



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika očkování zaměstnanců v sociálních službách proti chřipce se zaměřením na domovy pro seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Vladimíra Olivová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Problematika očkování zaměstnanců v sociálních službách proti chřipce se zaměřením na domovy pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2017

.....
Vladimíra Olivová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. MUDr. Lidmile Hamplové, PhD., za čas, vstřícnost, lidský přístup a odborné vedení při zpracování mé diplomové práce. Děkuji také vedoucím pracovníkům domovů pro seniory, kteří mi umožnili výzkum v těchto zařízeních a v neposlední řadě i všem respondentům za vyplnění dotazníků.

Problematika očkování zaměstnanců v sociálních službách proti chřipce se zaměřením na domovy pro seniory

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje problematice očkování zaměstnanců v sociálních službách proti chřipce v domovech pro seniory a možným etickým dilematům v souvislosti se zrušením povinného očkování proti sezónní chřipce v důsledku změny legislativy v roce 2010. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část shrnuje základní informace o sezónní chřipce, jejich dopadech a prevenci a poskytuje také přehled o poskytování pobytových služeb se zaměřením na domovy pro seniory. Jsou zde popsány základní aspekty zajištění kvality poskytované služby. V praktické části jsou vyhodnoceny a prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu v šesti domovech pro seniory. Hlavním cílem práce bylo zmapovat trendy proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách proti sezónní chřipce, jejich názory, postoje a motivaci k tomuto očkování. Výzkumné šetření ukázalo, že zrušení povinného očkování proti chřipce mělo negativní dopad na míru proočkovanosti zaměstnanců a nejčastějším důvodem k očkování v minulosti byla právě zákonem daná povinnost a nejčastějším důvodem k odmítání očkování v současnosti je nedůvěra v účinnost vakcinace. Výzkum ukázal i pozitivní význam doporučení praktického lékaře k očkování a jeho nezastupitelnou roli v předávání informací o chřipce. Vedlejším cílem bylo zjistit, jak vnímají zaměstnanci v domovech pro seniory dopad nemocnosti pracovníků v sociálních službách sezónní chřipkou na chod organizace a na kvalitu poskytovaných služeb. Jak ukázal výzkum, zaměstnanci se nedomnívají, že pracovní neschopnost z důvodu onemocnění chřipkou by měla dopad na chod a kvalitu poskytovaných služeb. Druhým vedlejším cílem bylo získat přehled o možné motivaci zaměstnanců v domovech pro seniory ke zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce. Z výsledku výzkumu vyplývá, že znovuzavedení povinného očkování by bylo pro zaměstnance nejsilnější motivací. Třetím vedlejším cílem bylo identifikovat možná etická dilemata s ohledem na změnu v povinnosti očkování proti sezónní chřipce. Tato dilemata byla definována v závěru praktické části.

Výsledky mohou být využity jako podklad pro motivaci vedoucích i řadových zaměstnanců domovů pro seniory k očkování proti sezónní chřipce s ohledem na ochranu jejich klientů.

Klíčová slova

domovy pro seniory; etická dilemata; chřipka; kvalita; motivace; očkování; zaměstnanci v sociálních službách

Issues of vaccination of workers in social services against seasonal influenza focused on homes for the elderly

Abstract

The diploma thesis deals with issues of vaccination of workers in social services against seasonal influenza in homes for the elderly. Furthermore, this diploma thesis deals with possible ethical dilemmas in connection with cancellation of mandatory vaccination against seasonal influenza as a result of the change of legislation in 2010. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part summarizes the basic information concerning seasonal influenza, its impact and prevention, and also provides an overview of long stay services focused on homes for the elderly. In the theoretical part there are also described the basic aspects relating to ensuring the quality of the service provided. Results of the quantitative research carried out in six homes for the elderly are presented and evaluated in the practical part of the thesis. The main goal of the diploma thesis is to map trends concerning the immunization coverage of workers in social services against seasonal influenza, opinions of these workers, their attitudes towards and motivation for such vaccination. Survey research shows that the cancellation of mandatory vaccination against seasonal influenza had a negative impact on immunization coverage of the workers in social services and that in the past the most common reason for vaccination was the duty laid down by law. Moreover, it follows from the results of the research that currently the main reason for refusal of vaccination lies in distrust in efficiency of vaccination. The research has also shown the importance of practising physicians' recommendations for vaccination and their irreplaceable part in provision of information about influenza. The secondary aim of the thesis was to discover how the workers in homes for the elderly perceive the impact of sickness rate of workers in social services caused by seasonal influenza on functioning of the organisation and on the quality of the services provided. As the research has shown, the workers do not believe that incapacity for work due to influenza has an impact on the functioning and quality of the services provided. Another secondary aim of this thesis

was to obtain an overview of possible motivation of the workers in homes for the elderly for increase in immunization coverage against seasonal influenza. It follows from the results of the research in question that the strongest motivation for the workers would be represented by reintroduction of mandatory vaccination. The third secondary aim of the thesis was to identify possible ethical dilemmas with respect to change in duty of vaccination against seasonal influenza. These dilemmas are defined in the conclusion of the practical part of the thesis. The results may be utilized as resource materials for motivation of both the senior employees and other employees of the homes for the elderly for vaccination against seasonal influenza with respect to protection of their clients.

Key words

homes for the elderly; ethical dilemmas; influenza; quality; motivation; vaccination; workers in social services

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Infekční nemoci.....	12
1.2 Historie očkování.....	12
1.3 Princip očkování.....	13
1.3.1 Vrozená a získaná imunita.....	14
1.3.2 Aktivní a pasivní imunita.....	14
1.4 Očkování v ČR.....	14
1.4.1 Pravidelné očkování.....	15
1.4.2 Zvláštní očkování.....	15
1.4.3 Mimořádné očkování.....	15
1.4.4 Očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony.....	15
1.4.5 Očkování na žádost fyzické osoby.....	16
1.4.6 Dobrovolná očkování.....	16
1.4.7 Doporučená očkování.....	16
1.5 Chřipka.....	16
1.6 Původce chřipky.....	17
1.6.1 Virus typu A.....	18
1.6.2 Virus typu B.....	18
1.6.3 Virus typu C.....	18
1.7 Zdroj a přenos chřipkového onemocnění.....	18
1.8 Klinický obraz chřipky.....	18
1.9 Komplikace chřipky.....	19
1.9.1 Primární komplikace.....	19
1.9.2 Sekundární komplikace.....	19
1.10 Prevence chřipky.....	20
1.11 Očkování proti chřipce.....	21
1.12 Současné možnosti vakcinace.....	21
1.12.1 Inaktivovaná štěpená vakcína.....	22
1.12.2 Inaktivovaná subjednotková vakcína.....	22
1.13 Doporučení a úhrada očkování v ČR.....	22
1.14 Doporučení k očkování proti chřipce.....	23
1.15 Současné postoje ve společnosti k očkování proti chřipce.....	24
1.16 Pobytová zařízení pro seniory v ČR.....	25
1.17 Domovy pro seniory.....	25
1.17.1 Základní činnosti při poskytování pobytové služby v DS.....	26
1.17.2 Zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb.....	26

1.17.3	Organizační zajištění DS	27
1.17.4	Specifikace vybraných profesí v DS.....	27
1.18	Právní normy a strategické dokumenty pro zdravotně sociální oblast.....	31
1.19	Přehled a charakteristika vybraných právních norem a dokumentů	31
1.19.1	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.....	31
1.19.2	Zákon o ochraně veřejného zdraví.....	32
1.19.3	Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem	33
	Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce.....	33
1.19.4	Standardy kvality sociálních služeb.....	34
1.19.5	Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb	37
1.19.6	Etický kodex sociálních pracovníků ČR.....	37
1.20	Etická dilemata v sociálních službách.....	38
2.	Cíl práce a hypotézy	40
2.1	Cíl práce	40
2.2	Vedlejší cíle.....	40
2.3	Hypotézy	40
3.	Metodika	41
3.1	Metodika výzkumu.....	41
3.2	Výběrový soubor.....	41
3.2.1	Domov Hostomice – Zátor, poskytovatel sociálních služeb.....	42
3.2.2	ANNA Český Brod, sociální služby pro seniory	42
3.2.3	Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb	42
3.2.4	Červený Mlýn Všestudy, poskytovatel sociálních služeb	43
3.2.5	Domov Hačka se sídlem v Olešce, poskytovatel sociálních služeb	43
3.2.6	Domov Sedlčany, poskytovatel sociálních služeb	43
3.3	Sběr dat.....	44
3.4	Testování hypotéz	44
4.	Výsledky	45
4.1	Sekundární analýza stavu proočkovanosti zaměstnanců DS proti chřipce	45
4.2	Kvantitativní dotazníkové šetření	46
5.	Diskuze	62
6.	Závěr	74
7.	Seznam použitých zdrojů.....	77
8.	Přílohy.....	85
8.1	Příloha č. 1: Dotazník o očkování proti sezónní chřipce	85
8.2	Příloha č. 2: Statistické testování hypotéz.....	89
9.	Seznam zkratk	98

Úvod

„Úroveň péče o osoby staré, nemohoucí a handicapované vždy vypovídala a vypovídá mnoho o kulturní a sociální vyspělosti dané společnosti. Poskytování kvalitní a bezpečné péče v oblasti zdravotních a sociálních služeb patří u nás už mnoho let mezi hlavní priority v oblasti veřejného zdraví“ (Vaverková, 2011).

Se stále se prodlužující délkou života narůstá také potřeba dostatečné nabídky sociálních služeb pro seniory, kteří jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Zároveň je kladen stále větší důraz na kvalitu poskytovaných služeb, dodržování lidských práv a ochranu uživatelů těchto služeb. S tím úzce souvisí také zvyšující se požadavky na všechny pracovníky, kteří se podílejí na poskytování sociálních služeb, a to jak v oblasti profesní způsobilosti, tak i v oblasti morální a osobní zodpovědnosti.

Mezi základní preventivní opatření na ochranu zdraví zaměstnanců i klientů v sociálních službách patří mimo jiné i očkování proti sezónní chřipce. Cílem tohoto očkování u personálu je především zabránit onemocnění a nezavleci je mezi klienty, pro které může mít onemocnění chřipkou vážné následky. V případě, že onemocní v chřipkovém období více zaměstnanců, může to způsobit vážné komplikace se zajištěním poskytované služby v požadovaném rozsahu a kvalitě.

Do roku 2010 bylo pravidelné očkování proti sezónní chřipce v ČR dle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem povinné pro zaměstnance na pracovištích s vyšším rizikem vzniku chřipky, mezi tato riziková pracoviště byly zařazeny také domovy pro seniory. V roce 2010 však byla tato povinnost zrušena a očkování proti chřipce je pro tyto zaměstnance dobrovolné a je hrazeno samotným zaměstnancem, případně zaměstnavatelem.

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila problematiku očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců v sociálních službách v souvislosti s etickými dilematy a kvalitou poskytované péče v domovech pro seniory. Dilema, zda by mělo být očkování zaměstnanců v sociálních službách povinné, či dobrovolné, považuji za velmi aktuální a zároveň obtížné a je nutné nahlížet na tuto problematiku vždy z různých úhlů pohledu,

neboť na jedné straně jsou práva klientů na ochranu jejich zdraví a profesní odpovědnost zaměstnanců, na straně druhé je pak právo zaměstnanců na svobodnou volbu. Nelze také opomíjet povinnosti zaměstnavatele jako poskytovatele sociální služby, mezi něž patří, podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, i povinnost provádět opatření k předcházení vzniku a šíření infekcí spojených s poskytovanou péčí.

1. Současný stav

1.1 Infekční nemoci

Infekční nemoci provázejí lidstvo od jeho vzniku a vždy měly výrazný vliv na zdravotní stav populace. První ochrana proti infekčním onemocněním byla nevědomá, například zpracování potravin ohněm, později lze nalézt v náboženských textech první náznaky hygienických zásad, což vedlo k lepší ochraně před nemocemi, a k neméně významným opatřením patřila snaha o izolaci nemocných. V důsledku nastupující urbanizace se však zvyšovalo riziko šíření infekčních nemocí, a to, společně s válečnými konflikty a s nimi souvisejícím hladověním, špínou a celkovým strádáním, vedlo k častým epidemiím a celá populace byla sužována morovými či cholery ranami (Rozsypal, 2015). Navzdory tomu, že tyto epidemie způsobující nemoci byly považovány za záhubu lidstva, nevědělo se o jejich původcích až do konce 18. století téměř nic. Praktické zkušenosti však naznačovaly, že prodělání některých nemocí funguje jako spolehlivá ochrana před dalším nakažením. Kdo nemoc přežil, získal trvalou odolnost – imunitu. Tak se postupně zrodila myšlenka umělého navození takovéto odolnosti – očkování (Jeseňák et al., 2013).

1.2 Historie očkování

Za objevitele očkování je považován skotský lékař Edward Jenner, který roku 1770 zpozoroval, že dojičky krav, které prodělaly kravské neštovice, ne onemocněly během epidemie pravých neštovic. Na základě svých pozorování aplikoval v květnu roku 1796 13letému chlapci a dvěma dalším lidem virus vakcinie, který získal od mladé ženy náhodně infikované kravskými neštovicemi (Beran et al., 2010). Za druhého objevitele očkování je považován Louis Pasteur. Ten v roce 1881 zjistil, že se virus vztekliny replikuje v mozkové tkáni a že je možné původce nákazy různými metodami oslabovat tak, že ztrácí schopnost vyvolat onemocnění, ale stále ještě vytváří protilátky ve zvířecím organismu. Během svých pokusů se snažil dokázat, že je možné vzteklinu přenést od nemocných králíků na zdravá zvířata, a to vpravením infikované mozkové tkáně do těla zdravého zvířete. To vedlo k přípravě očkovací látky z míchy nakažených

králíků pro očkování psů. První člověk byl proti vzteklině očkovan v roce 1885 (Beran et al., 2005).

Očkování má v lidské populaci dvě základní funkce; individuální a kolektivní imunitu. Na individuální úrovni musí stimulací imunitního systému očkování vytvářet ochranu vakcinované osoby před infekcí, naproti tomu při pravidelném plošném očkování na populační úrovni dochází k tzv. kolektivní imunitě. Ta brání přenosu infekčního původce, a ochrání tak i osoby, které se z nejrůznějších důvodů očkováním chránit nemohou. Například pro přerušení šíření spalniček musí být očkováno až 95 % populace, zatímco pro zamezení šíření chřipky postačuje proočkovanost okolo 80 %. Snížení proočkovanosti například kvůli nedůvěře v očkovací látku vede vždy ke zvýšení počtu nemocných i úmrtnosti na infekční nemoc (Beran et al., 2010).

V České republice má očkování dlouholetou tradici. V poválečném období byl v Československu zaveden ucelený a efektivní systém boje s infekčními nemocemi, přičemž stěžejní roli měly hygienické a protiepidemické služby, s důrazem na kvalitní surveillance a prevenci, a byly zaváděny celoplošné očkovací programy. Díky tomuto přístupu byl v padesátých letech téměř vymýcen záškrť a černý kašel a v roce 1960, po zavedení celostátního očkování proti přenosné dětské obrně, jsme byli první zemí na světě, kde bylo dosaženo eradikace této infekční nemoci (Beneš, 2009).

1.3 Princip očkování

Zdravý lidský organismus je vůči běžné infekci odolný, onemocní však, pokud je vystaven vysoce virulentnímu mikroorganismu. Očkování neboli vakcinace se řadí mezi jedno z nejvýznamnějších epidemiologických opatření v prevenci infekčních onemocnění a je zároveň zaměřeno na zvýšení odolnosti populace (Göpfertová et al., 2013). V laické, ale i v odborné veřejnosti jsou velmi často zaměňovány pojmy očkování a imunizace, přičemž očkování označuje samotný proces vpravení očkovací látky do lidského organismu, kdežto imunizací se rozumí vytvoření imunitní odpovědi v lidském organismu na aplikovanou vakcínu a vede u očkovanych osob k ochraně před infekcí (Beran et al., 2010).

V důsledku vakcinace dochází k prvním kontaktům s antigenem, jehož následkem je otisk jisté informace a vznik paměťové stopy. Vzniká tak imunologická paměť a imunitní

system je při opakovaném setkání s daným antigenem schopen rychlé a intenzivní obrany, a očkováná osoba získává imunitu (Göpfertová et al., 2013).

1.3.1 Vrozená a získaná imunita

Vrozená (přirozená, nespecifická) imunita je tvořena přirozenými obrannými mechanismy, které jsou součástí běžných fyziologických funkcí. Nepředchází jí žádný kontakt s infekčním agens a je tvořena řadou fyzikálních bariér, jako je kůže a sliznice. V případě, že dojde k prolomení těchto bariér, nastupují další složky vrozeného imunitního systému.

Získaná imunita se od vrozené imunity liší specifíčností a imunologickou pamětí. Nastupuje jako další stupeň obrany, pokud selhal vrozený imunitní systém. V důsledku působení cizího činitele (imunogen) se spouští řetěz reakcí, které aktivují lymfocyty a tvorbu protilátek zaměřených proti tomuto imunogenu (Ferenčík, 2005).

1.3.2 Aktivní a pasivní imunita

Za aktivní imunitu se označuje imunologická odpověď na infekční agens, je to tedy odezva na přirozenou infekci.

U pasivní imunity se jedná o dočasnou, nejčastěji 3-6 týdnů trvající rezistenci vůči určité infekci, která vzniká podáním hotových protilátek získaných od jiného jedince. Patří sem např. transplacentárně nebo mateřským mlékem přenesené protilátky, které navozují ochranu novorozence v prvních týdnech a měsících života proti infekcím, vůči nimž byla matka imunní. Pasivní imunizace se také provádí jako postexpoziční ochrana (Beran et al., 2010; Göpfertová et al., 2013).

1.4 Očkování v ČR

V současnosti tvoří očkování proti infekčním nemocem jednu ze základních složek primární prevence v ČR a jeho organizace se řídí dle zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v aktuálním znění (dále jen zákon o ochraně veřejného zdraví) a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o očkování), a je upraveno očkovacím kalendářem, který je součástí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví (Čeledová a Čevela, 2010). Touto vyhláškou je očkování rozděleno na očkování

pravidelná, zvláštní, mimořádná, očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony, a očkování provedená na žádost fyzické osoby. Financování je závislé na typu očkování, může být hrazeno státem, pojišťovnami, nebo samotným zájemcem, či jeho zákonným zástupcem (SZÚ, 2014).

1.4.1 Pravidelné očkování

Pravidelné očkování je legislativně vymezeno státem, má celospolečenský prospěch a je jediným spolehlivým prostředkem, jak se vyvarovat epidemií. Je plně hrazeno státem, případně z veřejného zdravotního pojištění. Je založeno na 2 principech, a to bezplatnosti a povinnosti podrobit se tomuto očkování.

Do pravidelného očkování se řadí očkování proti tuberkulóze (pouze u rizikových dětí s indikací), záškrtu, tetanu, černému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému *Haemophilus influenzae b*, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B, proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, proti pneumokokovým nákazám (pouze pro rizikové skupiny).

1.4.2 Zvláštní očkování

Zvláštní očkování je určeno osobám, které jsou vystaveny zvýšenému riziku nákazy, především při výkonu svého povolání. Vakcinace se provádí před vstupem osoby na pracoviště se zvýšeným rizikem nákazy. Pod zvláštní očkování náleží očkování proti virové hepatitidě A a virové hepatitidě B a proti vzteklině.

1.4.3 Mimořádné očkování

Mimořádným očkováním se rozumí očkování fyzických osob k prevenci infekcí v mimořádných situacích. Je vyhlášováno hlavním hygienikem ČR, případně je mohou nařídit krajské hygienické stanice po předchozím souhlasu Ministerstva zdravotnictví v případě hrozící či nastalé epidemie.

1.4.4 Očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony

Toto očkování se týká očkování proti tetanu a vzteklině (SZÚ, 2014).

1.4.5 Očkování na žádost fyzické osoby

Očkování na žádost fyzické osoby jsou rozdělena na očkování dobrovolná a doporučená.

1.4.6 Dobrovolná očkování

Dobrovolná očkování nejsou povinná, jsou však hodnocena jako společensky prospěšná a zdravotní pojišťovny je plně, nebo z části hradí. Je tedy na svobodné volbě jednotlivce, zda chce sebe či své dítě tímto očkováním chránit. Jsou zde zařazena očkování proti pneumokokovým nákazám, rakovině děložního čípku, chřipce (pro rizikové skupiny) a proti pneumokokovým nákazám (pro osoby nad 65 let).

