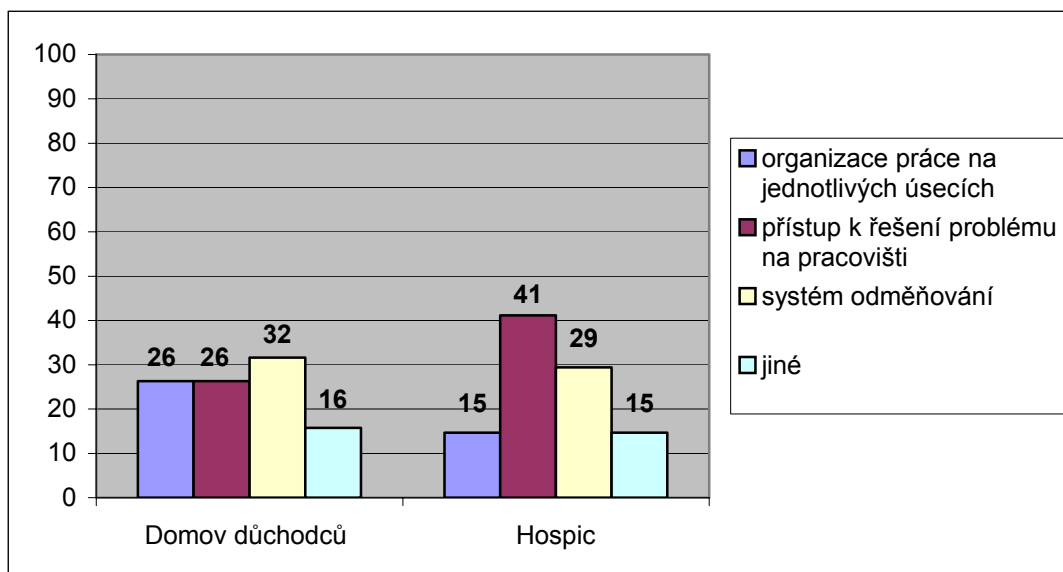
	domov důchodců	%	hospic	%
Ano	27	82	6	20
Ne	6	18	24	80
Celkem	33	100	30	100

Zdroj: Vlastní výzkum

15. otázka se zabývala tím, zda je potřeba změnit systém péče o klienta v domovech důchodců. Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Dvacet sedm respondentů odpovědělo ano a šest respondentů odpovědělo ne. (**Tabulka 15**).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Šest respondentů odpovědělo ano a dvacet čtyři respondentů odpovědělo ne. (**Tabulka 15**).

Graf 6: Co by se mohlo změnit v systému organizace práce v zařízení?. (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

17. otázka se týkala o možných změnách v systému organizace práce v zařízení.

Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. 26% respondentů odpovědělo, že změny by měli být v organizaci práce na jednotlivých úsecích, 26% respondentů by uvítalo změnu v přístupu k řešení problému na pracovišti, 32% respondentů by uvítalo změnu v odměňování a 16% respondentů by raději viděli změny v jiných oblastech, které ale neuvědli. **(Graf 7).**

Respondenti v hospicích odpovídali takto. 15% respondentů odpovědělo, že změny by měly být v organizaci práce na jednotlivých úsecích, 41% respondentů by uvítalo změny v přístupu řešení problému na pracovišti, 29% respondentů by uvítalo změny v odměňování a 15% respondentů by raději viděli změny v jiných oblastech, které ale neuvědli. **(Graf 7).**

4.2. Výsledky dotazníku 2 – management

Tabulka č. 16: Počet dotazovaných - vedoucí domovů důchodců a vedoucí hospiců

	Počet respondentů	%	Domov důchodců	%	Hospic	%
Celkový počet dotazovaných	6	100	3	50	3	50

Zdroj: Vlastní výzkum

Standardizovaný rozhovor byl proveden s šesti (100 %) představiteli vybraných domovů důchodců a hospiců v ČR. Rozhovory byly provedeny se 3 vedoucími pracovníky domovů důchodců a se 3 vedoucími pracovníky hospiců. Nebyl vyřazen žádný dotazník. **(Tabulka č. 16).**

Výsledky rozhovoru jsou uvedeny anonymně.

První dvě otázky se týkaly identifikačních údajů vedoucích pracovníků domovů důchodců a hospiců.

1.1 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

První identifikační otázka se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. S ohledem na anonymitu, vzhledem k tomu, že by mohla hrozit identifikace respondentů jsem ustoupil od zveřejnění těchto údajů.

Tabulka 17: Získané znalostí v oblasti manažerského vzdělání

Znalosti	DD	Hospic
(bez popudu zaměst)		
rozvoj manažer.dovedností	1	1
(z popudu zaměst.)		
rozvoj manažer.dovedností	1	-
získané vědomostí managementů	1	1
(bez zaměst.popudu)		
odborná psychologie ve vedení	2	1
Neabsolvoval žádnou	-	1

Zdroj: Vlastní výzkum

1.2. V rámci svého manažerského povolání jste absolvoval/a vzdělávací kurzy, semináře...?

Odovědi respondentů v domovech důchodců.

Na variantu: bez popudu zaměstnavatele, tedy z vlastního rozhodnutí absolvoval respondent kurs zaměřený na rozvoj manažerských dovedností, odpověděl jeden respondent. Na variantu: z popudu zaměstnavatele absolvoval respondent kurs zaměřený na rozvoj manažerských dovedností, odpověděl jeden respondent. Na variantu: získání vědomostí managementu v rámci studia odpověděl jeden respondent. Na variantu: bez popudu zaměstnavatele z vlastního rozhodnutí absolvoval respondent odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení, odpověděli dva respondenti. Na variantu: z popudu zaměstnavatel absolvoval respondent odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení, nikdo neodpověděl. **(Tabulka 17).**

Odovědi respondentů v hospicích.

Respondenti měli možnost si vybrat z různých variant. Na variantu: bez popudu zaměstnavatele z vlastního rozhodnutí absolvoval respondent kurs a názvem: zaměření na rozvoj manažerských dovedností, odpověděl jeden respondent. Na variantu: získání znalostí managementu v rámci studia odpověděl jeden respondent. Na variantu: bez popudu zaměstnavatele z vlastního rozhodnutí absolvoval odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení, odpověděl jeden respondent. Na variantu: z popudu zaměstnavatele absolvoval respondent odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení, nikdo neodpověděl. Jeden respondent odpověděl, že neabsolvoval žádnou z uvedených alternativ. (**Tabulka 17**).

Vyhodnocení otázek týkajících se organizačního zázemí řízení lidských zdrojů v DD a v hospicích.

Tabulka 18 : formy organizovaných aktivit v rámci zaměření se na rozvoj pracovníků.

aktivity	domov důchodců			hospic		
	doba 1x.ročně	doba 2x.ročně	doba 3x a více.roč.	doba 1x.ročně	doba 2x.ročně	doba 3x a více.roč.
semináře se zdravotnic. tematikou			3			3
psycholog. školení	2			2		
manažerský výcvik		1			1	
semináře s duchovní tematikou	2			3		
možnosti rekreačního vyžití			3	1		2

Zdroj: Vlastní výzkum

2.1. v rámci zaměření na rozvoj pracovníků vašeho zařízení uveďte prosím jaké formy aktivit organizujete?