1.4.7 Doporučená očkování

Doporučená očkování se považují za individuálně důležitá, přesto nejsou společensky nutná. Patří sem všechna ostatní očkování, která nejsou plně či z větší části hrazená státem nebo zdravotními pojišťovnami, včetně očkování při cestách do zahraničí, která provádějí především střediska očkování a cestovní medicíny. U nás sice tato očkování nejsou povinná, některá z nich jsou však podmínkou pro umožnění vstupu do některých zemí. Pro děti jsou doporučena očkování proti rotavirovým nákazám, meningokokům, hepatitidě typu A, chřipce, klíšťové encefalitidě a planým neštovicím. Pro dospělé jsou zde zařazena očkování proti chřipce, černému kašli, planým neštovicím, hepatitidě typu A, hepatitidě typu B, klíšťové encefalitidě, meningokokům, pásovému oparu a proti pneumokokovým nákazám (Petráš, 2012; ČVS, 2012). Při cestách do zahraničí jsou v závislosti na destinaci doporučována očkování proti virové hepatitidě A, virové hepatitidě B, břišnímu tyfu, meningokokové meningitidě, vzteklině, japonské encefalitidě, choleře, klíšťové encefalitidě, žluté zimnici a chřipce (SZÚ, 2017).

1.5 Chřipka

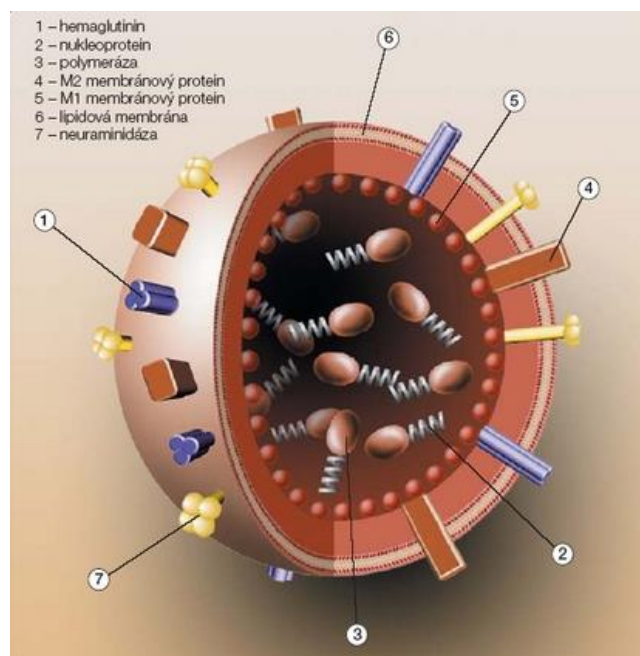
Chřipka je prudký zánět dýchacích cest, jedná se o vysoce nakažlivé infekční onemocnění, které postihuje všechny věkové skupiny a může vyvolat epidemie až pandemie. Ačkoliv chřipka patří mezi nejčastější lidské infekční onemocnění, které každým rokem postihuje až 10 % světové populace a je příčinou úmrtí tisíců lidí na celém světě, je v České republice stále považována laickou, ale bohužel často i

odbornou veřejností za banální infekci, jak uvádí Beran (2010), Kynčl a Havlíčková (2013). A to i přesto, že jsou k dispozici rozsáhlá data a informace o výskytu onemocnění chřipkou i riziku následných komplikací a úmrtí (Marešová, 2017). Havlíčková et al. (2016) zdůrazňuje, že i zcela běžný kmen sezónní chřipky může způsobit těžký, život ohrožující, průběh onemocnění.

1.6 Původce chřipky

Původci chřipkového onemocnění jsou viry čeledi Orthomyxoviridae. Jsou to částice o průměru 80 – 120 nm, které přežívají v prachu až 14 dní, ničí je však kyselé pH a UV záření. Základem viru je nukleoproteinové jádro, obal tvoří lipidová membrána, kterou prochází a vyčnívají z ní antigeny hemagglutinin a neuraminidáza (obr. 2), (Beran a Lesná, 2006). Hemagglutinin je zodpovědný za uchycení viru na povrchový receptor hostitelské epitelové buňky, neuraminidáza umožňuje viru projít vrstvou hlenu v průdušnici a dosáhnout epitelové buňky, kde uvolňuje nové části viru (Beran a Havlík, 2005b). Viry chřipky se dělí na typy A, B a C podle antigenních odlišností (Beran et al., 2010).

Virus typu A



Obr. 2 (Beran a Havlík, 2005a)

1.6.1 Virus typu A

Virus typu A se vyskytuje nejen u člověka, ale také u zvířat, nejčastěji jsou to kachny, labutě, racci, koně a prasata. Je dále rozdělen na subtypy podle typu bílkovin na povrchu viru: 18 subtypů H1-18 a 11 subtypů N1-11. Z epidemiologického i klinického hlediska má typ A v nemocnosti populace rozhodující význam, způsobuje závažná onemocnění a vede k pandemiím a opakovaným epidemiím (CDC, 2016c).

1.6.2 Virus typu B

Virus typu B byl izolován pouze u lidí a nedělí se na další subtypy, existují pouze dvě linie kmenu B, a to Yamagata a Victoria. Virus B vyvolává středně těžká onemocnění a způsobuje většinou pouze lokální epidemie (Beran et al., 2005), přesto jsou klinické příznaky infekce způsobené chřipkou typu A a B podobné (Glezen et al. 2013) a chřipka typu B ovlivňuje a způsobuje zvýšení úmrtnosti ve všech věkových kategoriích **7** (Ambrose a Levin, 2012).

1.6.3 Virus typu C

Chřipkový virus typu C se vyskytuje pouze u lidí, na rozdíl od typů A a B způsobuje pouze onemocnění s mírným průběhem, podobným onemocnění z nachlazení a nezpůsobuje epidemie (Beran et al., 2010).

1.7 Zdroj a přenos chřipkového onemocnění

Zdrojem nákazy je infikovaný člověk, který mluvením, kašlem či kýchnutím vylučuje v drobných kapénkách velké množství virových částic. Většina nakažených může takto šířit viry chřipky nejen v průběhu vlastního onemocnění, ale už 1 den před tím, než se u nich projeví první příznaky onemocnění, a 5 až 7 dnů po onemocnění. Přenos je také možný kontaktem s předměty, které jsou potřísněny sekrety nemocného a následným dotekem vlastních úst, očí nebo nosu (CDC, 2016a). Vstupní branou infekce je výstelka nosohltanu a ve výjimečných případech také oční spojivky (Kynčl a Havlíčková, 2011).

1.8 Klinický obraz chřipky

Inkubační doba chřipky je 12 hodin až 5 dní. Onemocnění se projevuje rychlým nástupem vysoké horečky i přes 40°C, zimnicí, třesavkou, bolestmi hlavy a kloubů,

únavou, malátností, nechutenstvím, bolestí v krku a suchým, dráždivým, bolestivým kašlem, který většinou po několika dnech přechází v kašel produktivní. Pokud je průběh nekomplikovaný, odezní chřipka za 7 – 10 dní. Celková únava po prodělaném onemocnění však přetrvává i několik týdnů (Rozsypal, 2015). S atypickým průběhem chřipky se lze setkat u seniorů, kdy horečnatá fáze často chybí a onemocnění se projeví náhlým stavem zmatenosti, případně rychle se rozvíjející kardiopulmonální nedostatečností v důsledku zvýšeného nároku na kardiovaskulární systém (Neuwirth, 2004).

1.9 Komplikace chřipky

Nebezpečí chřipky spočívá v častém vzniku komplikací, které mohou být primární, způsobené přímo virem chřipky, nebo sekundární, způsobené druhotnou bakteriální infekcí, a mohou postihnout kterýkoliv orgán (Marešová, 2017).

1.9.1 Primární komplikace

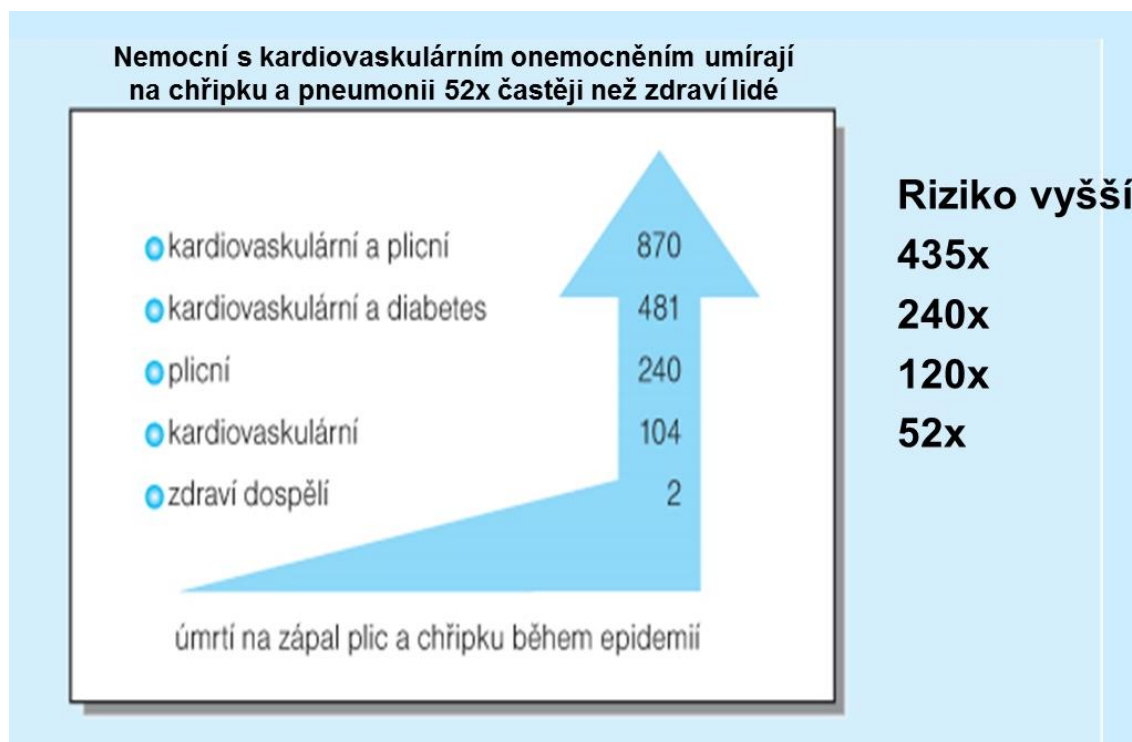
Mezi nejnebezpečnější, život ohrožující respirační komplikaci chřipky se řadí virová pneumonie, kdy krátce po začátku onemocnění dochází k rychlému zhoršení kašle i celkového stavu a i při včasné a intenzivní péči umírá až 50 % pacientů. Primárními mimorespiračními komplikacemi jsou myokarditida, perikarditida, encefalitida či meningitida (Kynčl a Havlíčková, 2011).

1.9.2 Sekundární komplikace

V důsledku rozsáhlého poškození epitelu dýchacích cest virem chřipky vznikají sekundární bakteriální infekce. U dospělých jsou to nejčastěji pneumonie, u dětí otitidy. Tyto komplikace nastupují zpravidla až po odeznění chřipkových příznaků (Marešová, 2017).

Riziko sekundárních komplikací je vyšší u osob starších 65 let a u osob se základním chronickým onemocněním plic nebo srdce, a u těchto osob se více než stokrát zvyšuje riziko hospitalizace i úmrtí v důsledku onemocnění chřipkou (Beran, 2010) obr. 1. Z obrázku je patrné, že ze 100 tisíc zdravých osob, které onemocní chřipkou s těžkým průběhem, dvě osoby zemřou na chřipku nebo zápal plic. Pokud by však onemocnělo

100 tisíc osob, které mají chronické kardiovaskulární a plicní onemocnění, pak na chřipku a zápal plic zemře přibližně 870 osob (Beran, 2012).



Obr. 1 (Beran a Havlík, 2005a)

1.10 Prevence chřipky

Zcela eliminovat riziko přenosu chřipkové infekce nelze, přesto existují možnosti, jak výrazně toto riziko snížit, případně zmírnit následky onemocnění. Základem prevence je celkový zdravý životní styl, neboť zdravý a otužilý organismus má větší šanci se infekci ubránit (Meditorial, 2006). Další možností prevence je dodržování obecných preventivních hygienických opatření v období zvýšeného výskytu chřipkových onemocnění, mezi něž patří časté mytí rukou, zakrývání úst a nosu při kašli a kýchání a omezení kontaktu s nemocnými. V průběhu chřipkové epidemie je vhodné omezit pobyt na místech s velkou koncentrací lidí, případně zvážit zákaz návštěv v lůžkových nemocničních zařízeních, ústavech sociální péče, domovech pro seniory a podobných zařízeních (SZÚ, 2011). Nejúčinnější a nejdůležitější prevencí je však každoroční očkování, které vede ke snížení výskytu onemocnění ve všech věkových skupinách a pomáhá snížit počty zemřelých v souvislosti s chřipkou (Kynčl a Havlíčková, 2011;

CDC, 2016a). Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že včasné očkování proti chřipce snižuje počet zápalů plic až o 50 %, počet hospitalizací až o 79 % a úmrtnost až o 80 % (Maďar, 2016).

1.11 Očkování proti chřipce

První očkování proti sezónní chřipce proběhlo v ČSR již v roce 1956, tehdy ještě celovirionovou vakcínou, která však byla značně reaktogenní. Obecně je každoroční očkování proti chřipce doporučeno osobám, u nichž je žádoucí snížit riziko onemocnění chřipkou a jejich případných komplikací, ale také osobám, které by mohly chřipkou rizikové pacienty nakazit, např. ošetřující personál či rodinní příslušníci (Kynčl a Havlíčková, 2011). Očkováním je však vhodné chránit nejen rizikové skupiny, ale také zdravé osoby, pro které chřipkové onemocnění představuje mimo zdravotních rizik také značné ekonomické ztráty v důsledku pracovní neschopnosti (Beran, 2011).

1.12 Současné možnosti vakcinace

WHO každoročně stanoví antigenní složení chřipkových vakcín a toto složení je pro výrobce vakcín závazné. Nejvhodnější doba k očkování je před začátkem chřipkové sezóny, tedy nejlépe v průběhu září až listopadu. Očkovat lze i v průběhu chřipkové epidemie, je však nutné počítat s tím, že ochrana po očkování nastupuje až po cca 10 - 14 dnech a očkováná osoba může onemocnět dříve, než si vytvoří dostatečné množství protilátek (Kynčl a Havlíčková, 2011). Protilátky přetrvávají až 36 měsíců, čímž je očkováná osoba spolehlivě chráněna po celou dobu aktuální chřipkové sezóny (Beran, 2013). V současné době jsou v ČR používány dva typy trivalentních chřipkových vakcín: inaktivovaná štěpená vakcína a inaktivovaná subjednotková vakcína. Tyto vakcíny obsahují 2 kmeny typu A a 1 kmen typu B (Beran, 2011). Nově bude v ČR na podzim 2017 dostupná tetravalentní inaktivovaná štěpená vakcína proti chřipce, která obsahuje 2 kmeny typu A a 2 kmeny typu B (Hospodářské noviny, 2017). Čtyřvalentní vakcína proti chřipce by měla poskytnout širší ochranu ve srovnání s třívalentními vakcínami (Ambrose a Levin, 2012) a podle odhadů by její používání mohlo vést k podstatnému snížení počtu onemocnění chřipkou i nákladů spojených s tímto onemocněním (Uhart et al., 2016).

1.12.1 Inaktivovaná štěpená vakcína

Vyrábí se z inaktivovaných virových částic, které jsou rozštěpeny, následně frakcionovány a zbaveny reaktogenních lipidů. Vakcína tedy obsahuje vnitřní i vnější antigeny, díky tomu je dostatečně imunogenní, přičemž je současně zachována velmi nízká reaktogenita (Beran, 2011).

Štěpené vakcíny dostupné v ČR v roce 2017 s platnou registrací (SUKL, 2017):

- Vaxigrip (třívalentní vakcína)
- Vaxigrip Tetra (čtyřvalentní vakcína)

1.12.2 Inaktivovaná subjednotková vakcína

Obsahuje pouze vnější antigeny hemaglutinin a neuraminidázu, které jsou odděleny jednak od jádra viru, jednak od vnitřních antigenů. Tím je dosaženo nižší reaktogenity a zároveň i nižší imunogenity (Beran a Havlík, 2005a).

Subjednotkové vakcíny dostupné v ČR v roce 2017 s platnou registrací (SUKL, 2017):

- Influvac (třívalentní vakcína)

1.13 Doporučení a úhrada očkování v ČR

Očkování proti chřipce je stanoveno legislativou jako jedno z hlavních preventivních opatření, zaměřených na ochranu zdraví pracovníků v sociálních službách. Nedodržování tohoto doporučení může ohrozit zdraví pracovníků, zdraví klientů a v těch nejzávažnějších případech může mít i právní důsledky (Vaverková, 2011). Očkování proti chřipce je nutno vnímat nejen jako ochranu zaměstnanců, ale také pacientů, protože ošetřující personál může být zdrojem nákazy pro pacienty s různým základním chronickým onemocněním. Proto některá zařízení svým zaměstnancům očkování proti chřipce nejen doporučují, ale také hradí (Marešová, 2017).

Úhrada očkování je vymezena vyhláškou o očkování a vyhláškou MZ ČR č. 63/2007 o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů (dále jen úhradová vyhláška). Osoby, které nejsou v těchto vyhláškách definovány, si v rámci nepovinného očkování vakcínu hradí samy, většina zdravotních pojišťoven však svým pojištěncům na nehrazená očkování přispívá.

V současnosti je v souladu s vysokými standardy péče o zdraví obyvatel dle úhradové vyhlášky každoroční očkování proti sezónní chřipce hrazeno

- u pojištěnců nad 65 let věku
- u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk
- u pojištěnců, kteří trpí závažným onemocněním srdce a cév nebo dýchacích cest, ledvin či diabetem
- u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem

1.14 Doporučení k očkování proti chřipce

Při chřipkovém onemocnění mezi zdravotnickým personálem se významně zvyšuje riziko přenosu onemocnění na pacienty i na ostatní pracovníky, což vede ke zvýšené pracovní neschopnosti a ekonomickým ztrátám zaměstnance i zaměstnavatele, i k celkovému finančnímu zatížení zdravotního systému. Proto CDC, ACIP a HICPAC doporučují ve Spojených státech každoroční očkování proti sezónní chřipce všem pracovníkům ve zdravotnictví, přičemž jsou do této skupiny zařazeni nejen lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, terapeuti, studenti a praktikanti, ale také zaměstnanci působící v dalších oblastech souvisejících se zajištěním provozu zařízení, jako je administrativa, stravování, úklid, prádelna, údržba a jiné, které sice nejsou v bezprostředním kontaktu s klienty, přesto mohou být vystaveni infekci (CDC, 2017).

Dle WHO (2017b) je každoroční očkování proti sezónní chřipce primárně doporučováno také lidem, kteří jsou výskytem závažných komplikací způsobených chřipkovým onemocněním nejvíce ohroženi. Jsou to především

- těhotné ženy
- jedinci starší 6 měsíců s určitými chronickými nemocemi
- osoby starší 65 let
- obyvatelé institucí pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- děti ve věku 6 – 59 měsíců

CDC (2016b) považuje za osoby ve vysokém riziku komplikací souvisejících s chřipkou

- těhotné ženy a ženy do dvou týdnů po porodu
- děti mladší 5 let, zejména pak děti do 2 let věku
- osoby starší 65 let
- obyvatele ošetrovatelských domů a zařízení dlouhodobé péče

1.15 Současné postoje ve společnosti k očkování proti chřipce

I přes veškerou osvětu je v ČR očkování proti chřipce jen velmi málo využíváno a jeho význam, efektivita a přínos jsou bohužel často zpochybňovány jak laickou, tak i odbornou veřejností. Ačkoliv u rizikových osob očkování proti sezónní chřipce snižuje pravděpodobnost hospitalizace a život ohrožujících průběhů, je proočkovanost v ČR ve srovnání se západními zeměmi stále nízká (Beran et al., 2010). Celková proočkovanost populace proti chřipce je v České republice pouhých 5 %, zatímco například ve Spojených státech je proti chřipce očkováno 46 % populace (MZČR, 2016).

Jak uvádí Vaverková (2011), zdravotní i sociální péče se při poskytování sociálních služeb vzájemně prolínají a nelze je od sebe striktně oddělit, proto lze většinu zásad pro zdravotní péči aplikovat i v oblasti sociální. U všech zdravotnických pracovníků by mělo být očkování proti sezónní chřipce samozřejmostí. V některých zemích je očkování proti chřipce považováno jako opatření v rámci bezpečnosti pacientů. Na některých odděleních nemocnice je dokonce povinné. Ve Spojených státech se podařilo během několika let zvýšit proočkovanost zdravotnického personálu na 72 %, všeobecných sester se nechalo naočkovat 79 % (MZČR, 2017). Maďar (2013) uvádí, že proočkovanost zdravotnického personálu proti chřipce je ve Spojených státech nad 60 % a v kvalitních zařízeních, kde je očkování povinně vyžadováno, dosahuje až 98 %. Havlíčková a Kynčl (2014) soudí, že zdravotnická zařízení by očkování proti chřipce měla nabízet veškerému personálu, který poskytuje zdravotní péči a zvláštní důraz by měl být kladen na očkování těch zdravotnických pracovníků, kteří poskytují péči osobám ve vysokém riziku vzniku chřipkových komplikací.

Pokud má být péče, kterou zdravotníci poskytují, kvalitní a bezpečná, pak je žádoucí, aby byli sami očkovaní proti chřipce a šli tak příkladem. Jen tak mohou věrohodně doporučit něco, o čem jsou sami přesvědčeni. To je velkou výzvou veřejného zdravotnictví v České republice. Je důležité samotné zdravotníky v této problematice vzdělávat, zdůrazňovat podporu očkování, jeho bezpečnost a účinnost založenou na důkazech (Marková, 2014).

1.16 Pobytová zařízení pro seniory v ČR

V současnosti státem zajišťovaná sociální péče o seniory zahrnuje širokou nabídku služeb, které poskytují také nestátní neziskové organizace, církve, samospráva krajů a obcí i soukromé osoby. Cílem je především zajištění kvality poskytovaných služeb, dodržování lidských práv, zvláště v oblasti zachování lidské důstojnosti, respektu a individuálního přístupu ke klientům s ohledem na konkrétní životní situaci, snaha o sociální začleňování, a v neposlední řadě je kladen důraz na odbornost pracovníků, kteří se na zajištění těchto služeb podílejí (Dvořáková, 2013b). Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) přesně vymezuje všechna zařízení sociálních služeb a mezi pobytové sociální služby pro seniory se řadí odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domy s pečovatelskou službou, zařízení následné péče, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory.

V ČR je až 85 % pobytových sociálních zařízení pro seniory zřizováno kraji nebo obcemi, v menší míře jsou pak tyto služby poskytovány neziskovými organizacemi (Malíková, 2011).

1.17 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují celoroční pobytovou službu, která je poskytována dle zákona o sociálních službách § 49: Domovy pro seniory, a dále dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Podle zákona o sociálních službách je v domovech pro seniory poskytována pobytová sociální služba osobám, které se z důvodu věku a zdravotního stavu ocitly v situaci, která vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, a nemohou již dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí. Kromě komplexní péče ve formě ubytování, stravování a pomoci při péči o vlastní osobu, služba podporuje soběstačnost klientů, zabezpečuje sociálně terapeutické, aktivizační činnosti a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Sokol a Trefilová, 2008).

1.17.1 Základní činnosti při poskytování pobytové služby v DS

Poskytované služby jsou přesně definovány zákonem o sociálních službách a podle § 49 tohoto zákona pobytová služba domovů pro seniory zahrnuje tyto základní činnosti:

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

Mimo tyto základní činnosti může poskytovatel zajišťovat i další činnosti, které jsou pak nabízeny jako fakultativní služby (Malíková, 2011).

1.17.2 Zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb

Veškeré sociální služby mohou být poskytovány pouze registrovanými poskytovateli, přičemž získání registrace je podmíněno dodržením zákonem stanovených podmínek, které jsou garancí kvality poskytovaných služeb. (Malíková, 2011). Od 1. 1. 2007 jsou součástí českých právních předpisů také Standardy kvality sociálních služeb (dále jen Standardy), které jsou závazné pro všechny poskytovatele sociálních služeb v ČR a jejich dodržování patří mezi základní povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Tyto standardy byly vypracovány na základě zákona o sociálních službách a jsou souborem

kritérií k posouzení kvality poskytovaných služeb v oblastech, které ovlivňují schopnost sociálních služeb naplňovat potřeby a zájmy nejen uživatelů, ale také poskytovatelů (Johnová a Čermáková, 2008). Aby bylo zajištěno sjednocení vnímání kvality sociálních služeb také na úrovni celé EU, byl Výborem pro sociální ochranu vytvořen Dobrovolný evropský rámec pro kvalitu sociálních služeb, který identifikuje kvalitativní principy pro dosažení vysoké kvality poskytovaných sociálních služeb (Dobrovolný Evropský rámec ..., 2010).

1.17.3 Organizační zajištění DS

Při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory je úzce provázána jak sociální, tak i zdravotní péče, proto je nezbytná koordinovaná činnost multidisciplinárních týmů, které zajišťují přímou péči o seniory (Dvořáčková, 2012). Okruh pracovníků, kteří tvoří tyto týmy, je definován zákonem o sociálních službách. Jedná se o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnické, pedagogické a další odborné pracovníky. Zejména tito zaměstnanci se nejvyšší měrou podílejí na poskytování sociální, zdravotní a ošetrovatelské péče, která je nedílnou součástí každodenní péče o klienty a má významný vliv na kvalitu poskytované služby (Malíková, 2011). Dvořáčková (2013a) poukazuje na nutnost rozvíjet odbornost personálu v sociálních službách tak, aby odpovídala stále se měnícím požadavkům jednotlivých profesí, neboť právě tento personál je nositelem kvalitních sociálních služeb.

1.17.4 Specifikace vybraných profesí v DS

Podmínkou je vždy způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Zdravotní způsobilost zjišťuje praktický lékař, který také vydává i lékařský posudek, u zaměstnanců organizace je toto v kompetenci lékaře závodní preventivní péče. Odborná způsobilost, charakteristika a struktura činností jednotlivých pracovníků je vždy upravena zákonem daného oboru (Malíková, 2011).

Sociální pracovník

Přijetím zákona o sociálních službách se významně změnila požadavky na vzdělání, ale také náplň a struktura činnosti sociálních pracovníků (Dvořáčková, 2012). Za odbornou

způsobilost je, dle zákona o sociálních službách, považováno vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo vysokoškolské vzdělání ve studijních bakalářských, magisterských nebo doktorských programech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Zákon o sociálních službách pak ukládá povinnost dalšího vzdělávání sociálních pracovníků v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, aby bylo zajištěno soustavné obnovování, upevňování a doplňování jejich kvalifikace, což je však podle názoru Papežové (2012) nedostačující a sociální pracovníci nutně věnují dalšímu vzdělávání mnoho volného času.

Hlavní pracovní činností sociálních pracovníků byla donedávna především finanční agenda klientů, ať už se jednalo o výplatu důchodů, pomoc při vyřizování příspěvků na péči či další záležitosti. Přijetím zákona o sociálních službách se však okruh jejich činností značně rozšířil (Papežová, 2012), a v současnosti sociální pracovníci vykonávají vysoce odborné činnosti nejen administrativního a ekonomického charakteru, ale také se významně podílejí na sociální intervenci, sociální koncepci, sociálně správních činnostech a jsou součástí sociálního managementu (Arnoldová, 2016). Tyto činnosti zahrnují např. sociální šetření, sociálně právní poradenství, vedení sociální dokumentace klientů, individuální plánování, zjišťování potřeb obce a kraje, koordinaci poskytování sociálních služeb, spolupráci s dalšími pracovníky zařízení, na příslušných úřadech i s dalšími poskytovateli sociálních služeb (Sokol a Trefilová, 2008).

Pracovník v sociálních službách

Jak definuje zákon o sociálních službách, odbornou způsobilostí pro pracovníka v sociálních službách je ukončené základní, střední, střední odborné nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, jehož obsah a minimální rozsah je stanoven prováděcím právním předpisem. Podmínku absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu je nutno splnit do 18 měsíců ode dne nástupu pracovníka v sociálních službách do zaměstnání, do doby splnění této podmínky

vykonává pracovník činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách. Absolvování tohoto kurzu není vyžadováno u osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, ergoterapeut nebo odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost, nebo činnosti při základním sociálním poradenství, vzdělávací, výchovné, aktivizační a další činnosti pod dohledem sociálního pracovníka (Arnoldová, 2016). Přímá obslužná péče zahrnuje např. nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, podporu soběstačnosti, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů. Základní výchovná nepedagogická činnost spočívá především v prohlubování, upevňování i možné fixaci základních hygienických a společenských návyků, vytváření a další rozvíjení pracovních návyků a manuální zručnosti a provádění volnočasových aktivit. Pečovatelská činnost zahrnuje mimo jiné vykonávání prací spojených s přímým kontaktem s klienty a komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, pomoc při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychickou aktivizaci. Práce pracovníků v sociálních službách v pobytových sociálních službách spočívá především v přímé obslužné péči (Sokol a Trefilová, 2008).

Zdravotnický pracovník

Podmínky výkonu činnosti zdravotnických pracovníků jsou upraveny zákonem 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) a zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zdravotničtí pracovníci v pobytových sociálních službách jsou rozděleni do následujících kategorií: vrchní sestra nebo vedoucí ošetřovatelské péče (dále jen vrchní sestra), všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut.

Kvalifikačními požadavky u vrchní sestry jsou, dle zákona 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), dokončené vysokoškolské vzdělání v oborech ošetrovatelství, všeobecná sestra, nebo ošetrovatelská péče v gerontologii a registrace sester. Vrchní sestra je podřízena vedoucímu zařízení a v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti ošetrovatelské péče zastává nejvyšší pozici. Do její kompetence náleží plánování, koordinace, kontrola, vyhodnocování, personální a materiálně technické zajištění zdravotnické a ošetrovatelské péče, provádí nejnáročnější zdravotnickou a ošetrovatelskou činnost v rámci činností všeobecné sestry, dohlíží na správnou manipulaci při podávání léků a odpovídá za správnost jejich uložení a jejich evidenci, zajišťuje odborné stáže a odborné semináře pro pracovníky (Malíková, 2011).

Odbornou způsobilostí pro všeobecné sestry je, dle zákona 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), dokončené střední odborné nebo vyšší odborné vzdělání v oboru všeobecná sestra v sociálních službách, specializační studium se zaměřením na ošetrovatelskou péči, nebo vysokoškolské studium v oboru ošetrovatelství nebo ošetrovatelskou péči, a registrace sester. Všeobecné sestry jsou podřízeny vrchní sestře a jejich pracovní pozice náleží do kategorie nelékařský zdravotnický pracovník (Metodika zajištění..., 2006). Zajišťuje a provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty, vede ošetrovatelskou dokumentaci, odpovídá za úpravu a čistotu prostředí, provádí edukaci klienta, jeho příbuzných a jiných blízkých osob a další činnosti (Malíková, 2011). Jak uvádí Kutnohorská (2007), v rámci své profese zastává všeobecná sestra roli několik. Při své práci působí primárně jako ošetrovatelka, zároveň ji však lze označit také za komunikátora a advokáta klienta, v neposlední řadě působí jako edukátor v rovině zdravotně výchovné.

1.18 Právní normy a strategické dokumenty pro zdravotně sociální oblast

Na ochranu práv klientů byla schválena řada oficiálních dokumentů. Některé z nich jsou závazné výhradně pro ČR, jiné jsou platné na mezinárodní či celosvětové úrovni. Poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory se v ČR řídí celou řadou zákonných norem a právních předpisů a všichni poskytovatelé jsou povinni se s nimi seznámit a dodržovat je (Malíková, 2011).

1.19 Přehled a charakteristika vybraných právních norem a dokumentů

- Ústava ČR
- Listina základních práv a svobod
- Všeobecná deklarace lidských práv
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky
- Standardy kvality sociálních služeb
- Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce
- Zákon o ochraně veřejného zdraví
- Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem
- Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

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

Stěžejní zákonnou normou v sociální oblasti je zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách), platný od 1. 1. 2007. Vymezuje práva a povinnosti všech aktérů v sociálních službách, upravuje podmínky pro výkon sociální práce, tvoří právní rámec pro vztahy při poskytování podpory a pomoci osobám v nepříznivé životní situaci, definuje jednotlivé druhy sociálních služeb a rozsah činností, které je nutno u každé poskytované služby zajistit, a v neposlední řadě popisuje kontrolní systém poskytovaných sociálních služeb (Dvořáčková, 2013a).

Jeho posláním je chránit práva a oprávněné zájmy osob, které tak nemohou činit z důvodu nepříznivé zdravotní či sociální situace a jeho hlavním cílem je podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti v nejširším možném rozsahu. Zákon o sociálních službách definuje tři druhy služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby jsou pak dále členěny podle místa poskytování na terénní, ambulantní a pobytové (Dvořáčková, 2013a).

1.19.2 Zákon o ochraně veřejného zdraví

Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění je upraveno zákonem 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění. Zákon upravuje i povinnosti poskytovatelů sociálních služeb v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, aby se zabránilo vzniku a šíření infekcí spojených s poskytovanou péčí.

§ 15, odst. 1 *„Poskytovatel zdravotních služeb nebo poskytovatel sociálních služeb v týdenním stacionáři, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem, (dále jen „osoba poskytující péči“), jsou povinni činit hygienická a protiepidemická opatření k předcházení vzniku a šíření infekce spojené se zdravotní péčí. Infekcí spojenou se zdravotní péčí se rozumí nemoc nebo patologický stav vzniklý v souvislosti s přítomností původce infekce nebo jeho produktů ve spojitosti s pobytem nebo výkony prováděnými osobou poskytující péči ve zdravotnickém zařízení, v týdenním stacionáři, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem, v příslušné inkubační době.“*

§ 16, odst. 1 *„Osoba poskytující péči je při výskytu infekce spojené se zdravotní péčí nebo při podezření na její výskyt povinna neprodleně zjistit její příčiny a zdroje, způsob přenosu původce a provést odpovídající protiepidemická opatření k zamezení jejího dalšího šíření.“*

§ 64 *„Opatření, kterým jsou povinny se podrobit fyzické osoby
Fyzická osoba, která onemocněla infekčním onemocněním nebo je podezřelá z nákazy, je podle povahy infekčního onemocnění zejména povinna*

d) zdržet se činnosti, která by mohla vést k dalšímu šíření infekčního onemocnění, a je-li běžnou součástí života, vykonávat ji tak, aby se riziko šíření snížilo.

1.19.3 Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o očkování) upravuje, mimo jiné, členění očkování a podmínky, za jakých jsou tato očkování prováděna, a také vymezuje pracoviště, která jsou ve vyšším riziku vzniku infekčních onemocnění. Tato vyhláška o očkování upravovala v § 12 odst. 3 zvláštní očkování proti chřipce a podle § 16 odst. 3 náležely mezi riziková pracoviště, jejichž zaměstnanci podléhají tomuto očkování, také domovy pro seniory. V roce 2010 byla vyhláška o očkování novelizována a § 12 odst. 3 byl zrušen. V důsledku této legislativní změny je v současnosti očkování proti chřipce pro zaměstnance v domovech pro seniory dobrovolné a je hrazeno samotným zaměstnancem, případně zaměstnavatelem.

Národní akční plán na zvýšení proočkovánosti proti sezónní chřipce

Jako jeden z nástrojů ke zvýšení informovanosti o významu očkování proti sezónní chřipce byl v souladu s doporučeními Rady Evropy dne 10. srpna 2011 schválen vládou ČR Národní akční plán (dále NAP) na zvýšení proočkovánosti proti sezónní chřipce v České republice. Tento dokument je zaměřený na podporu vakcinace proti chřipce u starších osob a zdravotnických pracovníků, na mapování důvodů, které vedou k odmítání této vakcinace a na stanovení opatření podpory vzdělávání i odborné přípravy v této oblasti (MZČR, 2011).

Mezi hlavní strategické cíle NAP patří zajistit pro odbornou i laickou veřejnost cílené edukační kampaně o významu a přínosu očkování proti sezónní chřipce, zvýšit u zdravotnických pracovníků proočkovánost proti chřipce a dosáhnout u starších osob, osob se zdravotním postižením a osob s chronickým onemocněním co nejdříve proočkovánost proti chřipce 75 %. Jednou z konkrétních aktivit plánu je také „*podpora vzdělávání studentů zdravotnických škol a lékařských fakult a škol připravujících budoucí pracovníky v sociálních službách v přímém kontaktu s klienty, zdravotnických pracovníků a pracovníků médií včetně odborné přípravy a výměny informací o významu*

očkování proti sezónní chřipce a současně o možných závažných zdravotních důsledcích onemocnění sezónní chřipkou.“ (MZČR, 2011).

NAP také definuje 4 základní cílové skupiny, jimž je především určena strategie daná tímto dokumentem. Do první skupiny jsou zařazeni především praktičtí lékaři, pneumologové, kardiologové, diabetologové, nefrologové a ošetřující personál v zařízeních sociálních služeb. Druhou skupinu tvoří studenti zdravotnických škol, lékařských fakult a škol, které připravují budoucí pracovníky v sociálních službách. Ve třetí skupině jsou všechny osoby starší 65 let a do čtvrté skupiny pak spadají osoby s chronickým základním onemocněním, jejichž dekompenzace v důsledku onemocnění chřipkou by mohla vést k vážnému ohrožení jejich zdravotního stavu (MZČR, 2011).

1.19.4 Standardy kvality sociálních služeb

Primárním posláním standardů je zajistit kvalitu poskytovaných služeb a chránit zájmy a práva klientů napříč činnostmi, které s poskytováním sociálních služeb souvisí. Jsou základním nástrojem kontroly kvality a napomáhají rozvoji sociálních služeb, přičemž ochrana práv klientů je hlavním a společným jmenovatelem napříč všemi standardy (Malíková, 2011).

Standardy jsou podle jejich obsahu rozděleny do tří základních okruhů na standardy procedurální, personální a provozní.

Procedurální standardy určují základní pravidla k poskytování služby, od přijímání klientů, ochrany jejich práv a svobod, individuálního přístupu, postupů pro podávání stížností, až po návaznost na další služby.

Personální standardy jsou zaměřeny především na organizační zajištění poskytované služby, přijímání zaměstnanců, vytvoření pracovních podmínek odpovídajících zákoníku práce, ale také na profesní rozvoj jednotlivců i celých pracovních týmů.

Provozní standardy pak definují podmínky poskytování služby, zejména místní a časovou dostupnost, postupy v nouzových a havarijních situacích a v neposlední řadě také zajištění a zvyšování kvality služby (Matoušek et al., 2007).

Dvořáčková (2013a) poukazuje na závislost kvality poskytovaných sociálních služeb na pracovnících v těchto službách a považuje za nejefektivnější a přirozenou cestu ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb soustavné a intenzivní vzdělávání pracovníků, se zaměřením především na manažery zařízení a pracovníky v přímé péči.

MPSV již dlouhou dobu poukazuje na významnost Standardu 9 a 10, které se věnují právě personální oblasti poskytovatelů sociálních služeb. Stejně jako je poskytovatel povinen pracovat individuálně s klienty sociálních služeb, má zároveň zákonem danou povinnost individuálně a systematicky pracovat se zaměstnanci s ohledem na jejich vzdělávací potřeby a soustavně rozvíjet jejich profesní znalosti a dovednosti (MPSV, 2012).

Standard č. 9: Personální a organizační zajištění sociální služby

Jsou zde specifikována kritéria pro personální a organizační zajištění sociální služby. Písemně je stanovena struktura a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky i osobnostní předpoklady každého poskytovatele. Organizační struktura a počty zaměstnanců jsou stanoveny v závislosti na druhu poskytované sociální služby, její kapacitě, počtu a potřebách osob, kterým je služba poskytována. Základním předpokladem pro odpovídající personální zajištění je vytvoření personálního plánu, jenž vychází z důkladné analýzy počtu pracovníků a jejich kvalifikace, potřebných k zajištění dané služby. Aby tento personální plán odpovídal reálným potřebám uživatelů, měl by být zpracován vedením ve spolupráci s pracovníky, kteří znají potřeby uživatelů služby. Součástí tohoto plánu by měl být i funkční systém zastupitelnosti jednotlivých pracovníků v případě nemoci, dovolené apod. (Johnová a Čermáková, 2008).

Dostatečný počet pracovníků v přímé péči má zásadní vliv na kvalitu poskytované služby. Poměr klientů a celkový počet pracovníků v přímé péči by neměl být vyšší než 3,3, přičemž je potřeba zohlednit nepřetržitý provoz zařízení a dodržování Zákoníku práce (Doporučený standard..., 2015). Malíková (2011) uvádí, že v českých pobytových sociálních zařízeních pečuje jeden pracovník v přímé péči o 3 až 15 klientů,

což je velmi vysoký počet, který znemožňuje pracovníkům vykonávat svou práci v dostatečné kvalitě a je to jeden z důvodů demotivace, syndromu vyhoření a fluktuace.

Standard č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců

Úroveň poskytovaných sociálních služeb je přímo závislá na lidech, kteří v této oblasti pracují. Tito pracovníci v sociálních službách patří k nejcennějším zdrojům a jejich celoživotní odborné vzdělávání je nezbytné pro kvalitu sociální práce. Každá pracovní pozice vyžaduje specifickou kvalifikaci a speciální odborné znalosti, zároveň musí všichni pracovníci respektovat a dodržovat etické principy a lidská práva (Bílá kniha..., 2003). Dle standardu č. 10 má každý poskytovatel písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců, podle kterého je postupováno při zajišťování potřebného vzdělávání a profesního rozvoje zaměstnanců (Johnová a Čermáková, 2008). Je však potřeba zohlednit, že ne každý pracovník má předpoklady pro všechny činnosti a je proto úkolem dané organizace, aby dokázala sladit potřeby organizace s potřebami a schopnostmi pracovníků (Krutilová et al., 2009).