Odpovědi respondentů v domovech důchodců.

Na variantu třikrát a vícekrát ročně se pořádají odborné vzdělávací přednášky a semináře se zdravotnickou tematikou, odpověděli tři respondenti. Na variantu jednou ročně se pořádá odborné psychologické školení zdravotního personálu, odpověděli dva respondenti. Na variantu dvakrát ročně se konají odborný manažerský výcvik, odpověděl jeden respondent. Na variantu: jednou ročně jsou organizovány přednášky a semináře s duchovní tematikou, odpověděli tři respondenti. Na variantu: třikrát ročně jsou organizovány možnosti rekreačního vyžití, odpověděli tři respondenti. Na variantu jiné formy aktivit nikdo neodpověděl. **(Tabulka 18).**

Odpovědi respondentů v hospicích.

Na variantu konání se odborných vzdělávacích přednášek a seminářů se zdravotnickou tematikou třikrát a vícekrát ročně, odpověděli tři respondenti. Na variantu třikrát ročně se koná odborné psychologické školení zdravotního personálu, odpověděl jeden respondent a jedenkrát ročně odpověděli dva respondenti. Na variantu organizování odborného manažerského výcviku neodpověděl nikdo z respondentů. Na variantu: jednou ročně jsou organizovány přednášky a semináře s duchovní tematikou odpověděl jeden respondent a na variantu neorganizování přednášek odpověděli dva respondenti. Na variantu: třikrát ročně jsou organizovány možnosti rekreačního vyžití, odpověděli dva respondenti a na variantu: jedenkrát ročně jsou organizovány možnosti rekreačního vyžití, odpověděl jeden respondent. Na variantu jiné formy aktivit nikdo neodpověděl. **(Tabulka 18).**

Tabulka 19: Co vedoucí pracovníci považují za hlavní kritérium při přijímacím pohovoru s žadatelem o pracovní místo.

kritérium	Domov důchodců	hospic
zhodnocením dotazníku a životopisu	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum

2.2. Při přijímacím pohovoru s žadatelem o práci ve vašem domově důchodců/hospici vycházíte z jakých údajů?

Odpovědi respondentů v domovech důchodců.

Na variantu, zda vedoucí pracovník vychází z informací, které získá při pohovoru, zhodnocením dotazníku a životopisu, odpověděli tři respondenti. U zbylých variant nebylo odpověděno. (Tabulka 19).

Odpovědi respondentů v hospicích.

Na variantu, zda vedoucí pracovník vychází z informací, které získá při pohovoru, zhodnocením dotazníku a životopisu, odpověděli tři respondenti. U zbylých variant nebylo odpověděno. (Tabulka 19).

Tabulka 20: Reakce vedoucího pracovníka při zjištění negativních změn v osobnosti pracovníka při výkonu práce.

reakce	Domov důchodců	hospic
osobní rada	2	3
domluva návštěvy s odborníkem	1	1
zajištěny návštěvy psychologa	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

2.3. Při zjištění negativních změn v osobnosti vašeho pracovníka, které by mohly vypovídat o přepracovanosti, náznaku syndromu vyhoření apod. se snažíte zajistit..?

Odpovědi respondentů v domovech důchodců.

Na variantu, jestli se snaží problém s podřízením zpracovat osobní radou odpověděli dva respondenti. Na variantu, jestli si domlouvají návštěvu s odborníkem odpověděl jeden respondent. Na variantu, jestli se snaží zajistit pravidelnou návštěvu psychologa, odpověděl jeden respondent. U zbylých variant nebylo odpověděno. **(Tabulka 20).**

Odpovědi respondentů v hospicích.

Na variantu, jestli se snaží problém s podřízením zpracovat osobní radou odpověděli tři respondenti. Na variantu jestli si domlouvají návštěvu s odborníkem, odpověděl jeden respondent. Na variantu jestli se snaží zajistit pravidelnou návštěvu psychologa, odpověděl jeden respondent. U zbylých variant nebylo odpověděno. **(Tabulka 20)**

Tabulka 21: Zda je v zařízení psycholog nebo duchovní, který by byl personálu k dispozici.

	DD	%	Hospic	%
Ano	2	66.6	1	33.3
Ne	1	33.3	2	66.6
Celkem	3	100	3	100

Zdroj: Vlastní výzkum

2.4. Má vaše zařízení zřízenou funkci psychologa, duchovního, který by sloužil jako odborná psychologická pomoc pro personál vašeho zařízení?

Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto: Dva respondenti odpověděli ano- mají psychologa/duchovního a jeden respondent odpověděl ne. **(Tabulka 21).**

Respondenti v hospicích odpovídali takto: Jeden respondent odpověděl ano – mají psychologa/duchovního a dva respondenti odpověděli ne. (**Tabulka 21**).

Tabulka 22: Uvažujete o vybudování zařízení zřízeného pro odbornou psychickou pomoc personálu.

	Domov Důchodců	Hospic
Ano	1	-
Ne	-	1
Celkem	1	-

Zdroj: Vlastní výzkum

2.5.otázka zněla, jestli do budoucnosti uvažuje vedoucí pracovník o vybudování zařízení zřízeného pro odbornou psychologickou pomoc personálu.

Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Ano, odpověděl jeden respondent. Na variantu ne, nikdo neodpověděl. (**Tabulka 22**).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Na variantu ano, nikdo neodpověděl a na variantu ne, odpověděl jeden respondent. (**Tabulka 22**)

Tabulka 23: Osobnostní předpoklady při výběru personálu.

vlastnosti	Domov Důchodců				Hospic			
	0	5	10	15	0	5	10	15
asertivní jednání		1	-	2		1	2	-
komunikační dovednosti		-	-	3		-	2	1
kladný postoj k pacientům		-	-	3		-	-	3
smysl pro humor		1	2	-		1	1	1
dodržování životosprávy		2	1	-		1	1	-
vztah k duchovním otázkám		-	1	2		-	3	-
vysoce empatická osobnost		-	2	1		-	1	2
tvůrčí osobnost		-	2	1		-	3	-
zaměstnání považuje za poslání		1	-	2		-	1	2
jiná osobní vlastnost		-	-	-		-	-	-

Zdroj: Vlastní výzkum

2.6. otázka se týkala osobnostních předpokladů při výběru personálu.

Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Respondenti měli možnost si vybrat z různě obodovaných variant. Na variantu: asertivní jednání, ohodnocenou 5 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděli dva respondenti. Na variantu: komunikační dovednosti ohodnocenou 15 body odpověděli tři respondenti. Na variantu: kladný postoj k pacientům ohodnocený 15 body, odpověděli tři respondenti. Na variantu: smysl pro humor ohodnocený 5 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 10 body odpověděli dva respondenti. Na variantu: snaha dodržovat životosprávu ohodnocenou 5 body, odpověděli dva respondenti a na tuto variantu ohodnocenou 10 body odpověděl jen jeden respondent. Na variantu: vztah k duchovním otázkám ohodnocenou 10 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděli dva respondenti. Na variantu vysoce empatická osobnost ohodnocenou 10 body, odpověděli dva respondenti a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděl jeden respondent.