Standard č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců

Poskytovatel je povinen poskytovat sociální služby odborně, kvalitně a bezpečně. Vzniku některých situací se nedá vždy zabránit, proto má mít poskytovatel písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, postupy pro jejich řešení a způsob seznamování pracovníků s danou metodikou. Příčinou vzniku takové situace může být např. epidemie onemocnění pracovníků a s tím související způsob, jak bude služba zajištěna, aby nedošlo k negativnímu ovlivnění úrovně kvality poskytované služby. Důležitá je prevence vzniku takových událostí a s tím souvisí i povinnost vést písemný záznam o každé proběhlé nouzové, havarijní nebo mimořádné situaci s následným vyhodnocením, a přijetí změn v poskytované praxi, pokud se některé situace opakují (Krutilová et al., 2009; Straková a Čermáková, 2008).

1.19.5 Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Tyto akreditační standardy, včetně metodiky, byly vydány Spojenou akreditační komisí, jež vznikla v roce 1998 s cílem zvyšovat kvalitu a bezpečí zdravotní péče v ČR, a jsou určeny pro ta zařízení sociálních služeb, která zároveň poskytují také zdravotní péči. Jsou nástrojem pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Jejich uspořádání je rozděleno do kapitol podle příslušných činností v oblasti řízení kvality, bezpečí zdravotní péče, zdravotní péče, dostupnosti a kontinuity zdravotní péče, hygieny prostředí, protiepidemických opatření a řízení lidských zdrojů, a dále pak na jednotlivé standardy (Marx a Vlček, 2014). Standard pro hygienu prostředí a protiepidemická opatření je zaměřen na vytvoření komplexního programu kontroly infekcí, zahrnující nejen problematiku péče o klienta a oblast zdraví pracovníků, ale také na stanovení postupů a metod zaměřených na snížení rizika infekce pro klienty i pracovníky, včetně zajištění školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky v souladu s platnou legislativou (Akreditační standardy..., 2014).

1.19.6 Etický kodex sociálních pracovníků ČR

Etika zdravotně sociální práce je definována souborem norem a pravidel, která charakterizují a určují chování a jednání zdravotně sociálních pracovníků (Kutnohorská et al., 2012).

Při poskytování sociálních služeb je nezbytné dodržovat základní etické zásady, nejedná se však pouze o vztahy vůči klientům, ale o celé spektrum sociální oblasti. Etický kodex sociálních pracovníků v ČR (dále jen etický kodex) lze považovat za stěžejní nástroj, jenž významnou měrou přispívá ke kvalitě v sociální práci, má klíčovou roli pro utváření profesní identity pracovníků a zároveň chrání klienty před zanedbáním péče (Malík Holasová, 2014). Byl schválen plénem Společnosti s účinností od 20. 5. 2006 a sestává z úvodní části, samotných pravidel etického chování sociálního pracovníka, etických problémových okruhů a závěru. V úvodní části jsou shrnuty základní mravní hodnoty a etické zásady, které jsou v souladu s významnými dokumenty z oblasti

dodržování lidských práv, jako je Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv Spojených národů, Listina základních práv a svobod či Ústava ČR (Malíková, 2011). V další části jsou podrobně popsána pravidla etického chování sociálního pracovníka nejen v rámci vztahu ke klientovi, ale také ve vztahu k zaměstnavateli, kolegům, vlastnímu povolání, odbornosti i celé společnosti. Nezbytnou součástí jsou pak etické problémové okruhy, jež poukazují na možná etická dilemata, která mohou nastat ve všech oblastech poskytování sociálních služeb. V závěru etického kodexu se Společnost sociálních pracovníků zavazuje pomáhat analyzovat a řešit jednotlivé etické problémy a situace (SSPCR, 2006).

1.20 Etická dilemata v sociálních službách

Dilema je definováno jako nutná, ne vždy jednoduchá volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími alternativami řešení, přičemž v některých situacích se této volbě lze vyhnout, nebo ji alespoň oddálit (Musil, 2004). Banks (2012) diferencuje etické problémy a etická dilemata. Za etický problém považuje situaci, kdy je zřejmé, jak by se měl pracovník rozhodnout, ale toto rozhodnutí je v rozporu s jeho osobním názorem. Naproti tomu za etické dilema považuje situaci, kdy pracovník stojí před volbou mezi dvěma nebo více možnostmi, které jsou stejně nevhodné, představují proto konflikt morálních principů a nelze jednoznačně určit, které řešení je správné.

Podoba etických dilemat je určena jednak povahou poskytované služby, ale také je ovlivněna sociální politikou státu, zaměstnavatelem pracovníka i vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem (Banks a Gallagher, 2009). Mezi nejčastější dilemata v pomáhajících profesích patří dilema moci vs. pomoci, materiální vs. nemateriální pomoci, neutrality vs. favoritismu, kvality vs. kvantity, klienta vs. organizace (Musil, 2004). Velkou roli zde vždy hraje osobnost pracovníka, to jak vnímá danou situaci, jakou má praxi a zkušenost i jeho vnitřní morální hodnoty (Matoušek et al., 2013).

Další problémové etické situace mohou dle Etického kodexu sociálních pracovníků (SSPCR, 2006) nastat v případě, kdy se loajalita pracovníka s klientem dostane do konfliktu při střetu zájmu:

- pracovníka s klientem

- klienta s jinou osobou
- institucí nebo organizací se skupinou klientů
- klientů s ostatní společností
- mezi zaměstnavatelem a jeho zaměstnanci

K řešení etických dilemat nelze najít přesný návod, a to ani v etickém kodexu, neboť v sociální práci je kladen důraz na svědomí, morálku a vlastní etické jednání pracovníků v sociální sféře (Banks a Nohr, 2012; Flídrová, 2015).

Mezi základní hodnoty v sociální práci patří odpovědnost ke klientům a společnosti, a na zaměstnance, kteří se podílejí na péči o klienty zdravotně sociálních služeb, jsou kladeny vysoké nároky nejen v oblasti odborné úrovně a způsobilosti, ale také na jejich morálně volní vlastnosti, neboť právě tito zaměstnanci mohou výrazně ovlivnit kvalitu poskytované péče (Vaverková, 2011).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem empirické části je zmapovat trendy proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách proti sezónní chřipce, jejich názory, postoje a motivaci k tomuto očkování.

2.2 Vedlejší cíle

Prvním vedlejším cílem je zjistit, jak vnímají zaměstnanci v DS dopad nemoci pracovníků v sociálních službách sezónní chřipkou na chod organizace a na kvalitu poskytovaných služeb.

Druhým vedlejším cílem je získat přehled o možné motivaci zaměstnanců v DS ke zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce.

Třetím vedlejším cílem je identifikovat možná etická dilemata s ohledem na změnu v povinnosti očkování proti sezónní chřipce dle zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášce 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.

2.3 Hypotézy

V souvislosti se stanovenými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách DS proti sezónní chřipce před a po změně zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.

H2: Nemocnost zaměstnanců v sociálních službách DS chřipkou narušuje chod organizace a kvalitu poskytované péče.

H3: Nejčastější důvod proč se zaměstnanci v sociálních službách DS neočkují proti chřipce je nedůvěra v účinnost očkování.

H4: Zaměstnanci v sociálních službách DS mají správné informace o příznacích, průběhu a případných následcích při onemocnění sezónní chřipkou.

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

K vypracování teoretické části diplomové práce byla použita metoda studia odborné literatury, konzultace odborných pracovníků protiepidemického odboru KHS Středočeského kraje se sídlem v Praze (dále jen KHS) a sekundární analýza dat získaných při konzultaci na KHS.

K dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz bylo ve výzkumné části práce provedeno kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazování, s využitím techniky anonymního dotazníku. Metoda dotazování byla zvolena především pro možnost rychlého sběru dat od většího množství respondentů. Dotazníky pro získání dat k této diplomové práci jsou anonymní, dobrovolné a byly vyhotoveny v písemné formě. Celý dotazník tvoří 20 otázek, z nichž prvních 5 je zaměřeno na identifikační údaje respondentů (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, pracovní pozice a délka praxe v sociálních službách). Otázka 6 se týká současné proočkovanosti respondentů a otázka 7 zjišťuje, zda změna v povinnosti očkování proti sezónní chřipce u respondentů ovlivnila jejich postoj k tomuto očkování. Otázky 8, 9 a 20 jsou zaměřeny na zjištění důvodů, jež vedou respondenty k očkování, nebo naopak k odmítání očkování, otázky 10 – 19 jsou znalostní a postojevé.

Výsledná data byla zpracována pomocí statistického nástroje SAS.

3.2 Výběrový soubor

Výzkum probíhal v 6 domovech pro seniory ve Středočeském kraji. Ty byly vybrány náhodným víceetapovým výběrem. Nejprve byl pomocí losování vybrán kraj a z něj bylo vylosováno 6 okresů. Z registru poskytovatelů sociálních služeb byl pořízen seznam všech domovů pro seniory ve vylosovaných okresech, ty byly následně očíslovány a z každého okresu pak byl vylosován jeden domov pro seniory. Na tomto základě byly vybrány následující domovy pro seniory – Domov Hostomice – Zátor, Anna Český Brod, Domov Barbora Kutná Hora, Červený Mlýn Všestudy, Domov Hačka se sídlem v Olešce a Domov Sedlčany. Všechny tyto organizace se řídí dle

zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a služby jsou poskytovány dle z. č. 108/2006 Sb. § 49: Domovy pro seniory.

3.2.1 Domov Hostomice – Zátor, poskytovatel sociálních služeb

Domov Hostomice – Zátor je příspěvkovou organizací Středočeského kraje, poskytující služby sociální péče Domov pro seniory v okrese Beroun.

Organizace byla zřízena jako Domov důchodců v roce 1958 s kapacitou 35 lůžek. V roce 2003 přešel domov pod nového zřizovatele KÚ Středočeského kraje a v roce 2007, dle zákona č. 108/2006 Sb. byl domov zaregistrován jako sociální služba – domov pro seniory. V současné době poskytuje Domov Hostomice – Zátor pobytové služby s kapacitou 67 lůžek.

3.2.2 ANNA Český Brod, sociální služby pro seniory

ANNA Český Brod je příspěvkovou organizací Města Český Brod, poskytující služby sociální péče Domov pro seniory v okrese Kolín.

Od roku 1889 zde byl původně městský chorobinec, později zde byl domov důchodců nejprve pod správou Okresního ústavu sociálních služeb Kolín a od roku 1991 pod správou města Český Brod. Od roku 1999 se zařízení jmenovalo Anna – Penzion a domov a v roce 2007 byl domov zaregistrován jako sociální služba pro seniory. V současnosti poskytuje ANNA Český Brod pobytové služby s kapacitou 99 míst.

3.2.3 Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb

Domov Barbora Kutná Hora je samostatnou příspěvkovou organizací v okrese Kutná Hora, zřízenou územním samosprávným celkem.

Budova domova byla postavena v roce 1890, původně jako veřejná nemocnice. V letech 1945 až 1948 budovu využívala armáda a v roce 1950 zde byl otevřen Domov důchodců. V následujících letech prošel domov postupně celkovou rekonstrukcí, od ledna 2003 přešel pod správu Středočeského kraje a od ledna 2007 je zaregistrován jako poskytovatel sociálních služeb. V současné době poskytuje Domov Barbora pobytové služby pro seniory s kapacitou 76 klientů.

3.2.4 Červený Mlýn Všestudy, poskytovatel sociálních služeb

Červený Mlýn Všestudy – domov pro seniory je příspěvková organizace v okrese Mělník, zřízená územním samosprávným celkem.

Objekt byl postaven už v roce 1717 jako lovecký zámeček v rámci Veltruského zámeckého parku. Později bylo zařízení využíváno Československým státem jako mlýn a restaurace a po roce 1950 zde Husitská církev zřídila Domov důchodců, který byl v roce 1970 opět převed zpět na stát. V následujících letech prošel domov náročnou rekonstrukcí, a od ledna 2007 je zaregistrován jako poskytovatel sociálních služeb. V současné době poskytuje Červený Mlýn Všestudy pobytové služby pro seniory s kapacitou 62 míst.

3.2.5 Domov Hačka se sídlem v Olešce, poskytovatel sociálních služeb

Domov Hačka se sídlem v Olešce je příspěvková organizace v okrese Praha - východ, zřízená územním samosprávným celkem.

Dvoupatrová budova byla postavena v roce 1929 jako výletní hotel první republiky, později byla využívána pro letní tábory a jako školicí středisko ČNB. Následně byl objekt přestavěn, v roce 1960 zde byl otevřen Domov důchodců, který byl v dalších letech rozšířen a postupně doplněn o lůžkový výtah a nové sociální zařízení. Jako poskytovatel sociálních služeb je Domov Hačka zaregistrován od ledna 2007. V současné době poskytuje Domov Hačka pobytové služby pro 36 seniorů.

3.2.6 Domov Sedlčany, poskytovatel sociálních služeb

Domov Sedlčany je příspěvkovou organizací v okrese Příbram, zřízenou územním samosprávným celkem.

Domov vznikl v červenci 1977 jako Domov důchodců v prostorách tří sedmipatrových domů s malometrážními byty nejprve jako rozpočtová organizace OÚSS Příbram, později jako samostatná příspěvková organizace při OÚ Příbram. Od roku 2003 je zřizovatelem Domova Sedlčany Krajský úřad Středočeského kraje a od ledna 2007 je registrován jako poskytovatel sociálních služeb. Domov Sedlčany poskytuje pobytové služby pro seniory s kapacitou 300 klientů.

3.3 Sběr dat

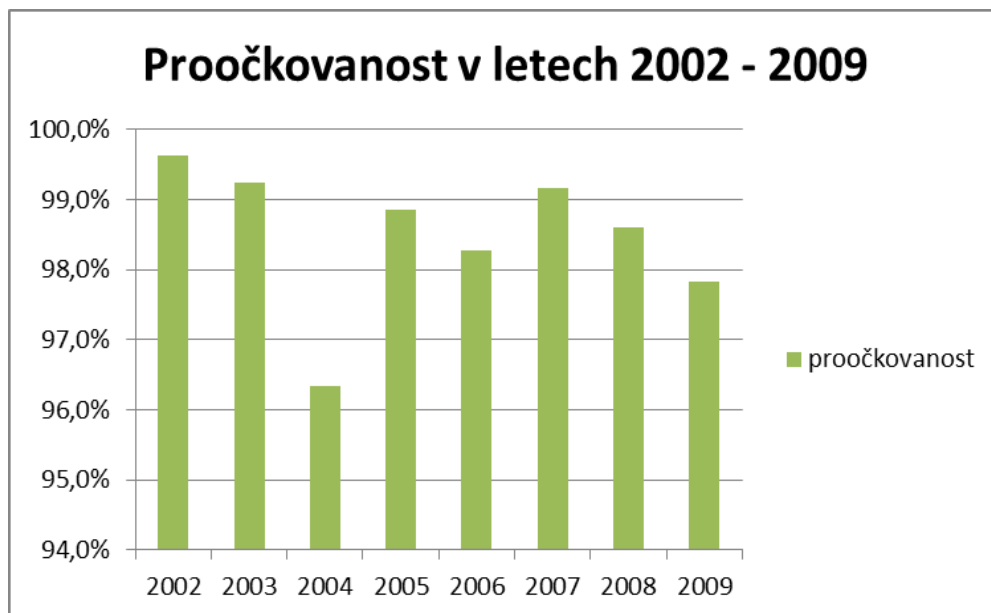
V každém vylosovaném domově bylo telefonicky osloveno vedení zařízení s žádostí o umožnění dotazníkového šetření se zaměřením na pracovníky v přímé obslužné péči, sociální pracovníky a zdravotnický personál a na základě uděleného souhlasu byl následně v období duben – červen 2017 proveden sběr dat. Celkem bylo rozdáno 220 dotazníků, vráceno bylo 211 vyplněných dotazníků, což představuje 95,9 % návratnost. Z tohoto počtu bylo následně 7 dotazníků vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Data byla analyzována z celkem 204 dotazníků vyplněných zaměstnanci vylosovaných DS, což představuje respondenci 92,7 %.

3.4 Testování hypotéz

Předem stanovené nosné hypotézy H1 – H4 byly testovány na základě rovnoměrného rozdělení pomocí Chí kvadrát - testu dobré shody, případně binomického testu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Pro statistické testování byly stanoveny nulové hypotézy a alternativní hypotézy. Dle výsledku statistického testu pak byly stanovené nosné hypotézy přijaty nebo zamítnuty.

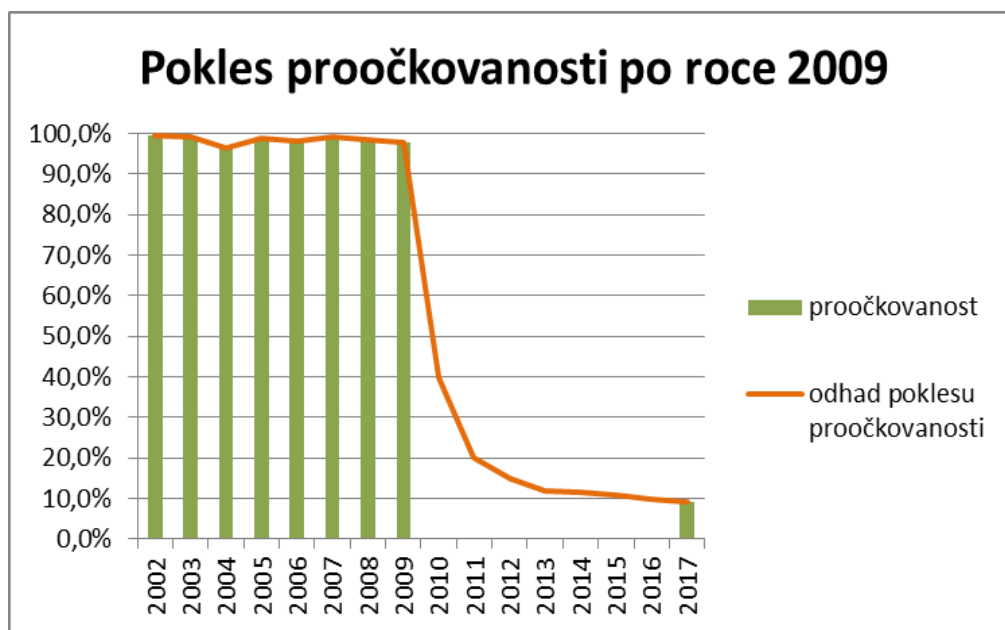
4. Výsledky

4.1 Sekundární analýza stavu proočkování zaměstnanců DS proti chřipce



Graf č. 1, zdroj: KHS, vlastní úprava

Graf č. 1 zobrazuje výsledky administrativní kontroly proočkování zaměstnanců v domovech pro seniory ve Středočeském kraji za období 2002 – 2009. Předmětem kontroly byla proočkování zaměstnanců v sociálních službách proti sezónní chřipce, v souvislosti se zákonem 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhláškou 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem, na jejichž základě bylo pravidelné očkování proti sezónní chřipce v ČR povinné pro zaměstnance na pracovištích s vyšším rizikem vzniku chřipky, a domovy pro seniory byly mezi tato riziková pracoviště zařazeny.



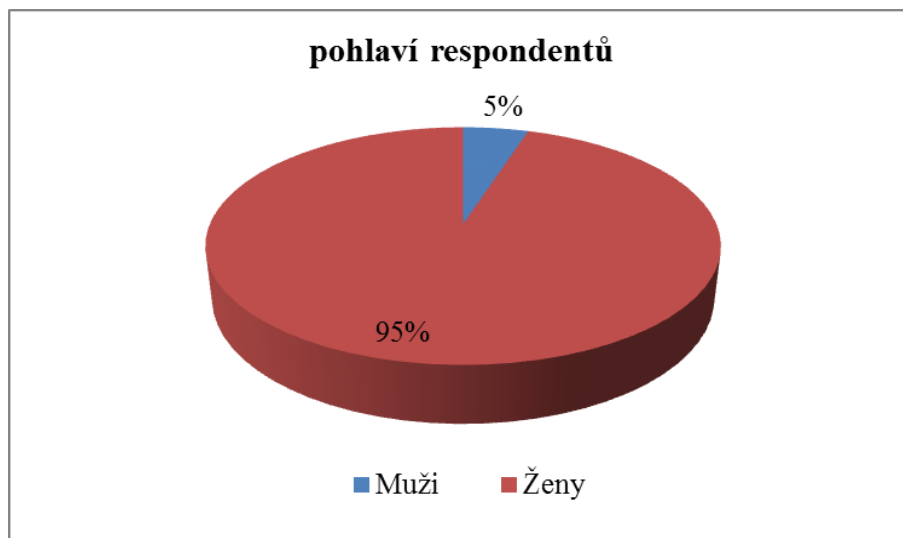
Graf č. 2, zdroj: KHS, vlastní úprava a vlastní výzkum

Graf č. 2 znázorňuje odhad trendu proočkovanosti zaměstnanců v domovech pro seniory ve Středočeském kraji proti sezónní chřipce před a po změně zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Vzhledem k tomu, že v roce 2010 byla povinnost pravidelného očkování proti sezónní chřipce pro zaměstnance v sociálních službách zrušena a očkování proti chřipce je pro tyto pracovníky od tohoto data dobrovolné, je KHS sledována proočkovanost proti chřipce pouze u klientů v domovech pro seniory, nikoliv však u zaměstnanců. Z tohoto důvodu byla pro odhad trendu použita o aktuální proočkovanosti data, získána vlastním výzkumným šetřením formou dotazníků ve vybraných DS Středočeského kraje.

4.2 Kvantitativní dotazníkové šetření

Z celkem 220 rozdaných dotazníků, bylo vráceno 211 a 7 z nich bylo vyřazeno z důvodu neúplného či chybného vyplnění. Data byla analyzována z celkem 204 dotazníků, vyplněných pracovníky v domovech pro seniory, což představuje 92,7 %.

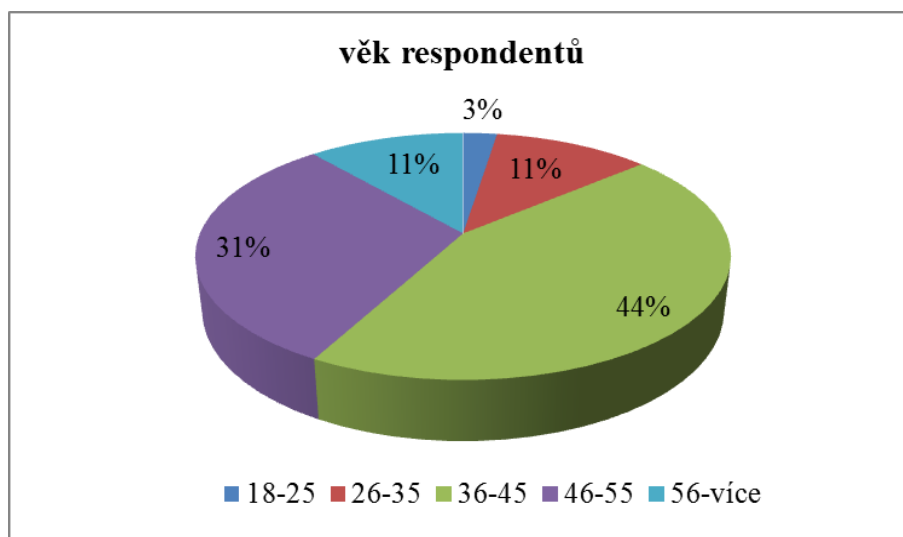
Otázka č. 1: Pohlaví



Graf č. 3 , zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 zobrazuje zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření. Z grafu je patrné, že počet žen značně převyšuje počet mužů, neboť z celkového počtu 204 respondentů se výzkumu zúčastnilo 194 žen a pouze 10 mužů.

Otázka č. 2: Věk

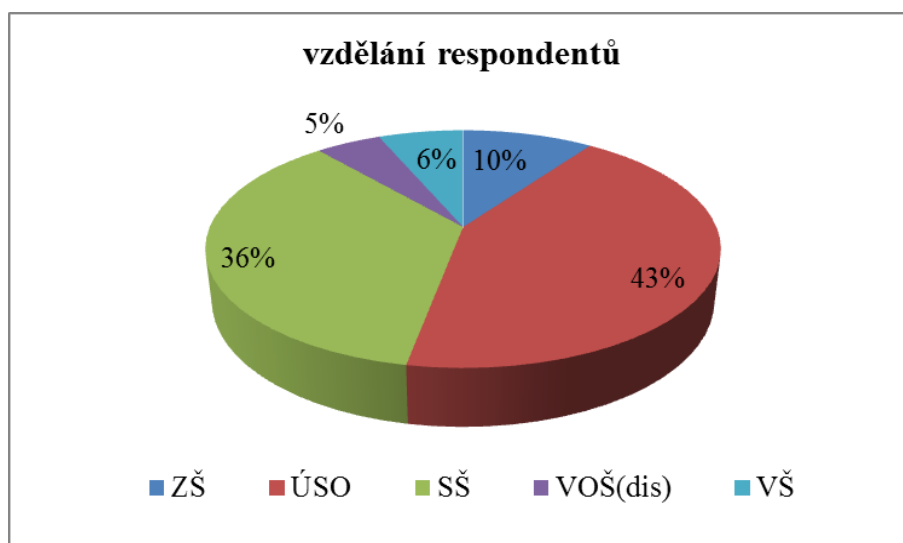


Graf č. 4 , zdroj: vlastní výzkum

U této otázky byl zjišťován věk respondentů, přičemž dotazovaní měli možnost výběru z 5 věkových kategorií v rozmezí od 18 do 56 let a výše. Graf č. 4 ukazuje, že,

nejpočetněji, 44,1 %, byla zastoupena kategorie 36 – 45 let (90 respondentů), následující kategorie 46 – 55 let tvořila 30,9 % všech dotázaných (63 respondentů), 11,3 % byly shodně zastoupeny kategorie 26 – 35 let a 56 a více let (23 respondentů v každé z těchto kategorií). Nejmenší zastoupení 2,5 % bylo v kategorii 18 – 25 let (5 respondentů).

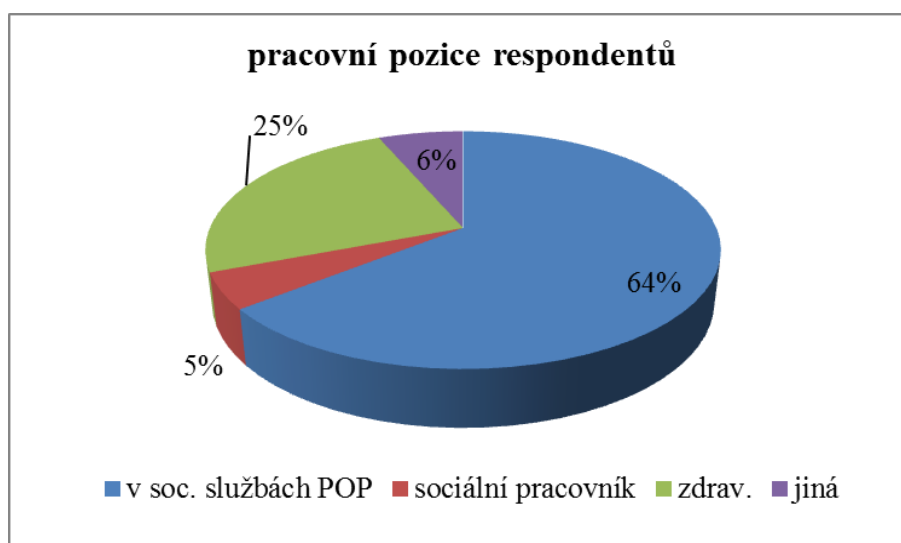
Otázka č. 3: Dosažené vzdělání



Graf č. 5 , zdroj: vlastní výzkum

Zjištěné nejvyšší dosažené vzdělání respondentů zobrazuje graf č. 5. Nejvyšší zastoupení, 43,1 %, mělo úplné střední odborné vzdělání (88 respondentů), druhé nejvyšší zastoupení, 35,8 %, tvořili respondenti se středoškolským vzděláním (73 dotazovaných). 9,8 % bylo respondentů se základním vzděláním (20 dotázaných), vyšší odborné vzdělání uvedlo 4,9 % (10) respondentů a vysokoškolské vzdělání uvedlo 6,4 % (13) respondentů.

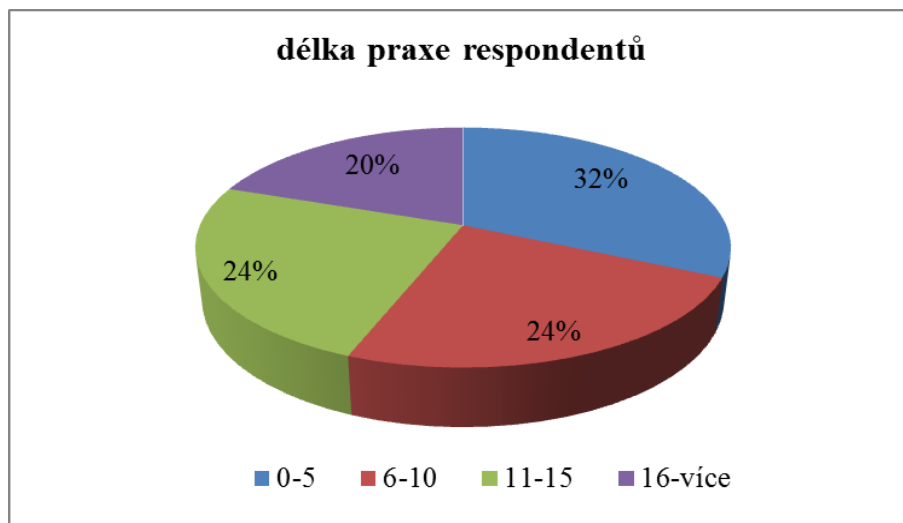
Otázka č. 4: Pozice, na které pracujete



Graf č. 6, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 znázorňuje typ pracovní pozice, na které respondenti pracují. V dotazníku byly tyto pozice rozděleny do 3 základních kategorií - pracovník v sociálních službách (přímá obslužná péče), sociální pracovník a zdravotnický pracovník, poslední 4 kategorií byla pozice „jiná“. Jak je z grafu patrné, jednoznačně převažoval počet pracovníků v přímé obslužné péči, ti tvořili 64,2 % (131 respondentů) z celkového počtu dotazovaných. 24,5 % z dotazovaných bylo zdravotnických pracovníků (50 respondentů), 4,9 % (10 dotazovaných) respondentů bylo na pozici sociálního pracovníka a 6,4 % dotazovaných uvedlo, že pracují na jiné pozici (13 respondentů).

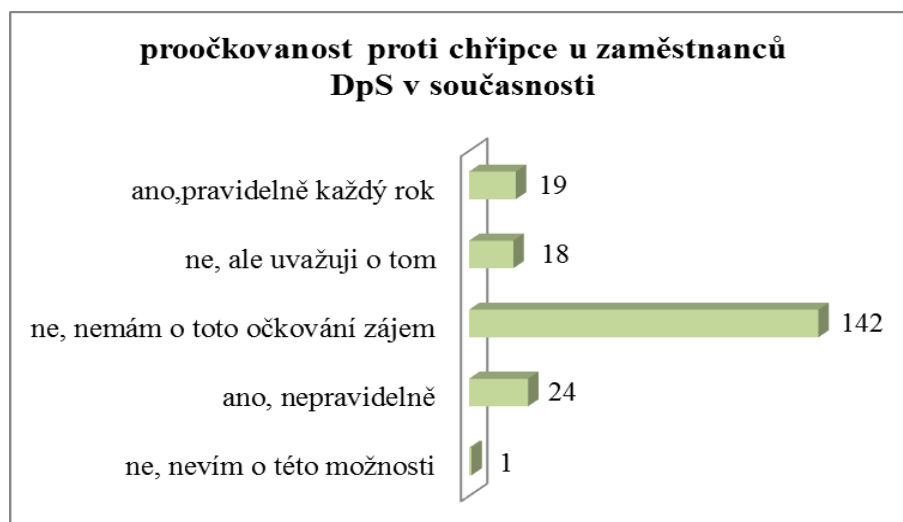
Otázka č. 5: Délka praxe v sociálních službách



Graf č. 7, zdroj: vlastní výzkum

Délka praxe byla v dotazníku rozdělena do 4 kategorií: 0 – 5 let, 6 – 10 let, 11 – 15 let a více než 15. Jak je z grafu č. 7 patrné, zastoupení všech 4 kategorií je velmi vyrovnané, nejvíce respondentů, 31,9 %, pracuje v sociálních službách 0 – 5 let (65 dotazovaných), kategorie respondentů s praxí 6 – 10 let a 11 – 15 let jsou zastoupeny téměř shodně 24 % a 24,5 %, což představuje 49 a 50 pracovníků, a 19,6 % dotazovaných pracuje v sociálních službách déle než 15 let (40 respondentů).

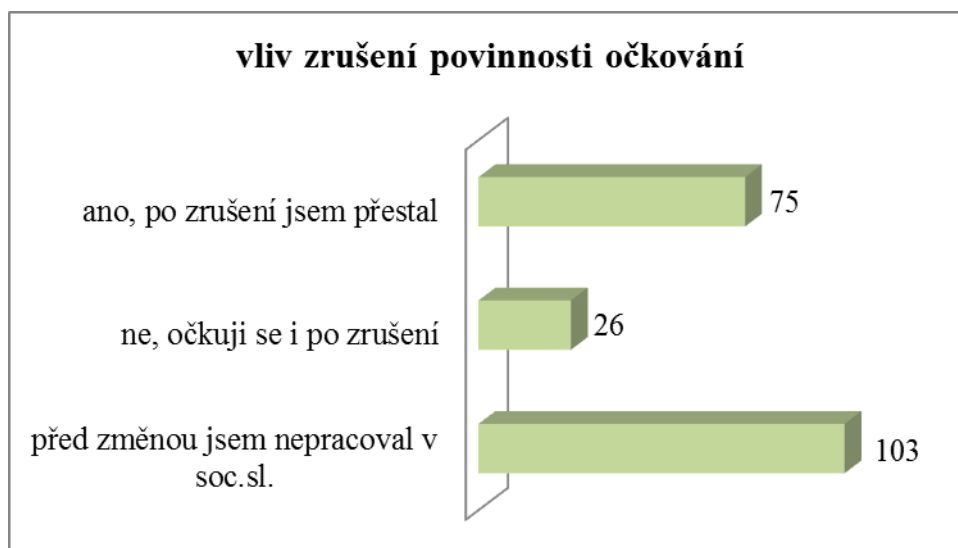
Otázka č. 6: Využíváte možnost očkování proti chřipce?



Graf č. 8, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 znázorňuje, jaký počet respondentů využívá v současnosti očkování proti sezónní chřipce. 142 respondentů, tedy 69,6 % dotázaných se neočkuje a nemá o toto očkování zájem. 18 respondentů (8,8 %) se neočkuje, ale uvažuje o využití této možnosti, 24 dotazovaných (11,8 %) se očkuje nepravidelně a pouze 19 (9,3 %) respondentů odpovědělo, že se očkují pravidelně každý rok. Jeden z respondentů udává, že neví o možnosti očkovat se proti chřipce.

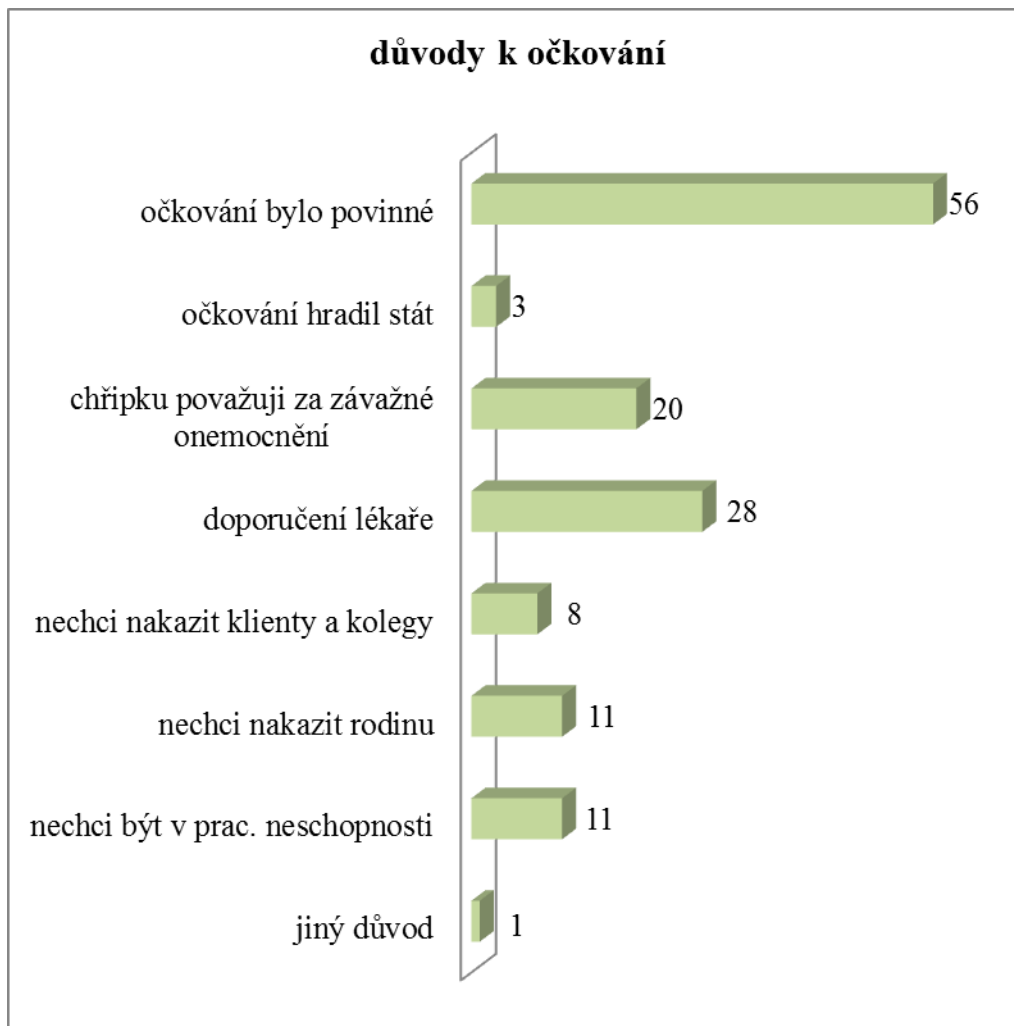
Otázka č. 7: Do roku 2010 bylo očkování proti chřipce pro zaměstnance v Domovech pro seniory povinné a hrazené státem. Po roce 2010 byla tato povinnost zrušena. Ovlivnila tato změna váš postoj k tomuto očkování?



Graf č. 9, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 znázorňuje vliv zrušení povinnosti očkování proti chřipce na využívání tohoto očkování v současnosti. Z celkového počtu 204 respondentů 103 dotazovaných (50,5 %) nepracovalo před změnou zákona v sociálních službách. Ze zbývajících 101 respondentů, kteří v sociálních službách pracovali i před rokem 2010, se vlivem zrušení jejich povinnosti očkovat se proti chřipce, 75 z nich přestalo očkovat (74,3 %) a 26 dotazovaných (25,7 %) udává, že je tato změna neovlivnila a očkují se i v současnosti.

Otázka č. 8: Pokud jste se někdy očkoval proti chřipce, jaký důvod byl pro vaše rozhodnutí nejdůležitější?

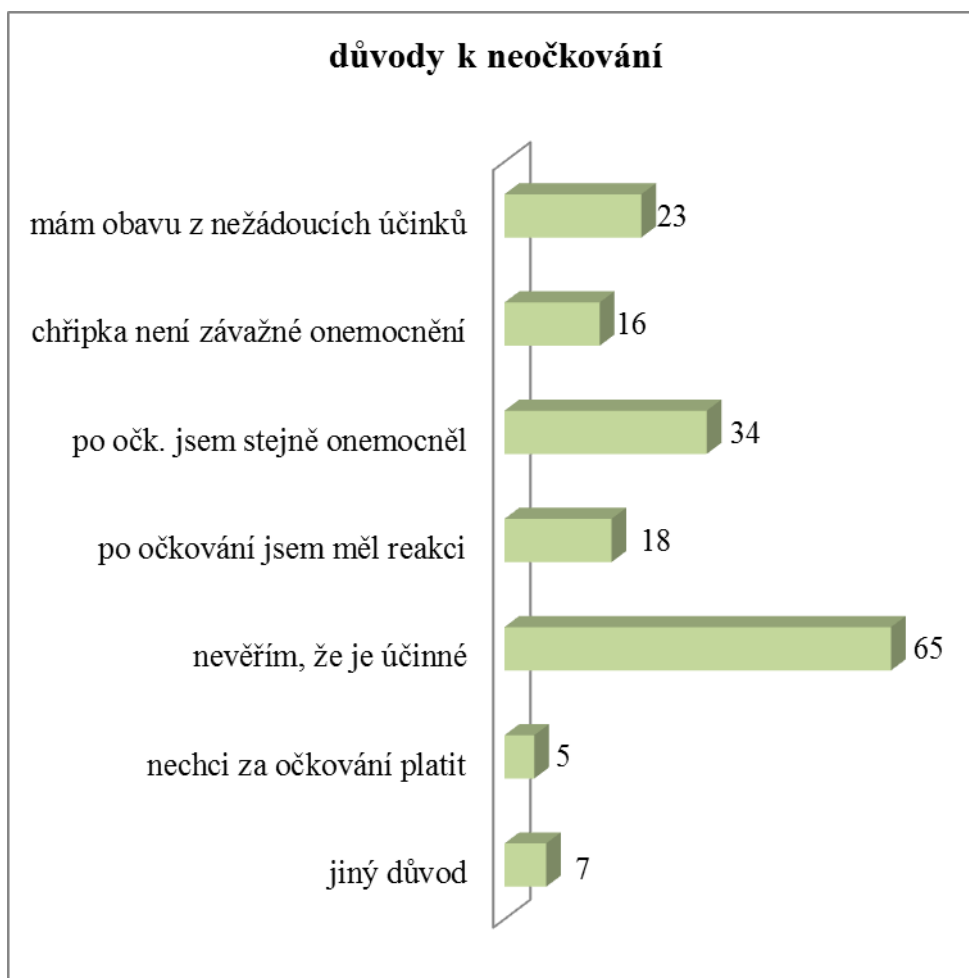


Graf č. 10, zdroj: vlastní výzkum

U této otázky měli respondenti vybrat jen jednu odpověď. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se někdy v minulosti proti sezónní chřipce očkovali, což bylo 138 dotazovaných. Graf č. 10 znázorňuje nejčastější důvod k očkování u těchto respondentů. Jako hlavní důvod k očkování uvedlo 56 respondentů (40,6 %) povinnost se očkovat. Doporučení lékaře bylo nejdůležitějším důvodem k očkování pro 28 dotazovaných (20,3 %), 20 respondentů (14,5 %) se očkovalo, protože chřipku považují za závažné onemocnění, 11 dotázaných (8 %) se očkovalo aby nepřenesli nákazu na

rodinu a přátele a stejně tak 11 dotázaných (8 %) udávalo, že nechtěli být v pracovní neschopnosti. 8 respondentů (5,8 %) se rozhodlo pro očkování aby nenkazili klienty a kolegy a pouze pro 3 z dotazovaných (2,2 %) bylo rozhodující to, že jim očkování hradil stát. Jeden respondent zvolil odpověď „jiné“.