Na variantu: tvůrčí osobnost ohodnocenou 10 body, odpověděli dva respondenti a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděl jeden respondent. Na variantu považování svého zaměstnání za poslání ohodnocenou 5 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 15 body, odpověděli dva respondenti. Jinou variantu si nikdo z respondentů nevybral (**Tabulka 23**).

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Respondenti měli možnost si vybrat z různě obodovaných variant. Na variantu asertivní jednání ohodnocenou 5 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 10 body odpověděli dva respondenti. Na variantu: komunikační dovednosti ohodnocenou 10 body, odpověděli dva respondenti a na tuto variantu ohodnocenou 15 body, odpověděl jeden respondent. Na variantu kladného postoje k pacientům ohodnocenou 15 body, odpověděli tři respondenti. Na variantu: smysl pro humor ohodnocenou 5 body, odpověděl jeden respondent, na tuto variantu ohodnocenou 10 body odpověděl jeden a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděl také jeden respondent. Na variantu: snahy dodržovat životosprávu ohodnocenou 5 body, odpověděl jeden respondent a na tutéž variantu ohodnocenou 10 body, odpovědělo dva respondenti. Na variantu: vztahy k duchovním otázkám ohodnocenou 10 body odpověděli tři respondenti. Na variantu: vysoce empatická osobnost ohodnocenou 10 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděli dva respondenti. Na variantu: tvůrčí osobnost ohodnocenou 10 body, odpověděli tři respondenti. Na variantu: považování svého zaměstnání za poslání ohodnocenou 10 body, odpověděl jeden respondent a na tuto variantu ohodnocenou 15 body odpověděli dva respondenti. Jinou variantu si nikdo z respondentů nevybral (**Tabulka 23**).

2.7.otázka se týkala názorům a podnětům vedení pro práci v personální oblasti.

Respondenti v domovech důchodců odpovídali takto. Jeden respondent odpověděl, že je potřeba více kvalitních pracovníků a jeden odpověděl, že je třeba pravidelně hodnotit výsledky zaměstnanců. Jeden z respondentů neodpověděl.

Respondenti v hospicích odpovídali takto. Jeden respondent odpověděl, že je třeba dbát na celoživotní vzdělávání pracovníků. Dva respondenti neodpověděli.

5. Diskuse

5. 1. Diskuse k výsledkům dotazníku 1 – personál

Dotazníkového šetření zdravotnického personálu proběhlo ve třech domovech důchodců (ÚSP Máj, Hvízdal a Dobrá voda v Českých Budějovicích) a ve třech hospicích (Hospic Sv. Lazara v Plzni, Sv. Alžběty v Brně a Sv. Jana Neumanna v Prachaticích).

Za účelem ověření hypotézy byly rozdány zdravotnickému personálu anonymní dotazníky. První otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (viz graf 1, 2, 3) a (viz tabulka 1, 2, 3, 4, 5). V obou skupinách zkoumaného souboru byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie střední věk. Nejstarší kategorie věku (41 až 64 let) měla nejnižší zastoupení. Z výzkumu bylo jasně vidět že jsou všichni pracovníci v obou zařazeních poměrně stejně kvalifikovaní. Domnívám se, že je třeba, aby výkonný personál byla dostatečně vzdělán. Nejdůležitěji zaznívá tato potřeba u sester pracujících v hospicích a to vzhledem k tomu, že jsou s nemocným 24 hodin denně, (což není běžné u žádné jiné zdravotnické profese). Sestra musí znát základy práce fyzioterapeuta, dietní sestry, sociálního pracovníka, psychologa i duchovního. Respondenti zatrhávali v dotazníku pouze příslušnou pracovní kategorii s délkou odborné praxe. V obou skupinách zkoumaného souboru byla nejpočetněji zastoupeno pracovní zařazení personálu - zdravotní sestra: 76.6% v domovech důchodců, 48.1% v hospicích (20). Sestra tak přejímá nezastupitelnou úlohu ošetřovatelky, utěšovatelky, pečovatelky a mnohdy zastupuje i roli rodiny.

Dále byla zjišťována délka pracovního poměru v domovech důchodců a hospicích. Zde je možné podle očekávání konstatovat to, že v domovech důchodců mohl být očekávatelný i značně dlouhý pracovní poměr. Pracovní poměr se v domovech důchodců pohyboval i mezi 21 lety až 30 lety. Hospice naproti tomu vykazovaly nepoměrně nižší dobu pracovního poměru vlastních zaměstnanců. Hospice v ČR vznikaly až v 90. letech. První hospic Anežky České byl založen až v roce 1995.(35).

Další otázky byly zaměřeny na důvody, které vedly personál k vykonávání vybrané profese. V obou skupinách pracovníků bylo zřejmé, že práce kterou si vybrali naplňuje jejich představy o zaměstnání. V hospicích však 3% pracovníků a

v domovech důchodců 9% pracovníku prohlásilo, že nenašli jiné vhodnější zaměstnání, což bylo nakonec hlavním důvodem k výkonu současné práci.

Aby byl systém odměňování v podniku úspěšný a efektivní, je nutné dodržovat určité postupy a doporučení. Mezi tyto postupy a doporučení patří např. to, že: úroveň mezd a platů by se neměla odchylovat od úrovně převažující ve společnosti, stejná práce by měla být stejně odměňována, zaměstnanci by měli být přiměřeně informováni o postupech používaných ke stanovení mzdových tarifů apod. Povolání lékaře patří k povoláním s nejvyšší prestiží, a to jak v ČR, tak v řadě dalších zemi. Pokud jde však o finanční ohodnocení ve zdravotnictví, které je jednou z významných složek poměřování sociálního statusu, zůstává tento problém nevyřešený. (42). Podle zákona by zaměstnavatelé jak v hospicích tak v domovech důchodců měli být povinni zabezpečovat odměňování zaměstnanců podle mzdových předpisů a kolektivních smluv, případně vnitřních mzdových předpisů nebo pracovních smluv a diferencovat mzdu zaměstnanců podle jejich výkonnosti a zásluh o konečných výsledků práce. Zaměstnavatelé obvykle poskytují pracovníkům odměny vázané na výkon i odměny na pracovním výkonu nezávislé. Složky systému odměňování pracovníků v organizaci jsou peněžní odměny.