Otázka č. 9: Pokud se neočkujete proti chřipce, jaký je hlavní důvod?

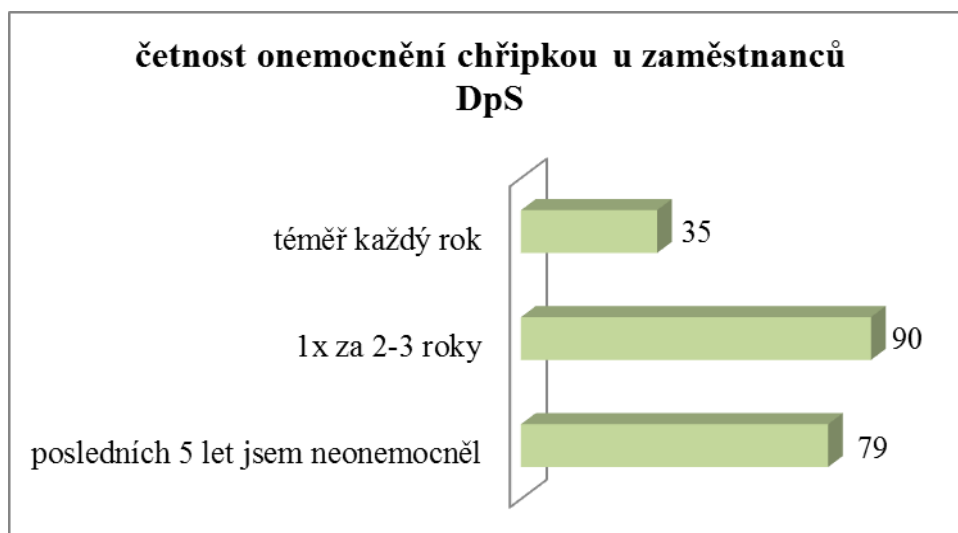


Graf č. 11, zdroj: vlastní výzkum

Také u této otázky měli respondenti vybrat pouze jednu odpověď. 36 respondentů, kteří se proti sezónní chřipce očkují, na tuto otázku neodpovídali. Graf č. 11 znázorňuje důvody, proč se neočkují, u 168 respondentů. 65 respondentů (38,7 %) nevěří, že je očkování proti chřipce účinné, 34 respondentů (20,2 %) uvedlo, že po očkování stejně onemocněli, 23 dotázaných (13,7 %) má obavy z nežádoucích účinků, 16 respondentů

(9,5 %) nepovažuje chřipku za závažné onemocnění a dalších 18 respondentů (10,7 %) uvedlo, že měli po očkování reakci. Pouze 5 dotazovaných (3 %) se neočkuje, protože nechtějí za očkování platit a 7 respondentů (4,2 %) má jiný důvod.

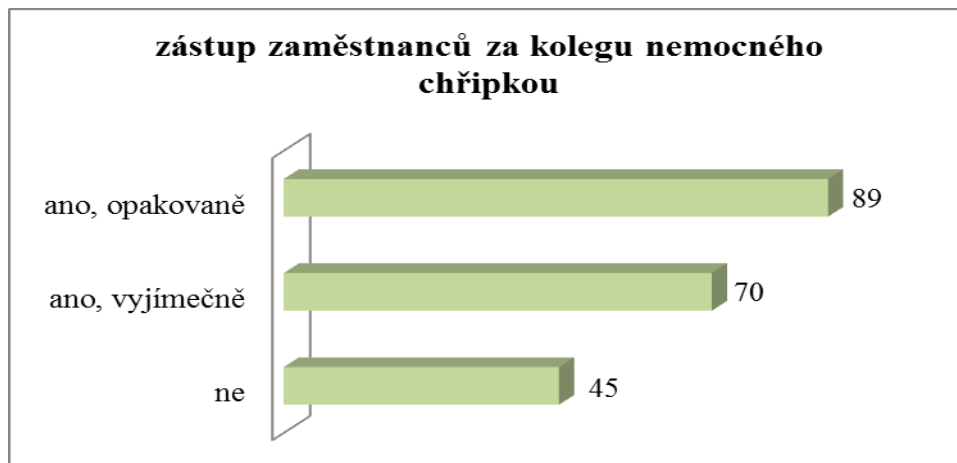
Otázka č. 10: Jak často onemocníte chřipkou?



Graf č. 12, zdroj: vlastní výzkum

Cílem otázky bylo zjistit u respondentů frekvenci onemocnění chřipkou. Nabízené odpovědi byly rozděleny do 3 kategorií. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo 1x za 2 – 3 roky, tuto odpověď uvádělo 90 respondentů, což je 44,1 %. 79 dotazovaných (38,7 %) uvedlo, že za posledních 5 let chřipkou neonemocněli a 35 dotázaných (17,2 %) uvedlo, že chřipkou onemocní téměř každý rok.

Otázka č. 11: Musel/a jste někdy vykonávat práci kolegů, kteří onemocněli chřipkou a byli v pracovní neschopnosti?



Graf č. 13, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 znázorňuje, zda a jak často respondenti zastupovali v práci kolegy, kteří byli v pracovní neschopnosti v důsledku onemocnění chřipkou. Opakovaný zástup uvedlo 89 dotazovaných, tedy 43,6 % a bylo to nejčastější odpověď na tuto otázku. 70 respondentů (34,3 %) uvedlo, že zastupovali výjimečně a odpověď ne zvolilo 45 respondentů, tedy 22,1 %.

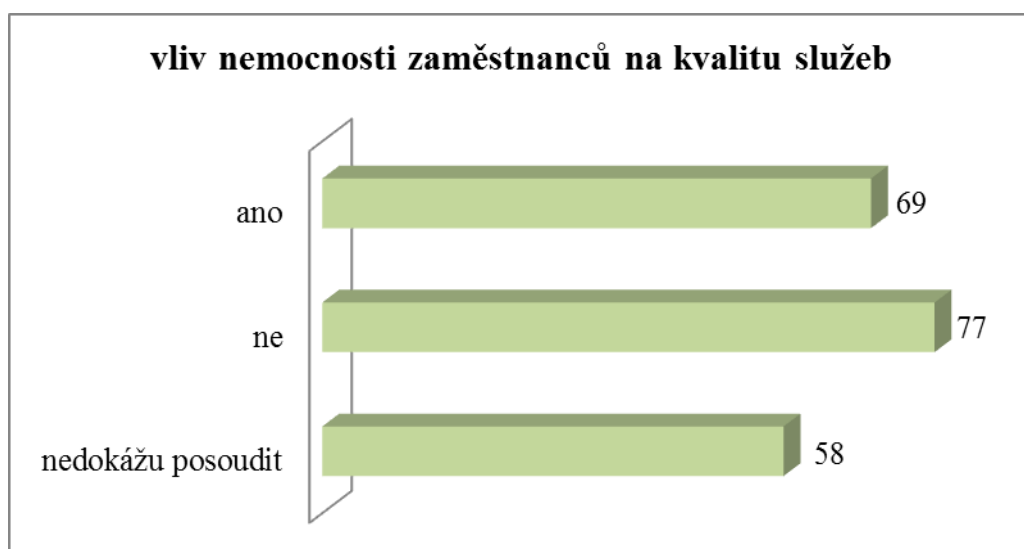
Otázka č. 12: Měla dle vašeho názoru někdy vaše organizace v období chřipkových epidemií potíže se zajištěním péče o klienty z důvodu zvýšené nemocnosti zaměstnanců?



Graf č. 14, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 zobrazuje názory respondentů na to, zda jejich organizace měla v minulosti potíže se zajištěním péče o klienty v souvislosti s onemocněním chřipkou u zaměstnanců. 74 respondentů (34,3 %) se domnívá, že jejich organizace tyto obtíže neměla, naproti tomu 62 respondentů (30,4 %) se domnívá, že měla a 68 dotazovaných (33,3 %) to nedokáže posoudit.

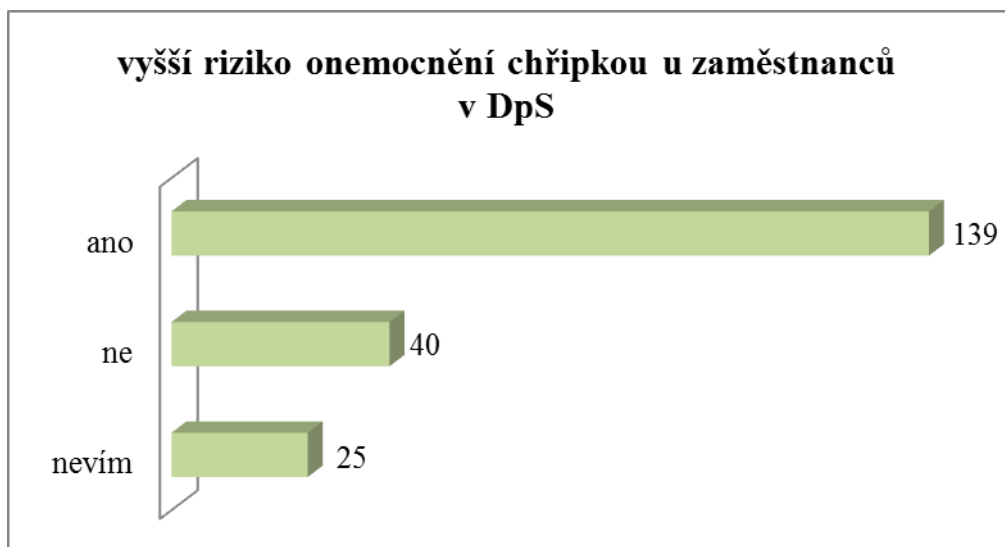
Otázka č. 13: Domníváte se, že onemocnění zaměstnanců chřipkou má dočasně vliv na kvalitu poskytovaných služeb?



Graf č. 15, zdroj: vlastní výzkum

Názory respondentů na to, zda onemocnění zaměstnanců sezónní chřipkou ovlivňuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb znázorňuje graf č. 15. Rozložení odpovědí je podobné jako u předchozí otázky. 77 respondentů (37,7 %) se domnívá, že kvalita poskytovaných služeb ovlivněna není, 69 respondentů (33,8 %) se domnívá, že ovlivněna je, a 58 dotazovaných (28,4 %) to nedokáže posoudit.

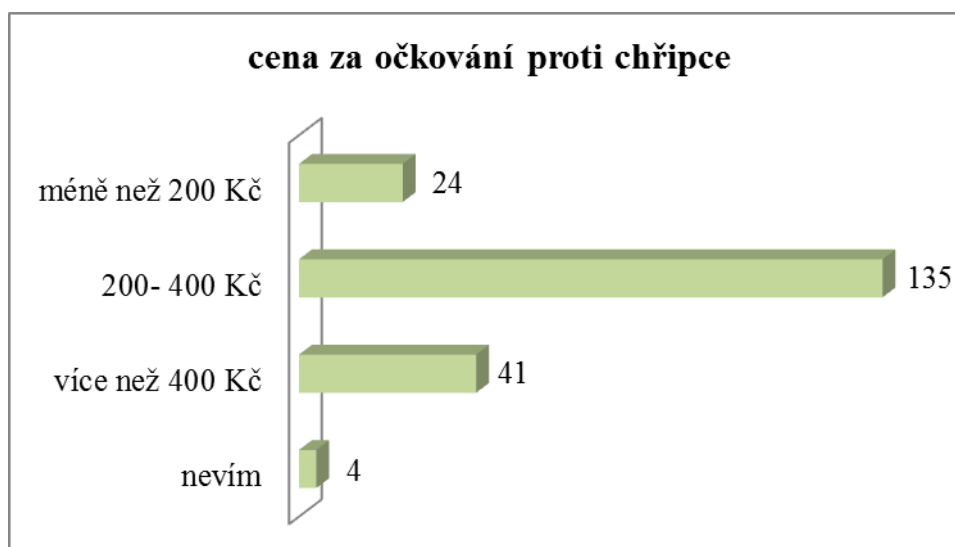
Otázka č. 14: Domníváte se, že díky vaší práci máte vyšší riziko nákazy chřipkou?



Graf č. 16, zdroj: vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti považují více ohroženi nákazou chřipkou v souvislosti s prací, kterou vykonávají. Jak naznačuje graf č. 16, 139 dotazovaných, tedy celých 68,1 %, odpovědělo, že ano. Odpověď „ne“ zvolilo 40 respondentů (19,6 %), a 25 respondentů (12,3 %) to nedokázalo posoudit.

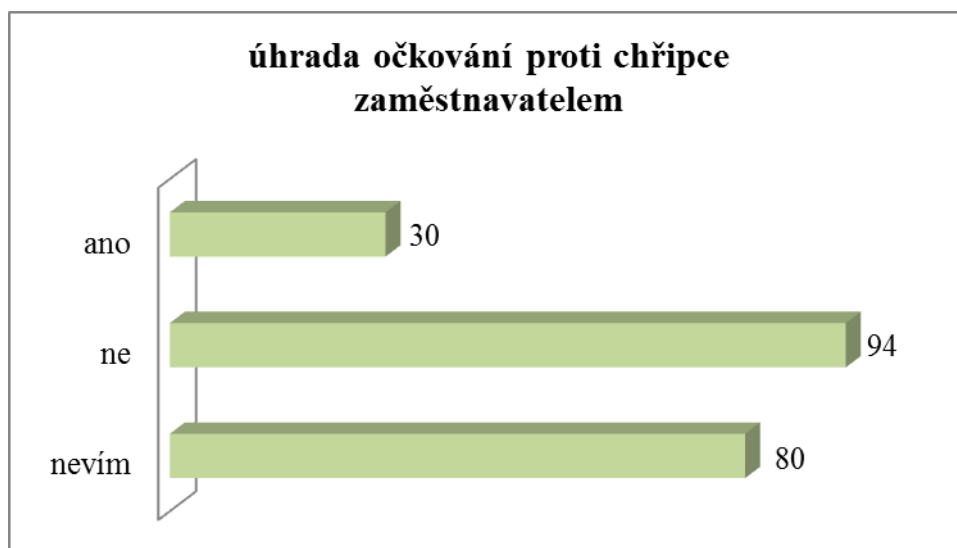
Otázka č. 15: Máte představu, kolik stojí očkování proti chřipce?



Graf č. 17, zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15 byla zaměřena na zjištění povědomí respondentů o ceně očkování proti sezónní chřipce. Z grafu č. 17 je zřejmé, že většina odpovědí je správná, to znamená, že cena očkování proti chřipce se pohybuje v rozmezí 200 – 400 Kč. Tuto variantu zvolilo 135 dotazovaných, tedy 66,2 %. 24 respondentů (11,8 %) se mylně domnívalo, že cena očkování je méně než 200 Kč a 41 respondentů (20,1 %) se, taktéž mylně, domnívalo, že očkování proti chřipce stojí více než 400 Kč. 4 z respondentů (2 %) nemělo žádnou představu o ceně tohoto očkování.

Otázka č. 16: Hradí vám zaměstnavatel očkování proti chřipce v rámci zaměstnaneckých benefitů?



Graf č. 18, zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 znázorňuje, zda mají respondenti povědomí o tom, jestli jim jejich zaměstnavatel hradí očkování proti sezónní chřipce. 94 dotazovaných (46,1 %) zvolilo odpověď „ne“, odpověď „ano“ zvolilo 30 dotazovaných (14,7 %), a 80 respondentů (39,2 %) zvolilo odpověď „nevím“.

Otázka č. 17: Víte o možnosti využití příspěvku zdravotních pojišťoven na nepovinná očkování?



Graf č. 19, zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda respondenti mají informaci o tom, že mohou využít příspěvek zdravotních pojišťoven na nepovinná očkování, kladně odpovědělo 130 respondentů, tedy 63,7 %, záporně odpovědělo 74 dotazovaných, tedy 36,3 %, jak ukazuje graf č. 19.

Otázka č. 18: Které tvrzení o chřipce je podle vás správné?

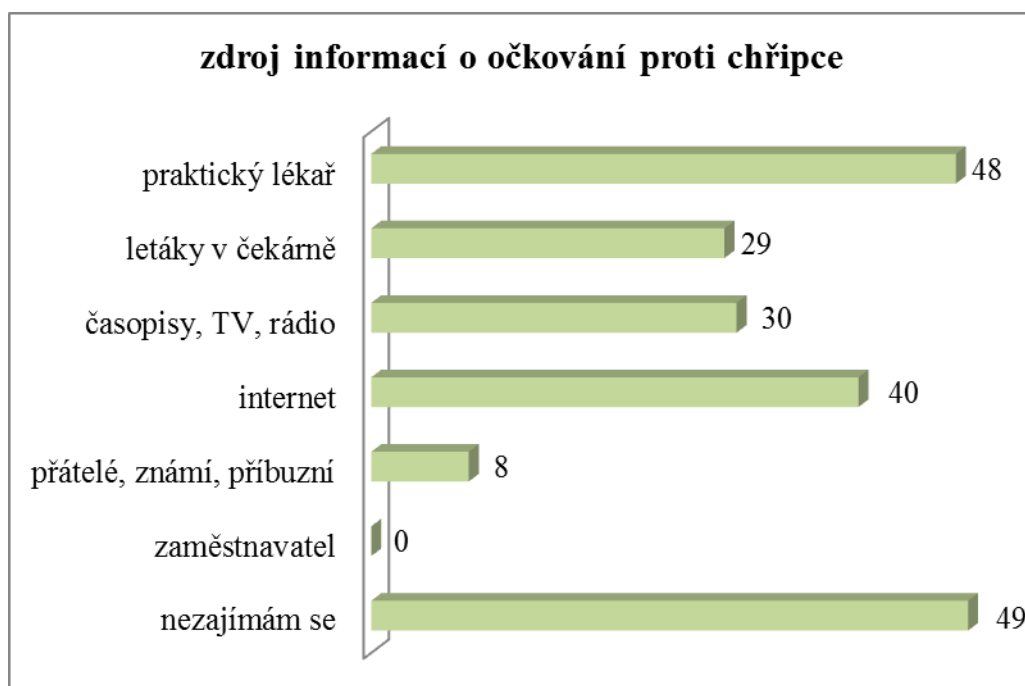


Graf č. 20, zdroj: vlastní výzkum

V této otázce bylo cílem zjistit, zda mají respondenti relevantní informace o příznacích, průběhu a možných komplikacích při onemocnění chřipkou. Z grafu č. 20 je zřejmé, že většina respondentů má správné informace o chřipkovém onemocnění, tedy že se

projevuje suchým, dráždivým kašlem, horečkou, bolestmi kloubů, hrozí zápal plic, poškození srdce a pacient může i zemřít. Správně odpovědělo 185 respondentů, což je 90,7 %. Nesprávnou odpověď, že se chřipka projevuje několikadenní rýmou, mírným kašlem, lehce zvýšenou teplotou, trvá 2 – 3 dny a pak odezní, označilo pouze 19 respondentů, tedy 9,3 %.

Otázka č. 19: Kde získáváte nejvíce informací o očkování proti chřipce?



Graf č. 21, zdroj: vlastní výzkum

Touto otázkou byly zjišťovány zdroje, ze kterých respondenti nejčastěji čerpají informace o sezónní chřipce a respondenti měli vybrat pouze jednu odpověď. Jak ukazuje graf č. 21, nejčastějším zdrojem těchto informací je praktický lékař. Tuto odpověď zvolilo 48 respondentů, tedy 23,5 %, 40 respondentů (19,6 %) označilo za nejčastější zdroj internet. 30 dotazovaných (14,7 %) získává tyto informace nejčastěji z časopisů, Tv nebo rádia, a 29 (14,2 %) z letáků v ordinaci a čekárně. Pouze 8 respondentů (3,9 %) označilo za nejčastější zdroj přátele, známé a příbuzné. Nikdo z dotazovaných nevedl jako zdroj informací svého zaměstnavatele a 49 respondentů, tedy 24 %, uvedlo, že se o tyto informace nezajímá vůbec.

Otázka č. 20: Jaké důvody by vás vedly k tomu nechat se v budoucnu očkovat proti chřipce?