Podle Tilmana (37) je život člověka naplněn převážně prací. Volný čas máme k tomu, abychom si odpočinuli a mohli se rozvíjet i v jiných oblastech života. Únava, která je naším věrným životním průvodcem, může být významným ukazatelem naší přetíženosti. Někteří lidé mají tolik práce, že volný čas vůbec nemají. Někdy je to vlivem životních okolností. Často si to však v životě zařídili tak, aby volný čas neměli. Někteří lidé si zase myslí, že volný čas je něco špatného, až hříšného, a že bychom celý čas života měli věnovat druhým nebo nějaké činnosti. Jiní (a mnohdy jsou to ti stejní) nepřestávají s prací proto, aby si nepřipadali neužiteční, bezcenní (7). V obou zařízeních dohlížejí nepřetržitě pracovníci na klienty což vyžaduje značnou fyzickou výdrž. Domnívám se, že na pracovníky v těchto zařízeních působí každodenní stereotyp, který může mít negativní účinek v jejich práci a navíc, že jejich práce nebývá obvykle dostatečně placena. V dnešní době jsou některá volnočasové aktivity dost finančně náročné, ale zároveň by mohly být i dost vhodné a relaxující pro pracovníky v těchto

zařízeních. Proto si myslím, že je důležité aby management těchto zařízení se podílel na volnočasových aktivitách zaměstnanců. V hospicích uvedlo 62 % pracovníků, že je jim poskytnuta tato možnost, zatímco v domovech důchodců potvrdilo tuto skutečnost 87 %. Z výsledků vyplývá, že práce pracovníku v domovech hospicích je více oceňována, než li je to v domovech důchodců (viz tabulka 10).

Podle Vorlíčka (43) doprovázení umírajících vyžaduje mnoho síly a konfrontuje člověka s jeho vlastní konečností. Je třeba, aby si pečující uvědomil své vlastní postoje k podstatným otázkám smrti a umírání, které tak ovlivňují jeho způsob péče. Z toho můžeme odvodit důležitost práce, které odvádí zdravotnický personál. Pracovníci v obou zařízeních jsou v častém kontaktu s rodinnými příslušníky klientů. Také z toho důvodu si myslím, že veřejnost si značně váží práce těchto zařízení. Pečující by měl především rozumět sám sobě. Sebeuvědomění spočívá v tom, že zná vlastní hodnoty, motivaci, postoje a přesvědčení. Pokud si uvědomí své vlastní problémy, předsudky, strach i naději, bude lépe vnímat problémy pacientů, o které pečuje.

Podle Pichauda (30) je péče o umírající pacienty náročná nejen z hlediska uplatnění kvalitní ošetrovatelské péče, ale zejména z roviny psychické stránky ošetřujícího personálu. Pomáhající profese však mohou energii také dokonce sami dávat. Častěji jsou však jejím častým spotřebitelem. Pracovníci jsou přetíženi množstvím lidí, o něž se mají postarat, nemají pro svou práci dobré podmínky, vyčerpává je soucit. Také nejsou často na kontakt s klienty dobře připraveni - vycvičení, takže se jim práce příliš nedaří (4). Práce konaná se zájmem a brána dokonce jako 'hobby' vyčerpává podstatně méně, než ta, která je charakterizována: zvýšenou osobní zodpovědností, náhlostí úkolů a krátkodobostí jejich termínů, zvýšeným podílem administrativně organizačních prací a neúměrným množstvím povinností (21). Výsledky (viz tabulka 11) ukazují že u 54,5 % dotazovaných respondentů v domovech důchodců pociťují zátěž ve svém povolání jak fyzicky tak i psychicky, což je podle mého očekávání více, než je tomu v hospicích. Zde stojí za povšimnutí, že v domovech důchodců klienti nejsou většinou tak často upoutáni na lůžkách tak, (jak je to v hospicích) a práce s klienty nevyžaduje fyzickou zátěž.

Sociální výhody a služby poskytované zaměstnancům se ze všech forem odměňování vyvíjejí nejrychlejším tempem. Podle Dědiny (9) složky systému odměňování pracovníků v organizaci tvoří: peněžní odměny zaměstnanecké výhody, nepeněžní odměny a procesy řízení pracovního výkonu. Myslím si, že takovéto výhody mohou pochopitelně zvýšit spokojenost u pracovníků. Ztotožňuji se s názorem autora (50), že motivaci lze jednoduše vyjádřit i jako řetězec návazných reakcí, kdy pocit potřeby vede ke vzniku přání dosáhnout určitého cíle. Vědomí tohoto cíle vyvolává napětí, které vyúsťuje do aktivit (úsilí), jež směřují k dosahování cílů. Výsledkem dosažení cílů je uspokojení. Může to být poněkud zvláštní, že až 55 % dotazovaných respondentů v hospici pociťují ve svém práci stav celkem uspokojivé psychické pohody, zatímco v domovech důchodců je to vnímáno 38 % dotazovaných respondentů. Zde se domnívám, že tato psychická pohoda u pracovníku v hospicích je úzce spojena s jejich pracovním prostředím.

Vymětal (47) píše, že v některých případech může u klientů dojít k náročně zvládnutelným situacím v oblasti psychické a emoční roviny, jež si vyžadají pomoc kvalifikovaného psychologa. Okamžitou psychologickou podporu mohou potřebovat i členové hospicového týmu. Waldenfeis (48) uvádí, že zejména úzce spolu souvisí služba duchovní, psychologická a sociální. Jejich hranice lze vymezit, ale především je nutné usilovat o vztah důvěry a spolupráce mezi těmi, kdo tyto služby poskytují. Musím konstatovat, že jsem byl poněkud překvapen vlastním zjištěním, které se týkalo tohoto citlivého a tabuizovaného duševního tématu. Především mě překvapilo to, že vůbec existují ve vybraných hospicích i v domovech důchodců psychologové a duchovní, kteří by byli k dispozici personálu. Obě skupiny zkoumaného souboru vítají jak pomoc psychologa, tak i pomoc duchovního na svém pracovišti (viz tabulka 12,13).

Schaup (32) píše, že osobnost pečujícího má velký vliv na péči poskytovanou umírajícím. Osobnostní předpoklady jsou pro práci stejně důležité a možná ještě důležitější než odborná kvalifikace. Oproti vlastnímu očekávání jsem zjistil, že více pozornosti bylo věnováno osobnostnímu rozvoji personálu v domovech důchodců, než tomu bylo v hospicích. Výsledná data však nebyla od sebe výrazně odlišná (viz tabulka 14).

Další otázka se týkala potřeby změn v systému péče o klienta. Podle autorky (18) péče o staré občany (podle nejnovějších poznatků) musí zahrnovat čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti, musí se pohybovat v rámci určitého rodinného nebo jiného integrovaného společenství a toho je možno dosáhnout jen za předpokladu přiměřeného zdraví a jisté úrovně hmotné zajištěnosti. Naopak prioritou hospice je respektovat a pomáhat zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny, především v okamžiku úmrtí. U dotazovaných v domově důchodců bylo až 82 % respondentů pro změnu v systému péče o klienta, což je výrazným opakem u skupin hospiců, kde bylo pro změny jen 20 % dotazovaných respondentů. Domnívám se, že uvedený výsledek u skupiny respondentů v domovech důchodců je způsoben nedostatkem personálního plánování a pramení z nejistoty v práci, toto jsem také zaznamenal během své praxe v domovech důchodců. Dále se domnívám, že tento výsledek by mohl být rovněž ovlivněn neustalými změnami v zákonech. V současné době byl například nově přijatý Zákon o sociální službách. Zákon je podrobněji popsán v teoretické části této práci.