Graf č. 22, zdroj: vlastní výzkum

Cílem otázky č. 20 bylo zjistit, co by respondenty motivovalo k tomu, aby se v budoucnu očkovali proti sezónní chřipce. Také u této otázky měli respondenti vybrat pouze jednu odpověď. Nejčastějším důvodem by pro respondenty bylo zařazení očkování proti sezónní chřipce mezi povinná očkování, tuto odpověď zvolilo 77 respondentů, tedy 37,7 %. 33 respondentů (16,2 %) by vedla k očkování dostatečná informovanost o závažnosti a komplikacích onemocnění chřipkou, 30 dotazovaných (14,7 %) by se očkovalo, aby ochránili svou rodinu a blízké před přenesením nákazy, 29 dotazovaných (14,2 %) by se nechalo očkovat, pokud by byli dostatečně informováni o významu a bezpečnosti očkování a pro 14 respondentů (6,9 %) by byla motivací úhrada očkování zaměstnavatelem. Pouze 10 dotazovaných (4,9 %) uvedlo jako důvod ochranu před pracovní neschopností a 3 respondenti (1,5 %) zabránění přenosu nákazy na klienty. 8 dotazovaných (3,9 %) uvedli, že by se nenechali očkovat z žádných důvodů.

5. Diskuze

Tato diplomová práce se zabývá problematikou očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců v sociálních službách se zaměřením na domovy pro seniory v souvislosti se změnou legislativy v roce 2010. Do roku 2010 bylo dle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví v ČR očkování proti sezónní chřipce povinné a státem hrazené pro zaměstnance na pracovištích s vyšším rizikem vzniku chřipky. Mezi tato pracoviště byly zařazeny i domovy pro seniory. V důsledku změny zákona o ochraně veřejného zdraví byla v roce 2010 tato povinnost zrušena a očkování proti sezónní chřipce je v současnosti pro zaměstnance v domovech pro seniory dobrovolné.

Na začátku výzkumu byl stanoven jeden hlavní a tři vedlejší cíle práce. Hlavním cílem bylo zmapovat trendy proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách v DS proti sezónní chřipce, jejich názory, postoje a motivaci k tomuto očkování. Prvním vedlejším cílem bylo zjistit, jak vnímají zaměstnanci v DS dopad nemocnosti pracovníků v sociálních službách sezónní chřipkou na chod organizace a na kvalitu poskytovaných služeb. Druhým vedlejším cílem bylo získat přehled o možné motivaci zaměstnanců v DS ke zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce. Třetím dílčím cílem bylo identifikovat možná etická dilemata s ohledem na změnu v povinnosti očkování proti sezónní chřipce dle zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášce 537/20006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.

K naplnění cílů byla použita sekundární analýza dat poskytnutých KHS a data z vlastního kvantitativního výzkumu, získaná metodou dotazování, formou anonymního dotazníku, v šesti DS ve Středočeském kraji. Anonymní dotazník byl sestaven z 20 otázek, z nichž prvních 5 bylo identifikačních (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, pracovní pozice a délka praxe v sociálních službách). Zbývajících 15 otázek bylo zaměřeno především na zmapování názorů, postojů a motivace v souvislosti s problematikou očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců DS. Sběr dat byl proveden po předchozím projednání a se souhlasem vedení šesti vylosovaných DS ve Středočeském kraji, celkem bylo rozdáno 220 dotazníků v písemné podobě, přičemž bylo vráceno 211 vyplněných dotazníků, což odpovídá 95,9 % návratnosti. Výsledná

data byla zpracována pomocí statistického nástroje SAS a výsledky byly použity k naplnění stanovených vedlejších cílů práce.

Dále byly stanoveny čtyři hypotézy H1 – H4, z nichž byly odvozeny závěry. Cíle práce byly naplněny.

Jedním z hlavních cílů práce bylo zmapovat trendy proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách v DS proti sezónní chřipce. K naplnění tohoto cíle byla použita kombinace dat získaných při konzultaci na KHS a z vlastního kvantitativního výzkumu. V období do roku 2010, kdy bylo očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců v DS povinné, prováděly KHS každoročně kontroly stavu proočkovanosti proti chřipce u zaměstnanců i klientů DS. Výsledky pak byly interpretovány v závěrečné zprávě o očkování proti sezónní chřipce za danou chřipkovou sezónu. Sekundární analýza stavu proočkovanosti proti sezónní chřipce u zaměstnanců DS ve Středočeském kraji v letech 2002 - 2010 ukázala, že v době, kdy bylo očkování zaměstnanců povinné, byla proočkovanost velmi vysoká, průměrně 98,5 % (to, že ani při povinnosti očkovat se proti chřipce nebylo dosaženo 100 % proočkovanosti, lze vysvětlit např. kontraindikací očkování ze zdravotních důvodů u některých osob). Naproti tomu Tomek (2010) uvádí jako jeden z důvodů zrušení povinného očkování proti chřipce v DS nezáměr zaměstnanců DS, LDN a vybraných zařízení sociálních služeb o toto očkování a následnou likvidaci nevyužitých očkovacích látek. Jako jeden z dalších důvodů pak zmiňuje, že Ministerstvo zdravotnictví očekává díky této legislativní změně, že odpadnou časté *problémy a komplikace se kterými se Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR setkával, a to když zaměstnanci výše uvedených zařízení odmítali z různých subjektivních důvodů očkování a vystavovali se tak nebezpečí, že zaměstnavatel použije vůči nim výpovědní důvod podle ustanovení § 52f) zákoníku práce spočívající ve skutečnosti, že zaměstnanec nesplňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce* (Tomek, 2010, s. 29).

Po změně legislativy v roce 2010 bylo povinné očkování proti sezónní chřipce pro zaměstnance DS změněno na dobrovolné a v důsledku toho KHS provádí pravidelné kontroly proočkovanosti pouze u klientů DS, nikoliv však u zaměstnanců. Z tohoto

důvodu byla pro odhad trendu použita o aktuální proočkovanosti data získána vlastním výzkumným šetřením formou dotazníků ve vybraných DS Středočeského kraje. Aktuální míra proočkovanosti proti chřipce u zaměstnanců DS byla zjišťována v dotazníkovém šetření otázkou č. 6, zda respondenti využívají očkování proti chřipce. Z odpovědí vyplývá, že toto očkování pravidelně každý rok využívá pouze 9,3 % dotázaných. Pro srovnání proočkovanosti proti chřipce u zaměstnanců DS v jiných krajích či zařízeních nejsou k dispozici data, většina průzkumů a aktivit v ČR je zaměřena na proočkovanost proti chřipce pouze u zdravotního personálu, ať už v sociálních či nemocničních zařízeních, na rozdíl od Anglie, kde nejsou pracovníci ve zdravotnictví a v sociální péči vnímáni odděleně, ale naopak jsou z pohledu jejich významu pro kvalitu poskytované péče stavěni na stejnou úroveň. Očkování proti chřipce je v Anglii považováno za povinnou součást péče o pacienty, protože dopad chřipkového onemocnění na pacienty v pečovatelských zařízeních a nemocnicích může být fatální (NHC England, 2013).

Z grafu č. 2 je zřejmé, že na trend proočkovanosti zaměstnanců v DS měla již zmiňovaná změna zákona výrazný vliv, což potvrdilo i vyhodnocení otázky č. 7, ve které byli respondenti dotazováni, zda zrušení povinného očkování proti chřipce ovlivnilo jejich postoj k tomuto očkování. Z celkového počtu 101 dotazovaných, kteří v sociálních službách pracovali i před změnou zákona v roce 2010, 74 % odpovědělo, že po zrušení povinnosti se očkovat přestali. Na této otázce byla testována hypotéza H1: Existuje statisticky významný rozdíl v proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách DS proti sezónní chřipce před a po změně zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášce 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Tato hypotéza byla přijata.

Součástí cíle práce bylo také zmapovat názory, postoje a motivaci zaměstnanců v sociálních službách ve vybraných DS k očkování proti sezónní chřipce. K tomu byla použita data získaná z anonymního dotazníkového šetření. V otázce č. 9 byly zjišťovány hlavní důvody, proč zaměstnanci nevyužívají očkování proti chřipce (na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se v současnosti pravidelně proti chřipce neočkují).

Nejvíce respondentů (38,7 %) odpovědělo, že nevěří, že je očkování účinné a 20,2 % respondentů uvedlo, že po předchozím očkování proti chřipce stejně onemocněli, přičemž lze předpokládat, že také tato skupina nemá důvěru v účinnost očkování a celkový počet dotázaných, kteří nevěří, že by je očkování ochránilo, je ve skutečnosti celkem 58,9 %. A to i navzdory tomu, že právě očkování náleží mezi nejvýznamnější objevy medicíny v oblasti prevence (Prattingerová, 2013).

Jako hlavní důvod proč se neočkují, uvedlo 13,7 % respondentů obavu z nežádoucích účinků, přesto, že onemocnění sezónní chřipkou je preventabilní očkováním již více než šedesát let a vakcína proti chřipce je hodnocena jako velmi bezpečná a dobře snášená, jak uvádí Havlíčková a Kynčl (2014). Dále 9,5 % dotázaných uvedlo, že nepovažuje chřipku za závažné onemocnění. Celkem 10,7 % respondentů nevyužívá očkování, protože měli po očkování reakci a pouze 3 % dotázaných se neočkuje především proto, že nechtějí za očkování platit. Dotazníkové šetření zaměřené na očkování proti chřipce u zdravotnických pracovníků bylo provedeno také SZÚ ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR. V tomto dotazníkovém šetření respondenti jako hlavní důvod nejčastěji uváděli, že nejsou zastánci očkování. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že chřipku nepovažují za závažné onemocnění nebo že po předchozím očkování stejně onemocněli a jen malá část dotazovaných uváděla nedostatek informací o užitečnosti a účinnosti očkování (Fabiánová et al., 2017). Uváděné důvody k odmítání očkování proti chřipce jsou v obou výzkumech obdobné, odlišná je však četnost jednotlivých důvodů. Tento rozdíl by mohl být způsoben rozdílným vzděláním a odborností zúčastněných respondentů.

Na otázce č. 9 byla testována hypotéza H3: Nejčastější důvod proč se zaměstnanci v sociálních službách DS neočkují proti chřipce, je nedůvěra v účinnost očkování. Tato hypotéza byla přijata.

Naproti tomu jako hlavní důvod očkování proti chřipce, uvedlo 40,6 % respondentů, že se očkovali proto, že toto očkování bylo pro ně v minulosti povinné. Mimo tuto povinnost bylo pro zaměstnance nejčastějším důvodem k očkování proti chřipce doporučení lékaře. Tento výsledek koresponduje i s daty SZÚ, podle kterých by se až

61 % dospělých nechalo očkovat proti chřipce, pokud by jim toto očkování doporučil jejich praktický lékař nebo sestra (Jágrová, 2017). Také Maďar (2016) uvádí, že hlavním faktorem vedoucím ke zvýšení proočkovanosti je doporučení praktického lékaře.

Zajímavým zjištěním bylo, že pouze 5,8 % respondentů udávalo, že se očkují proto, aby nepřenesli nákazu na klienty a kolegy, přestože očkování zaměstnanců DS proti sezónní chřipce je v souladu s protiepidemickými opatřeními, která jsou zaměřena na snížení rizika infekce pro klienty i pracovníky. Podle Maďara (2013) představují neočkovaní zdravotníci riziko pro své pacienty a také Havlíčková a Kynčl (2014) uvádějí, že zdravotní personál je pro pacienty často zdrojem infekce a proto by měl být kladen důraz na očkování zdravotnických pracovníků, kteří pečují o osoby ve vysokém riziku vzniku chřipkových komplikací. Mezi tyto osoby ve vysokém riziku náleží také klienti DS, proto lze tato doporučení aplikovat také na zaměstnance v sociálních službách v DS, kteří jsou s klienty v každodenním kontaktu.

Studie s obdobným zaměřením byla prováděna také v dětské nemocnici Bambino Gesù v Itálii v prosinci 2013. Zaměstnanci této nemocnice mají možnost se zdarma očkovat proti chřipce v rámci své pracovní doby. Cílem této studie bylo zhodnotit postoje, názory a motivaci zdravotnických pracovníků v souvislosti s očkováním proti chřipce. Výzkumu se zúčastnilo celkem 191 zaměstnanců, z tohoto počtu se jich někdy proti sezónní chřipce očkovalo 35,6 % a pravidelně očkování využívalo 6,8 %. Důvody pro i proti očkování byly obdobné jako při výzkumech v ČR, rozdílné však bylo rozložení odpovědí respondentů. Celých 36,9 % zdravotnických pracovníků Italské nemocnice uvedlo jako hlavní důvod proč se neočkují, že chřipku nepovažují za závažné onemocnění, 28,8 % respondentů uvedlo, že nevěří v účinnost očkování. Ochrana pacientů byla hlavním důvodem k očkování pro 34,3 % dotázaných, proti 5,8 % respondentů v DS v ČR (Cozza et al., 2015). Z těchto rozdílných výsledků lze usuzovat na rozdílnou znalost o příznacích, průběhu a komplikacích onemocnění chřipkou a také na odlišnou míru profesní odpovědnosti vůči pacientům či klientům.

Cílem otázky č. 18 bylo zjistit, zda mají respondenti správné informace o příznacích, průběhu a možných komplikacích onemocnění chřipkou. Výsledky znázorněné v grafu č. 20 ukazují, že většina respondentů, celých 90,7 %, správně odpověděla, že chřipka se projevuje suchým dráždivým kašlem, horečkou, bolestmi kloubů a hrozí komplikace jako je zápal plic, poškození srdce a pacient může i zemřít. Nesprávně, tedy že chřipka se projevuje několikadenní rýmou, mírným kašlem, lehce zvýšenou teplotou, trvá 2 – 3 dny a pak odezní, odpovědělo pouze 9,3 % respondentů. Na této otázce byla testována hypotéza H4: zaměstnanci v sociálních službách DS mají správné informace o příznacích, průběhu a případných následcích při onemocnění sezónní chřipkou.

Otázkou č. 19 byly u respondentů zjišťovány nejčastější zdroje informací o očkování proti chřipce. 24 % dotazovaných uvedlo, že se o informace tohoto typu nezajímá vůbec. Z ostatních uvedených zdrojů respondenti nejčastěji (23,5 %) získávají informace o očkování proti sezónní chřipce od svého praktického lékaře. Tento výsledek je v souladu s výše zmíněným vyhodnocením otázky č. 8, že nejčastějším důvodem k očkování (mimo povinnosti očkování) je doporučení lékaře. Jako druhý nejčastěji využívaný zdroj informací označilo 19,6 % dotazovaných internet. Ten sice díky své dostupnosti a rychlosti bývá často prvním místem, kde široká veřejnost hledá informace, je ale nutné si uvědomit možná rizika plynoucí z obtížnosti odlišit validní informace od těch nepřesných, zavádějících či nepravdivých. Proto WHO buduje síť prověřených zdrojů s názvem Vaccine Safety Net. Do tohoto projektu je zapojeno již 53 internetových stránek ve 14 jazycích (WHO, 2017a).

Ostatní multimédia (televize, rádio, časopisy) a letáky u lékařů jako zdroj informací o očkování udávalo 14 – 15 % respondentů. K zamyšlení je zjištění, že žádný z dotazovaných neuvedl jako zdroj těchto informací svého zaměstnavatele. O tom, že problematika ochrany zaměstnanců i klientů DS proti sezónní chřipce očkováním není ze strany zaměstnavatele dostatečně řešena, vypovídá i vyhodnocení otázky č. 16, zda respondentům zaměstnavatel hradí očkování proti chřipce v rámci zaměstnaneckých benefitů (graf. č. 18). Odpověď *ano* zvolilo pouze 14,7 % respondentů, zatímco *ne* odpovědělo 46,1 % respondentů. Zbývajících 39,2 % dotázaných nevědělo, zda jim

jejich zaměstnavatel očkování proti chřipce hradí. Naproti tomu o možnosti využít příspěvek zdravotních pojišťoven na nepovinná očkování, kterým se zabývala otázka č. 14, bylo informováno 63,7 % respondentů a jen 36,3 % dotázaných o této možnosti nevědělo.

Pro naplnění prvního vedlejšího cíle - jak vnímají zaměstnanci v DS dopad nemoci pracovníků v sociálních službách sezónní chřipkou na chod organizace a na kvalitu poskytovaných služeb byly využity staticky vyhodnocené odpovědi otázek č. 12 a č. 13. Otázka č. 12 zjišťovala, zda podle názoru respondentů měla někdy jejich organizace v období chřipkových epidemií potíže se zajištěním péče o klienty z důvodu zvýšené nemoci zaměstnanců (graf č. 14). V dotazníkovém šetření se pouze 30 % respondentů domnívá, že jejich zaměstnavatel měl někdy potíže se zajištěním sociální služby v období chřipkových epidemií, 33 % dotazovaných to nedokáže posoudit a 34 % se domnívá, že jejich organizace tyto potíže neměla. Velmi podobné bylo rozložení odpovědí u otázky č. 13, zda se respondenti domnívají, že onemocnění zaměstnanců chřipkou má dočasně vliv na kvalitu poskytované péče. U této otázky se 37,7 % respondentů domnívá, že kvalita péče ovlivněná není, 38,8 % dotázaných se naopak domnívá, že kvalita péče nemocností zaměstnanců ovlivněna je a 28,4 % dotázaných odpovědělo, že to nedokáže posoudit (graf č. 15). Na otázkách č. 12 a č. 13 byla testována stanovená hypotéza H2: nemocnost zaměstnanců v sociálních službách DS chřipkou narušuje chod organizace a kvalitu poskytované péče. Tato hypotéza byla zamítnuta, neboť výsledek nebyl statisticky významný. Je však zajímavé, že přestože se více než třetina dotazovaných nedomnívá, že nemocnost zaměstnanců má vliv na chod organizace a kvalitu poskytované péče, v otázce č. 11 celkem 78 % respondentů vypovědělo, že museli v minulosti zastupovat kolegy, kteří onemocněli chřipkou a byli proto v pracovní neschopnosti, což nutně musí mít na zajištění poskytované péče vliv. Nedostatek pracovníků v domovech pro seniory je aktuálním problémem v průběhu celého roku a týká se jak pracovníků v přímé péči, tak i zdravotnického personálu. Zdravotnické odbory, Asociace poskytovatelů sociálních služeb i provozovatelé domovů pro seniory opakovaně upozorňují na skutečnost, že vlivem nedostatku pečovatelských pracovníků a pečovatelek dochází k omezení péče v domovech pro seniory i dalších

zařízeních, která je pak často zajišťována jen v rozsahu nutného minima, čímž dochází ke snižování kvality poskytované péče (Zdravotnický deník, 2015; Český rozhlas, 2017 a Česká televize, 2017). V případě, že v době chřipkové epidemie onemocní a bude v pracovní neschopnosti část už tak nedostatečného počtu pracovníků, budou obtíže s personálním zajištěním poskytované služby a s udržením kvality péče o klienty nevyhnutelné. V souvislosti a touto problematikou bylo v otázce č. 10 zjišťováno, jak často respondenti onemocní sezónní chřipkou. Možné odpovědi byly rozděleny do tří kategorií. Každoroční onemocnění chřipkou uvedlo 17,2 % dotázaných, onemocnění 1x za 2-3 roky uvádělo 44,1 % dotázaných a 38,7 % respondentů zvolilo odpověď, že za posledních 5 let neonemocněli.

Druhým vedlejším cílem bylo získat informace o možné motivaci zaměstnanců v sociálních službách v DS k očkování proti sezónní chřipce. Na tuto problematiku byla v dotazníku zaměřena otázka č. 20, ve které měli respondenti označit pouze jednu, pro ně nejrelevantnější odpověď. Nejčastějším důvodem, by pro respondenty bylo opětovné zařazení očkování proti sezónní chřipce mezi povinná očkování, tuto odpověď zvolilo 37,7 % dotázaných. Toto zjištění vede k úvaze, zda jedním z důvodů nízké proočkovanosti proti chřipce v ČR není nedostatek času pro záležitosti, které nejsou pro jednotlivce primární a snad i neochota vzít na sebe odpovědnost za rozhodnutí k očkování, když pro neoborníka v oblasti vakcinace může být velmi obtížné se zorientovat v informacích o očkování.

Další motivací vedoucí k očkování proti chřipce by pro 16,2 % respondentů byla dostatečná informovanost o účinnosti a bezpečnosti očkování a 14,2 % dotázaných by se očkovalo, kdyby měli dostatek informací o závažnosti a komplikacích onemocněním chřipkou. Tyto výsledky naznačují, že je nezbytná dostatečná informovanost a edukace laické i odborné veřejnosti. Také Fabiánová et al. (2017) na základě dotazníkového šetření zaměřeného na očkování proti chřipce u zdravotnických pracovníků ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR dospěli k závěru, že pravidelnou součástí počátku podzimní očkovací sezóny by se měla stát každoroční informovanost co nejširší odborné i laické veřejnosti o přínosech a užitečnosti očkování proti chřipce.