V závěru dotazníku byla ošetřujícímu personálu položena otázka, co by se mohlo změnit v systému organizace práce v zařízení. Zatímco ještě před rokem 1989 byla každá zdravotnická instituce personálně vybavena podle jednotného administrativního řízení, mají dnes zdravotnické instituce samy možnost řídit své lidské zdroje. Zdravotnické instituce už nejsou schovány v anonymitě velkých "ústavů národního zdraví", ale poskytují své služby pod vlastním jménem a identifikačním číslem. To umožňuje nejen ekonomickou i právní samostatnost, ale i konkrétní odpovědnost (12). Dotazovaní respondenti v domovech důchodců se nejvíce dožadovali změny v odměňování, což potvrzují i výsledky finančního odměňování (viz tabulka 8). Zatímco v hospicích se kladl velký důraz na změnu v přístupu řešení problému na pracovišti. Myslím si, že tento rozdíl je způsoben odlišnými hodnotami v obou zařízeních.

5.2 Diskuse k výsledkům dotazníku 2 – management

Standardizovaný rozhovor byl veden s managementem vybraných domovů důchodců (ÚSP Máj, Hvízdal a Dobrá voda v Českých Budějovicích) a hospiců (Hospic Sv. Lazara v Plzni, Sv. Alžběty v Brně a Sv. Jana Neumanna v Prachaticích).

První dvě otázky v dotazníku se týkaly identifikačních údajů vedoucích pracovníků domovů důchodců a hospiců. U dotazovaných respondentů jsem zjišťoval nejvyšší dosažené vzdělání, ale s ohledem na anonymitu a vzhledem k tomu, že by mohla hrozit identifikace respondentů jsem ustoupil od zveřejnění těchto údajů. Podle Mayerové (25) jsou na manažery obecně kladeny náročné požadavky, a to zejména v dovednostech a schopnostech koncepčních, lidských a technických. Záleží na úrovni řízení, v jakém poměru mají tyto dovednosti být. U vrcholového managementu se očekávají převládající koncepční dovednosti, u manažerů liniových (nejnižší řídicí stupeň) zase dovednosti technické a odborné. Schopnost jednat s lidmi je požadována na všech řídicích úrovních ve stejné míře. Z výsledků je jasné, že v obou skupinách zkoumaného souboru měli téměř všichni vedoucí zařízení jisté znalosti v oblasti manažerského vzdělání (viz tabulka 17).

Další otázky se týkaly vyhodnocení organizačního zázemí řízení lidských zdrojů v domovech důchodců a v hospicích.

Mezi nejčastější metody rozvoje zaměstnanců patří především vzdělávání, rekvalifikace, a doškolování. Podle autora (16) se v dnešní době stávají informace, znalosti a vzdělání rozhodujícími faktory úspěchu organizace. Proto je nezbytné znalosti efektivně generovat, řídit a zajistit jejich přenos do míst, kde jich lze nejlépe využít. Zde je nutné uvést, že vzdělávání zdravotnických pracovníků tvoří součást systému zdravotní péče, nikoliv jeho nadstavbu, neboť kvalita jejich vzdělanosti přímo ovlivňuje kvalitu poskytované zdravotní péče. Z výsledků vyplývá pozoruhodné zjištění, vedoucí v hospicích i v domovech důchodců umožňují pracovníkům alespoň jednou ročně semenáře týkající se duchovní tematiky (viz tabulka 18).

Hodnocení je používáno jako nástroj vhodný pro zjištění skutečné úrovně pracovníků na poli odborném, pracovním a zčásti i osobním. Prostřednictvím

hodnotících testů, zkoušek i pohovorů je monitorován pracovní výkon konkrétní osoby. Výstupem z procesu hodnocení je závěr vypovídající o výsledcích práce v daném časovém intervalu. Jedním z důležitých vlastností celého hodnocení je schopnost motivovat pracovníky pro další pracovní činnost (40). V hospicích i v domovech důchodců vedoucí vyhodnucejí, při přijímacím pohovoru, především vyplněný přijímací dotazník a životopis (viz tabulka 19).

Tošnerová (38) uvádí, že péče o umírající přináší emocionální vypětí a ne vždy je sestra schopna se s tímto vyrovnat. Proto by sestra měla být osobnost velice silná, ale především smířená s vlastní smrtelností. U sestry, která nebyla připravena na konfrontaci se smrtí hrozí vznik tzv. syndromu vyhoření. Dále souhlasím s Tilmannem (37), že kdo chce člověku vůbec nějak pomoci v duchovní oblasti, musí ho nejprve přesvědčit, že mu na něm záleží, bere ho vážně a respektuje jeho důstojnost i rozhodování, že je připraven ke vzájemnému sdílení a nemá na mysli jeho agitační napravování nebo poučování. Tyto první kroky na cestě k duchovní službě jsou nezbytné. Můžeme je označit i jako duchovní "první pomoc", či vytváření duchovní pohody, která by v prostředí hospice měla být přítomna stále. Zde si myslím, že je důležité aby vedoucí zařízeních byli schopni vyjít vstříc problémům svých pracovníků při zjištění negativních změn v jejich osobnosti, ke kterým může dojít při výkonu práce. Z výsledků je zřejmé, že vedoucí v obou zařízeních se snaží problém s podřízenými zpracovat osobní radou, což je podle mého názoru prvním krokem jak vyřešit nastávající problémy pracovníků (viz tabulka 20).

V novém zákoníku práce (53) se vymezují základní pravidla pro výběr fyzických osob (zaměstnanců) ucházejících se o konkrétní zaměstnání a postup zaměstnavatele při obsazování pracovního místa ve výběrovém řízení. Amstrong uvádí (3), že výběrové řízení, v němž se "hledá" vhodný zaměstnanec, musí vést zaměstnavatel neutrálně a nesmí odrazovat fyzické osoby z hlediska pohlaví, rasy, víry, věku apod. a rovněž i výběr zaměstnanců musí být prováděn tak, aby nedocházelo k diskriminaci zaměstnanců. Při výběru pracovníků v hospicích přihlížejí nejvíce vedoucí pracovníci na kladný postoj personálu ke klientům a na schopnost empatie osobnosti. V domovech důchodců vedení více přihlíží na asertivní jednání personálu (viz tabulka 23).

V některých domovech důchodců jsem si všiml jistého nedostatku v projevu empatie vůči klientům. Domnívám se, že tento projev může vycházet z nespokojenosti, nejistoty pracovníků v pracovním prostředí, které se pak takto zpětně negativně projevují (viz tabulka 9,10). Kvalita řídicí práce tak (podle mého názoru) není dost uspokojivá. Z výsledků dále také vyplívá, že společensky není zcela oceněna práce v domovech důchodců jako je tomu v hospicích (viz tabulka 10).

Poslední otázka se týkala názorů a podnětů pro vedení v personální oblasti. Grohar (13) uvádí, že z organizační perspektivy lze rozvoj lidských zdrojů charakterizovat jako proces hodnocení schopností zaměstnanců a na jeho základě formovat programy, které umožní zaměstnancům využít jejich plný potenciál ve prospěch naplnění podnikových cílů. Dojde tak k vytvoření správné atmosféry v organizaci, která umožní optimální výkon. Podle Františka (29) systém vzdělávání pracovníků v organizaci zahrnuje orientaci pracovníků, prohlubování kvalifikace, přeškolení, vedle rozvoje odbornosti je také sledován rozvoj osobnosti, který má být zaměřen na specifické stránky povolání jednotlivých pracovníků (dělníci, vedoucí pracovníci, technickohospodářští pracovníci, specialisté). Tato myšlenka je více brána v úvahu vedením hospiců. Osobně si myslím, že do jisté míry je tak zkvalitněno řízení lidských zdrojů na úrovni managementu. Také se stotožňuji s Dismanem (10), že vzdělávání zdravotnických pracovníků tvoří součást systému zdravotní péče, nikoliv však jen jako nadstavbu, neboť kvalita jejich vzdělanosti přímo ovlivňuje kvalitu poskytované zdravotní péče.

Na základě dotazníkového šetření se tak potvrdilo, že řízení lidských zdrojů v zařízeních hospicové péče má kvalitativně vyšší úroveň, než je tomu v domovech důchodců. Také společensky je práce zaměstnanců hospiců více uznávána (viz tabulka 10).

Gladkij (12) uvádí, že pokud se má instituce prosadit a získat dobré jméno, musí být strategické role jejího personálního managementu globální, dlouhodobé a inovační. Personální strategie musí nutně vycházet z celkového strategie organizace. Kromě toho musí přihlížet i k vývoji právních otázek, k trendům a k problémům pracovních sil, k

ekonomickému rozvoji oblasti nebo komunity , k případné restrukturalizaci organizace, k vnitro-organizačnímu plánování a ke strategii a politice odměňování. Toto by, dle mého osobního názoru, mělo být respektováno managementem domovů důchodců i hospiců.

6. Závěr

Cílem mé diplomové práce „Komparace charakteristických prvků řízení lidských zdrojů v domovech důchodců a zařízeních hospicové péče“ bylo jednak v rámci teoretické části určit priority v řízení lidských zdrojů a v praktické části pak zmapovat společenské a individuálně pojaté prvky řízení lidských zdrojů v zařízeních domovů důchodců a v zařízeních hospicové péče z hlediska kvalitativního rozvoje zaměstnaneckých sil.

Cíle této práce byly splněny. V teoretické části práce byly (pomocí odborné literatury) stanoveny kvalitativně pojaté priority v řízení lidských zdrojů v zařízeních domovů důchodců a v hospicích. Dotazníkové šetření a provedení řízených rozhovorů, které bylo prováděno na vybraných odděleních hospiců (Hospic Sv. Lazara v Plzni, Sv. Alžběty v Brně a Sv. Jana Neumanna v Prachaticích) a v domovech důchodců (ÚSP Máj, Hvízdal a Dobrá voda v Českých Budějovicích) se zaměřila na splnění cílů v praktické části diplomové práce.

Na základě provedeného dotazníkového šetření se zaměstnanci a na základě provedení standardizovaných rozhovorů s managementem hospiců a domovů důchodců se domnívám, že je možné potvrdit hypotézu, že řízení lidských zdrojů v zařízeních hospicové péče má kvalitativně vyšší úroveň než v domovech důchodců.

Z výsledků mého šetření v domovech důchodců i z hospiců však rovněž vyplývají jisté společné nedostatky, které jsou způsobeny omezeným využitím duchovních služeb duchovenstva a neznalostí této problematiky. V ošetřovatelství tvoří vyhledávání a uspokojování těchto potřeb nezbytnou součást v poskytování komplexní bio-psychosociálně-duchovní péče o pacienty. Je tedy nutné, aby si sestry v této oblasti prohlubovaly své znalosti a teoretické vědomosti se naučily lépe uplatňovat také v praxi.

Výsledky vyplývající ze zmapování společných a individuálně pojatých prvků řízení lidských zdrojů v zařízeních domovů důchodců a v hospicích z hlediska kvalitativního rozvoje zaměstnaneckých sil se shodují s odbornou literaturou, která se touto problematikou zabývá. Také odborná literatura poukazuje na vyšší kvalitativní úroveň řízení lidských zdrojů v zařízeních hospicové péče než je tomu v domovech důchodců.

Proces umírání je často záměrně opomíjenou složkou života, které se naše společnost vyhýbá, kterou tabuizuje. Snaha vyrovnat se smrtí nás samotných a našich blízkých by však paradoxně měla být jedním z našich celoživotních úkolů. Naplnění tohoto úkolu se pak stává více než podstatné pro pracovníky takových zařízení, jakými jsou hospice a domovy důchodců. Není to samozřejmě jednoduše zvládnutelný cíl. Umírání lidské bytosti je často velice bolestný proces plný fyzické i duševní bolesti, která se dotýká také nejbližšího okolí umírajícího. Jsme individualitami v životě a vlastně i se smrtí se každý z nás vyrovnává individuálně. Potřeba vyrovnat se s individuálními projevy umírání a s bolestí, která ho provází je pro pracovníky hospiců a domovů důchodců častou součástí dne. Kvalitní zázemí v oblasti řízení lidských zdrojů však může být ve zvládnutí takto náročných situací nápomocné.

Doufám, že také obsahové zaměření mé diplomové práce bude pro potřeby pracovníků zařízení hospiců a domovů důchodců přínosné.

7. Seznam použitých autorů

1. Ambrosová, D – Klímová, R. Vedení personálních a mzdových agend. 1.vyd.Praha:Pragoeduca,2004. 266 s. ISBN 80–7310-012–6.
2. Ambrosová, D – Klímová, R. Vedení personálních a mzdových agend. 1.vyd.Praha:Pragoeduca,2004. 266 s. ISBN 80–7310-012–6.
3. Amstrong, M. Řízení lidských zdrojů. 1.vyd.Praha: Grada Publishing,a.s., 2002.856 s. ISBN 80–247-0469–2.
4. Augustin, J. Praxe duchovního vedení. 1.vyd.Olomouc: Nakladatelství Velehrad, 1997. 147 s. ISBN 80–85966-02–6.
5. Bartlová, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6.vyd.Praha: Grada Publishing,a.s., 2005 ISBN 80–247-1197–4.
6. Business.[cit.2007-04-8] Dostupné z < http://en.wikipedia.org/wiki/Business_>
7. Cungi, C. Jak zvládat stres. 1.vyd.Praha: Portál, s.r.o, 2001.174 s. ISBN 80–7178-465–6.
8. Čechová, V. – Mellanová, A. Speciální psychologie. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 173 s. ISBN - 80-7013-386-4.
9. Dědina, J.- Cejthamr, V. Management a organizační chování.1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 340 s. ISBN - 80-247–1300-4.
10. Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN-80-246-0139-7.
11. Doenges, M., E. a kol. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
12. Gladkij, I. Managment ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN - 80-7226-996-8.
13. Grohar - Murray, M. E. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN - 80-247-0267-3.
14. Haškovcová, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990,s.172 – 182. ISBN 80-7038.- 158–2.

15. Hayesová, N. Základy sociální psychologie. 1.vyd.Praha:Portál, s.r.o., 1998.165 s. ISBN 80–7178-198–3.
16. Human capital in equity.[cit.2006-09-8] Dostupné z<<http://www.privateequityinternational.com/books/home.asp?id=19>>
17. Human resources. [cit.2007-03-7] Dostupné z <http://en.wikipedia.org/wiki/Human_resources>
18. Jarošová, D. Péče o seniory. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN - 80-7368-110-2.
19. Kareš, J – Drlíková, M - Brabcová,I. Moderní metoda v řízení.1vyd.České Budějovice:Jihočeská Univerzita,ZSF,2006.137 s. ISBN 80–7040-852—9.
20. Kolektiv autorů, Umírání a paliativní péče v ČR. 1.vyd.Praha: Hospicové sdružení Cesta 2004.103 s. ISBN 80–239-2832–5.
21. Křivohlavý, J.- Pečenková, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1 vyd. Praha: domů, Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN - 80-247-0784-5.
22. Kübler - Ross, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: H. a H. Jinočany, 1995. 288 s. (ISBN neuvedeno).
23. Marečková, J.- Vránová, V. Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí. 1 .vyd. Praha: Galén, 2000.142 s. ISBN 80-86257–21-5.
24. Mayerova, J – Růžička. Moderní personální management. 1.vyd.Jinočany:H & H Vyšehradská, s.r.o., 2000.173 s. ISBN 80–86022-65-X.
25. Mayerová, M.- Růžička, J. Moderní personální management. 1. vyd. Velký Šenov: H8H, 2000. 172 s. ISBN 80-86022–65-X.
26. Nakonečný, M. Psychologie osobnosti. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 336 s. ISBN 80- 200- 1289–3.
27. Nakonečný, M. Základy psychologie. I .vyd. Praha: Academia, 2004. 590 s. ISBN — 80–200-1290–7.
28. **Nařízení vlády č. 463/2004 Sb.**, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.
29. Phdr.František Hroník, Rozvoj a vzdělávání pracovníků. Praha:Grada

- Publishing,a.s., 2007 ISBN 978–80-247–1457-8
30. Pichaud, C. Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN-80-7178-184-3.
 31. Plamínek, J. - Fišer, R. Řízení podle kompetence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 180 s. ISBN 80–247-1074–9.
 32. Schaupp, K. Doprovázení. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. 116 s. ISBN 80–85527-45–6.
 33. Staňková, M. Sestra – Reprezentanti profese. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80–7195-039–4.
 34. Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 5. vyd. Praha: ECCE HOMO, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
 35. Šamánková, M. Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80246–0477-9.
 36. Škrlovi, P. – M. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha: AdventOrion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80–7172-841–1.
 37. Tilmann, K. Duchovní Rozhovor. 1. vyd. Lípa: Vizovice, 199. 186 s. ISBN 80–285-0010–3.
 38. Tošnerová, T. – Tošner, J. Bum-out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzu. [on line] cit. 2004–04-05]. Dostupná na: <http://www.hest.cz!ruzne/BURNOUT.doc>.
 39. Vágnerová, M. Úvod do psychologie. Praha: Univerzita Karlova Nakladatelství Karolinum, 2001. 210 s. ISBN 80–246-0015–3.
 40. Veber, J. Management – základy, prosperita, globalizace. 1. vyd. Praha: Management Press, 2003. 210 s. ISBN 80-7261-029-5.
 41. Vondráček, L. – Ludvík, M. České ošetrovatelství 12 Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I. Ediční řada — Praktické příručky pro sestry. 1. vyd.
 42. Vondráček, L. Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 100 s. ISBN 80-247–1198-2.
 43. Vorlíček, J. Adam, Z. a kolektiv, Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1

44. **Vyhláška č. 394/2004 Sb.**, kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky.
45. **Vyhláška č. 423/2004 Sb.**, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.
46. **Vyhláška č. 424/2004 Sb.**, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
47. Vymětal, J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN - 80-7178-740-X.
48. Waldenfeis, H. Fenomén Křesťanství. 1.vyd.Vyšehrad: Zvon, 1999.180 s ISBN 80-7021-329-9.
49. Weber, P. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. Brno: IDV PZ, 2000.15 1 s. ISBN 80-7013-314-7.
50. William, B – Werther, Davis. Lidský faktor a personální management. 1.vyd.Praha: Grada Publishing,a.s., 1992.611 s. ISBN 80-85605-04X.
51. **Zákon č. 96/2004 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).
52. Zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb (§109 – §117)
53. Zákoník práce č. 262 / 2006 Sb., ve zkratce (§ 52, § 53, § 55)

8. Klíčová slova

Management

Personál

Řízení lidských zdrojů

Kvalita

Doprovázení

Hospic

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro personál

Příloha 2 Dotazník pro management

Příloha 1
DOTAZNÍK

(pro pracovníky v hospicích a domovech důchodců)

Jmenuji se Joas Ndjulume Ekandjo a jsem studentem 4.ročníku oboru Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.

Tímto si Vás dovoluji, co nejzdvořileji požádat o vyplnění předloženého dotazníku, který má sloužit k vytvoření mé diplomové práce s názvem: „Komparace charakteristických prvků řízení lidských zdrojů v domovech důchodců a zařízeních hospicové péče“.

Výsledky vyplývající z dotazníku budou prezentovány anonymně. Předem vyjadřuji poděkování za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

1. Uveďte prosím Váš věk:

.Vaše pohlaví:

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- základní
- středoškolské bez maturity, vyučen/a
- středoškolské ukončené maturitou
- vyšší odborné ukončené absolutoriem
- vysokoškolské ukončené SZZ (bc., Mgr.)
- specializace v oboru (napište prosím v jakém).....

3. Vaše pracovní zařazení:

- Geriatr
- ošetřovatel/ka
- zdravotní sestra
- fyzioterapeut
- sociální pracovník
- ergoterapeut
- jiné

4. Jak dlouho pracujete v domově důchodců / hospici?

- 0-5 let
- 6 - 10let
- 11- 20let
- 21- 30let
- 31 a více

5. Profesi vykonávám zejména proto, protože:

(označte prosím jednu z odpovědí, nebo uveďte vlastní odpověď)

a/ tato profese naplňuje moji představu o vhodném zaměstnání pro mě

b/ nenalezl/a jsem jiné vhodnější zaměstnání

c/ tuto profesi vykonávám z jiného důvodu (uveďte prosím jakého).....

6. Domníváte se, že Vaše práce v domově důchodců/hospici je dostatečně finančně ohodnocena:

(označte prosím správnou odpověď)

- a) ano
- b) ne

7. Domníváte se, že Vaše práce v domově důchodců/hospici je dostatečně společensky oceněna:

(označte prosím správnou odpověď)

- a) ano
- b) ne

8. Práce v domově důchodců / hospici je pro mě náročná především:

(označte prosím jednu z odpovědí)

- a/ fyzicky
- b/ psychicky
- c/ fyzická i psychická náročnost je srovnatelná
- c/ nepocituji zvláštní fyzickou ani psychickou náročnost

9. Více než několik týdnů máte ve Vaší profesi pocit:

(označte prosím jednu z odpovědí)

- a/ celkem uspokojivé psychické pohody
- b/ někdy převažující psychické pohody, někdy převažující nepohody
- c/ převažující pocit psychické nepohody

10. Pokud u Vás převažují pocity nepohody (označili jste odpověď za c/ v otázce č.5) dostávají se příznaky:

(označte prosím všechny odpovědi, které odpovídají příznakům, které se u Vás dostávají)

- a/fyzické únavy, apatie, ochablosti
- b/rychlé unavitelnosti, která se dostaví po krátkých etapách relativního zotavení
- c/vegetativního rázu (bolest u srdce, hlavy, poruchy spánku, zažívacího traktu, zažívací, dýchací potíže, změny srdeční frekvence)
- d/přetrvávání celkové tenze
- e/zvýšení závislosti všeho druhu
- h/ něco jiného. Uveďte prosím.....

11. Existuje ve Vašem zařízení funkce psychologa, duchovního, který by byl k dispozici pro personál Vašeho zařízení?

- a) ano
- b) ne

12. Pokud jste odpověděli na otázku č.9 záporně, uvítali by jste funkci psychologa, duchovního, který by byl k dispozici personálu Vašeho zařízení?

- a) ano
- b) ne

13. Jaké formy aktivit by jste na vašem oddělení uvítal/a ?

(označte prosím všechny odpovědi, které odpovídají Vaším představám)

- a) odborné vzdělávací přednášky a semináře se zdravotnickou tematikou
- b) odborné psychologické školení zdravotního personálu
- c) odborný výcvik manažerských dovedností (leadership, mentoring, koučování, teambuilding, atd.)

- e) přednášky a semináře s duchovní tematikou
- f) možnost rekreačního vyžití, sportovní akce, kulturní akce.
- g) jiné formy aktivit (uveďte prosím jaké).....

14. Domníváte se, že je na vašem oddělení věnována dostatečná pozornost Vašemu osobnostnímu rozvoji (různé vzdělávací kurzy a kurzy sloužící rozvoji osobnosti)?

- a) ano
- b) ne

15. Máte pocit, že je potřeba změnit systém péče o klienta v domovech důchodců / hospicích?

- a/ v zásadě ne
- b/ rozhodně ano

16. Co by se mohlo změnit v systému organizace práce ve Vašem zařízení (prosím uveďte)

.....

Záznamový arch pro řízený rozhovor s managementem a personalisty jednotlivých domovů důchodců/ hospiců

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- středoškolské ukončené maturitou
- vyšší odborné ukončené absolutoriem
- vysokoškolské ukončené SZZ (bc., Mgr.)
- vlastním specializaci v oboru (v jakém).....

2. V rámci svého manažerského povolání jste absolvoval/a:

- a) bez popudu zaměstnavatele z vlastního rozhodnutí kurs zaměřený na rozvoj manažerských dovedností
- b) z popudu zaměstnavatele kurs zaměřený na rozvoj manažerských dovedností
- c) management v rámci studia
- d) z popudu zaměstnavatele odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení
- e) bez popudu zaměstnavatele z vlastního rozhodnutí odborný psychologický seminář týkající se problematiky vedení
- f) neabsolvovala žádnou z uvedených alternativ

3. V rámci zaměření se na rozvoj pracovníků Vašeho zařízení uveďte prosím jaké formy aktivit organizujete ?

- a) odborné vzdělávací přednášky a semináře se zdravotnickou tematikou
(neorganizujeme; organizujeme 1 x ročně; organizujeme 2x ročně; 3x a více ročně)
- b) odborné psychologické školení zdravotního personálu
(neorganizujeme; organizujeme 1 x ročně; organizujeme 2x ročně; 3x a více ročně)
- c) odborný manažerský výcvik (např. leadership, koučování, mentoring, teambuilding apod.)
(neorganizujeme; organizujeme 1 x ročně; organizujeme 2x ročně; 3x a více ročně).....
- d) přednášky a semináře s duchovní tematikou
(neorganizujeme; organizujeme 1 x ročně; organizujeme 2x ročně; 3x a více ročně)
- e) možnost rekreačního vyžití, sportovní akce, kulturní akce.
(neorganizujeme; organizujeme 1 x ročně; organizujeme 2x ročně; 3x a více ročně)
- f) jiné formy aktivit (uveďte prosím jaké.....?)

4. Při přijímacím pohovoru s žadatelem o práci ve Vašem domově důchodců/ hospici :

- a) vycházíte z informací, které získáte z pohovoru, zhodnocení dotazníku a životopisu
- b) vycházíte z vyjádření psychologa, který je k přijímacímu pohovoru přizván
- c) využíváte služeb speciálních poradců
- d) vycházíte z využití psychometrických testů

5. Při zjištění negativních změn v osobnosti Vašeho pracovníka, které by mohly vypovídat o přepracovanosti, náznaku syndromu vyhoření apod.:

- a) se snažíte problém s podřízeným zpracovat osobní radou
- b) doporučíte dané osobě návštěvu odborníka
- c) domluvíte návštěvu s odborníkem

- c) snažíte se na svém oddělení zajistit pravidelnou návštěvu psychologa
- d) snažíte se do osobních záležitostí svých podřízených nijak nezasahovat

6. Uvažujete o vybudování zařízení zřízeného pro odbornou psychickou pomoc personálu.?

- a) ano
- b) ne

7. Má vaše zařízení zřízeno funkci psychologa, duchovního, který by sloužil jako odborná psychologická pomoc pro personál vašeho zařízení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Při výběru personálu ve vašem domově důchodců/hospici je potřeba, kromě praktických dovedností a odborných znalostí vhodné určitě spektrum osobnostních předpokladů.

(Obodujte prosím jednotlivé vlastnosti určitým počtem bodů. U každé vlastnosti označte tak velký počet bodů, jak velký význam této odpovědi přisuzujete).

- asertivní jednání
(0 bodů, 5 bodů, 10 bodů, 15 bodů)
- komunikační dovednosti
(0 bodů, 5 bodů, 10 bodů, 15 bodů)
- kladný postoj k pacientům
(0 bodů, 5 bodů, 10 bodů, 15 bodů)
- smysl pro humor
(....)
- snaha dodržovat životosprávu
(....)
- vztah k duchovním otázkám
(....)
- vysoce empatická osobnost
(...)
- tvůrčí osobnost
(...)
- své zaměstnání považuje za poslání
(.....)
- jiná osobní vlastnost (uved'te jaká a obodujte).....
(0 b., 5 b., 10 b., 15 b.)

.....
.....

9. Uved'te prosím, svoje další názory a podněty pro práci v personální oblasti Vašeho zařízení:.....

.....