Úhradu očkování proti chřipce uvedlo jako hlavní motivaci 6,9 % respondentů, což poukazuje na skutečnost, že cena za očkování proti chřipce pravděpodobně nehraje stěžejní roli při rozhodování, zda se očkovat či nikoliv.

Ochrana rodiny a blízkých před přenesením nákazy by byla důvodem k očkování proti chřipce pro 14,7 % dotazovaných, naproti tomu jen 1,5 % dotázaných by se nechalo očkovat, aby zabránili přenosu nákazy na klienty.

Třetím vedlejším cílem bylo identifikovat možná etická dilemata s ohledem na změnu v povinnosti očkování proti sezónní chřipce dle zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášce 537/20006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Pod pojmem *dilema* si lze představit rozhodování, či volbu mezi minimálně dvěma možnostmi. Přívlastek *etické* označuje rozhodování mezi možnostmi, u nichž nelze jednoznačně určit, která volba je správná (Banks, 2012). V souvislosti se zrušením povinného očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců v sociálních službách, ať už se jedná o sociální pracovníky, zdravotnické pracovníky či pracovníky v sociálních službách vyvstávají etická dilemata nejen na straně samotných pracovníků, ale také na straně zaměstnavatele coby poskytovatele sociální služby a v neposlední řadě také na straně státních orgánů při vytváření koncepce sociální a zdravotní politiky státu.

Jako jedno z etických dilemat lze identifikovat dilema, kdy se zájem pracovníka dostane do střetu se zájmem klienta. V zájmu klienta by se měli pracovníci rozhodně očkovat proti sezónní chřipce, aby tak eliminovali riziko možného přenosu nákazy na klienta, který patří do skupiny osob ve vysokém riziku komplikací způsobených chřipkovým onemocněním a toto onemocnění pro něj může mít fatální následky. Dalším důvodem pro očkování zaměstnanců by mohlo být zabránění propuknutí chřipkové epidemie u klientů DS, v důsledku čehož by mohl být vydán zákaz návštěv. Toto omezení by mohlo mít nepříznivý dopad na psychický stav klientů. Na straně druhé, by však měli mít zaměstnanci možnost svobodné volby, zda se chtějí očkovat či nikoliv a neměli by být do očkování nuceni, pokud mají obavy z nežádoucích účinků, bez ohledu na to, zda jsou tyto obavy odůvodněné. Také se nabízí otázka, proč by se měli zaměstnanci

očkovat z důvodu ochrany pacienta, přestože rodina a přátelé klientů se také velmi často neočekují, ačkoliv jejich ohleduplnost k obyvatelům DS by měla být samozřejmostí.

Z pohledu zaměstnance lze identifikovat i dilema, kdy na jedné straně by se zaměstnanci očkovali proti chřipce, protože cítí svou odpovědnost vůči klientům a uvědomují si, že představují pro klienty riziko, na druhé straně mohou zaměstnanci odmítat očkování, jelikož mohou považovat za diskriminační skutečnost, že na rozdíl od klientů, kterým je očkování proti chřipce hrazeno, zaměstnanci si toto očkování musí zaplatit sami. Například v Anglii, kde je kladen velký důraz na dostatečnou proočkovanost proti sezónní chřipce u zaměstnanců v oblasti zdravotní a sociální péče je zajištění a úhrada tohoto očkování zodpovědností zaměstnavatele, bez ohledu na to, zda tito zaměstnanci pracují ve státním či soukromém zařízení (NHS England, 2016).

Dalším možným etickým dilematem je situace, kdy se zájem pracovníka dostane do střetu se zájmem zaměstnavatele. Z pohledu zaměstnavatele by se měli pracovníci rozhodně očkovat proti sezónní chřipce, aby v souladu se Standardy kvality byly chráněny práva a zájmy klientů. Dle standardu č. 14 (nouzové a havarijní situace) by měl poskytovatel sociální služby přijmout takové změny v poskytované praxi, aby preventivně zamezil vzniku opakujících se situací jako je např. chřipková epidemie pracovníků. Za takovou preventivní změnu lze považovat i očkování zaměstnanců proti sezónní chřipce. Naproti tomu je opět nutno zohlednit právo svobodné volby zaměstnanců, zvláště pak v případě, že zaměstnavatel očkování proti chřipce zaměstnancům nehradí a veškeré náklady si zaměstnanci musí uhradit sami.

Zaměstnavatel pak může stát před dilematem, zda vyžadovat od zaměstnanců, aby se pravidelně očkovali proti sezónní chřipce, aby chránil klienty a zároveň snížil riziko obtíží personálního zajištění poskytované služby z důvodu pracovní neschopnosti zaměstnanců, nebo toto očkování nevyžadovat aby neměl výdaje spojené s úhradou očkování a také z obavy, že by někteří zaměstnanci mohli z tohoto důvodu rozvázat pracovní poměr, což by taktéž mělo negativní dopad na chod organizace a kvalitu poskytovaných služeb.

Nelze opomíjet ani možná etická dilemata na straně státních orgánů, neboť očkování je vždy součástí zdravotní politiky státu. Na straně jedné by očkování zaměstnanců DS proti sezónní chřipce mělo být povinné a státem hrazené jak v zájmu veřejného zdraví, tak i s ohledem na státem garantovanou úroveň kvality poskytovaných pobytových sociálních služeb pro seniory. Na straně druhé je dobrovolnost očkování výsadou svobodné volby občanů demokratické společnosti, která by však měla být podmíněna také osobní zodpovědností každého jedince za své zdraví a odpovědností vůči společnosti. Nemalou roli hraje také zodpovědnost státu v případě nežádoucích následků po očkování. Nezanedbatelná je při zachování dobrovolného očkování proti chřipce je také ekonomická úspora za vakcíny a aplikaci, což je však diskutabilní, vezmeme-li v úvahu, že náklady na léčbu chřipky a jejích následných komplikací vysoce převyšují náklady na vakcinaci. VZP udává, že v roce 2014 za péči o klienty s chřipkou zaplatila celkem 33 102 545 korun (VZP, 2016).

Rozdíl mezi požadovanou úrovní očkování a skutečnou mírou proočkovánosti vyvolává otázku, zda by dobrovolnost očkování neměla být nahrazena povinným očkováním. Blíže se etikou povinného očkování zdravotnických pracovníků zabývají článek, uveřejněný v evropském odborném časopise *Eurosurveillance*, kde je na tuto problematiku nahlíženo z pohledu profesionální, institucionální a veřejné zdravotní etiky. Ačkoliv autoři článku považují očkování zdravotníků pro pacienty za přínosné a nezbytné, zamýšlejí se nad otázkou, zda je povinné očkování zdravotnických pracovníků eticky odůvodněné. Na základě výsledků mnoha studií se poukazují na to, že očkování zdravotníků je v souladu s kolektivní profesní povinností a lze je označit za součást odpovědnosti profese, kterou si svobodně zvolili. Poukazují i na skutečnost, že kontrola šíření infekcí je hlavní prioritou veřejného zdraví, proto pokud státní orgány stojí před dilematem v podobě dobrovolného či povinného očkování, lze ospravedlnit omezení svobody, jelikož právo pacientů na ochranu převažuje nad právem zdravotnických pracovníků na svobodné rozhodování. Na tuto problematiku je zde také nahlíženo z pohledu zdravotnických institucí, které kromě ochrany svých zaměstnanců mají také povinnost snížit riziko nález spojených se zdravotní péčí (nozokomiální nákazy) a náklady z nich plynoucí. Autoři dospěli k závěru, že existuje morální

imperativ, aby bylo zajištěno očkování pracovníků ve zdravotnictví (Galanakis et al., 2013).

Naproti tomu Kenyon (2017), který zkoumá právní a etické problémy povinného očkování proti chřipce na pracovištích, zastává názor, že značná část zdravotnických zařízení zavedla povinné očkování pro své zaměstnance pouze z ekonomických důvodů, aniž by zohlednila lékařské, náboženské nebo filozofické přesvědčení svých zaměstnanců, které je vedou k odmítání očkování. Poukazuje také na neetickou a značně netransparentní zdravotní politiku států.

Například v Anglii je pro dosažení co nejvyšší proočkovanosti pracovníků v oblasti zdravotní a sociální péče součástí zdravotní politiky finanční motivace provozovatelů zdravotnických a sociálních zařízení. V případě, že zaměstnavatel nezajistí minimálně 75 % proočkovanost svých zaměstnanců proti sezónní chřipce, nebudou mít nárok na část finančního příspěvku (NHC England, 2013).

6. Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice očkování proti sezónní chřipce u zaměstnanců v sociálních službách v souvislosti s etickými dilematy a kvalitou poskytované péče v domovech pro seniory. Do roku 2010 bylo pravidelné očkování proti sezónní chřipce v ČR dle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem povinné pro zaměstnance na pracovištích s vyšším rizikem vzniku chřipky, mezi tato riziková pracoviště byly zařazeny také domovy pro seniory. V roce 2010 však byla tato povinnost zrušena a očkování proti chřipce je pro tyto zaměstnance dobrovolné a je hrazeno samotným zaměstnancem, případně zaměstnavatelem.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat trendy proočkovanosti zaměstnanců v sociálních službách proti sezónní chřipce, jejich názory, postoje a motivaci k tomuto očkování. K naplnění cílů byla použita sekundární analýza dat poskytnutých KHS a data z vlastního kvantitativního výzkumu, získaná metodou dotazování, formou anonymního dotazníku, v šesti DS ve Středočeském kraji. Pro zmapování trendu proočkovanosti byla data za období 2002 až 2009 získána při konzultacích s odbornými pracovníky protiepidemického odboru KHS, kteří každoročně provádějí kontroly stavu proočkovanosti proti chřipce. Jako obtížné se ukázalo získání dat o očkování zaměstnanců za období od roku 2010 do současnosti vzhledem k tomu, že po zrušení povinného očkování proti chřipce v roce 2010 KHS sledují proočkovanost proti chřipce pouze u klientů v domovech pro seniory, nikoliv však u zaměstnanců. Z tohoto důvodu byla pro odhad trendu použita o aktuální proočkovanosti data, získána vlastním výzkumným šetřením formou dotazníků ve vybraných DS Středočeského kraje.

Výzkumné šetření ukázalo, že zrušení povinného očkování proti chřipce mělo negativní dopad na míru proočkovanosti zaměstnanců v DS. V době, kdy bylo očkování zaměstnanců povinné, dosahovala míra proočkovanosti průměrně 98,5 %, naproti tomu, pokud budeme vycházet z dat získaných dotazníkovým šetřením, je v současnosti míra proočkovanosti zaměstnanců 9,3 %. Za velmi zajímavé považuji zjištění, že pouze 5,8 % respondentů udávalo, že se očkují proto, aby nepřenесли nákazu na klienty a kolegy.

Vedlejším cílem práce bylo zjistit, jak vnímají zaměstnanci v DS dopad nemocnosti pracovníků v sociálních službách sezónní chřipkou na chod organizace a na kvalitu poskytovaných služeb. Jak ukázal výzkum, zaměstnanci se nedomnívají, že pracovní neschopnost z důvodu onemocnění chřipkou by měla dopad na chod a kvalitu poskytovaných služeb. Pouze 30 % dotazovaných se domnívá, že jejich zaměstnavatel měl někdy potíže se zajištěním sociální služby v období chřipkových epidemií a 38,8 % dotázaných si myslí, že nemocností zaměstnanců je ovlivněna kvalita poskytované péče. Vzhledem k tomu, že současným aktuálním problémem v domovech pro seniory je nedostatek jak pracovníků v přímé péči, tak i zdravotnického personálu, jsem přesvědčena o tom, že pokud v době chřipkové epidemie onemocní a bude v pracovní neschopnosti část už tak nedostatečného počtu personálu, jsou obtíže s personálním zajištěním poskytované služby a s udržením kvality péče o klienty nevyhnutelné.

Druhým vedlejším cílem bylo získat informace o možné motivaci zaměstnanců v sociálních službách v DS k očkování proti sezónní chřipce. Nejčastějším důvodem by, podle dotazníkového šetření, pro respondenty bylo opětovné zařazení očkování proti sezónní chřipce mezi povinná očkování, tuto odpověď zvolilo 37,7 % dotázaných. Toto zjištění mě vede k úvaze, že jedním z důvodů nízké proočkování proti chřipce v ČR může být nedostatek času pro záležitosti, které nejsou pro jednotlivce primární a snad i neochota vzít na sebe odpovědnost za rozhodnutí k očkování, když pro ne odborníka v oblasti vakcinace může být velmi obtížné se zorientovat v informacích o očkování. Další důležitou motivací vedoucí k očkování proti chřipce zaměstnance v DS byla dostatečná informovanost o závažnosti a komplikacích onemocnění chřipkou a také o účinnosti a bezpečnosti očkování. Tyto výsledky potvrzují mou domněnku, že dostatečná informovanost a edukace laické i odborné veřejnosti je nezbytná.

Třetím vedlejším cílem bylo identifikovat možná etická dilemata s ohledem na změnu v povinnosti očkování proti sezónní chřipce dle zákona 258/200 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášce 537/20006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Tato dilemata jsem identifikovala v oblasti střetu zájmu zaměstnance se zájmem pacienta,

v oblasti střetu zájmu zaměstnavatele se zájmem zaměstnance i ale také z pohledu státních orgánů, které se podílejí na tvorbě zdravotní politiky státu.

Mezi základní hodnoty v sociální práci patří odpovědnost ke klientům a společnosti, proto osobně souhlasím s názorem, že profesní etická odpovědnost vůči klientům by měla převažovat nad zájmem jednotlivce, neboť nejen odborná úroveň a způsobilost, ale také morálně volní vlastnosti zaměstnanců, kteří se podílejí na péči o klienty zdravotně sociálních služeb, výrazně ovlivňují kvalitu poskytované péče. Musím však přiznat, že je těžké požadovat potlačení osobních zájmů zaměstnanců v sociálních službách ve prospěch klientů, jejich rodin i celé společnosti, když je tato profese zcela neadekvátně ke své náročnosti a potřebnosti opomíjena a řadí se k nejméně finančně ohodnoceným profesím.

Závěrem bych chtěla poukázat na skutečnost, že naprostá většina průzkumů a aktivit je zaměřena na problematiku proočkování proti chřipce pouze u zdravotního personálu, ať už v sociálních či nemocničních zařízeních, přestože sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách by si zasloužili stejnou pozornost. Podle mého názoru se zdravotní a sociální péče vzájemně natolik prolínají, že je nelze od sebe striktně oddělit a většinu zásad pro zdravotní péči lze aplikovat i v oblasti sociální.

Výsledky této práce mohou být využity jako podklad pro motivaci vedoucích i řadových zaměstnanců domovů pro seniory k očkování proti sezónní chřipce s ohledem na ochranu klientů a zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb*, 2014. [online]. SAK. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/.../standardy-sak-naslednapece...pdf
2. AMBROSE, C. S., LEVIN, M. J., 2012. The rationale for quadrivalent influenza vaccines [online]. *Hum Vaccin Immunother.* 8(1): e 81-88. [cit. 2017-03-14] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350141/>
3. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
4. BANKS, S., 2012. *Ethics and values in social work*. 4th ed. New York: Palgrave. 304 s. ISBN 0230300170.
5. BANKS, S., GALLAGHER, A., 2009. *Ethics in Professional Life: Virtues for Health and Social Care*. New York: Palgrave Macmillan. 256 s. ISBN 0230507190.
6. BANKS, S., NOHR, K., 2012. *Practising social work ethics around the world: cases and commentaries*. New York: Routledge. 264 s. ISBN 9780203807293.
7. BENEŠ, J., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. 616 s. ISBN 978-80-7262-644-1
8. BERAN, J. et al., 2005. *Očkování – minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 80-7262-361-3
9. BERAN, J., 2010. Chřipka - očkování je základem prevence. *Klinická farmakologie*. 24(1), 25-28. ISSN 1212-7973.
10. BERAN, J., 2011. Prevence infekčních nemocí očkováním. In: FAIT, T. et al. *Preventivní medicína. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Maxdorf, s. 55-80. ISBN: 978-80-7345-237-7.
11. BERAN, J., 2012. Vakcinace ve stáří – Důležitý nástroj prevence hospitalizace a úmrtí *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 4(1), 28-30. ISSN 1803-7542
12. BERAN, J., 2013. Očkování proti chřipce a pneumokokům u seniorů a pacientů s chronickým onemocněním. *Postgraduální medicína*. 13(8), 72-75. ISSN 1212-4184.
13. BERAN, J. et al., 2010. *Lexikon očkování*. Praha: Maxdorf. 352 s. ISBN 978-80-7345-164-6.

14. BERAN, J., HAVLÍK, J., 2005a. *Chřipka: klinický obraz, prevence a léčba*. 2., rozšířené vydání Praha: Maxdorf. 175 s. ISBN 80-7345-073-9.
15. BERAN, J., HAVLÍK, J., 2005b. *Chřipka: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 102 s. ISBN 80-7345-080-1
16. BERAN, J., LESNÁ, V., 2006. Protichřipkové vakcíny [online]. *Remedia* [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2006/4-2006/Protichripkove-vakciny/e-9o-9S-gv.magarticle.aspx>
17. *Bílá kniha v sociálních službách*, 2003. [online]. MPSV. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
18. CDC, 2016a. *Key Facts About Influenza (Flu)* [online]. CDC [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm>
19. CDC, 2016b. *People at High Risk of Developing Flu-Related Complications* [online]. CDC [cit. 2017-02-24]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/flu/about/disease/high_risk.htm
20. CDC, 2016c. *Types of Influenza Viruses* [online]. CDC [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>
21. CDC, 2017. *Influenza Vaccination Information for Health Care Workers* [online]. CDC. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/flu/healthcareworkers.htm>
22. COZZA, V. et al., 2015. Promotion of influenza vaccination among health care workers: findings from a tertiary care children's hospital in Italy. [online]. *BMC Public Health*. 15(1) [cit. 2017-07-25]. DOI: 10.1186/s12889-015-2067-9. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2067-9>
23. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
24. Česká televize, 2017. *Jeden pečovatel i na třicet klientů, mzda 18 tisíc. Domovy pro seniory hrozí omezováním péče* [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/2099429-jeden-pecovatel-i-na-tricet-klientu-mzda-18-tisic-domovy-pro-seniory-hrozi-omezovanim>
25. Český rozhlas, 2017. *Nedostatek pracovníků v sociální oblasti je faktem. Domovy shánějí brigádníky na léto* [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z:

- http://www.rozhlas.cz/vysocina/zpravy/_zprava/nedostatek-pracovniku-v-socialni-oblasti-je-faktem-domovy-shanej-brigadniky-na-let--1713175
26. ČVS, 2012. *Očkování v ČR* [online]. ČVS [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>
27. *Dobrovolný Evropský rámec pro kvalitu sociálních služeb*, 2010. [online]. MZČR. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10768/QF_document_100707_CZ_korekce.pdf
28. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015. [online]. APSSČR. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL.pdf
29. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
30. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013a. Pojetí sociálních služeb a prováděcí právní předpisy k poskytování sociálních služeb a sociální péče v ČR. In: HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, s. 67-83. ISBN 978-80-247-4139-0.
31. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013b. Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR. In: HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, s.60-64. ISBN 978-80-247-4139-0.
32. FABIÁNOVÁ, K., et al., 2017. Očkování zdravotníků proti chřipce – pomůže nám edukace? In: *Vakcinologie: : sborník abstrakt XII. Hradecké vakcinologické dny* 11(1), 31-322. ISSN 1802-3150.
33. FERENČÍK, M., 2005. *Imunitní systém: informace pro každého*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 8024711966.
34. FLÍDROVÁ, M., 2015. Problematika aplikace profesních hodnot v sociální práci. *Caritas et veritas*. 5(2), 154-161. ISSN 1805-0948.
35. GALANAKIS, E. et al., 2013. *Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers* [online]. *Euro Surveill*, 18(45), pii=20627 [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N45/art20627.pdf>

36. GLEZEN, P. W. et al., 2013. The Burden of influenza B: A structured Literature Review [online]. *Am J Publ Health*. 103(3): e 43-51. [cit. 2017-03-14] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673513/>
37. GÖPFERTO VÁ, D. et al., 2013. *Epidemiologie: Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 300 s. ISBN 978-80-246-2223-1.
38. HAVLÍČKOVÁ, M. et al., 2016. Postpandemická surveillance chřipky a dalších respiračních virů v České republice. *Vakcinologie*. 10(3), 114-119. ISSN 1802-3150.
39. HAVLÍČKOVÁ, M., KYNČL, J., 2014. Malé zamyšlení před nadcházející chřipkovou sezonou. *Vakcinologie*. 8(4), 179-182. ISSN 1802-3150.
40. Hospodářské noviny, 2017. *Na podzim bude k mání silnější vakcína proti chřipce. V Evropě má v příští dekádě zachránit až 15 tisíc lidí* [online]. [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <http://archiv.ihned.cz/c1-65775280-na-podzim-bude-k-mani-silnejsi-vakcina-proti-chripce-v-evrope-ma-v-pristi-dekade-zachranit-az-15-tisic-lidi>
41. JÁGROVÁ, Z., 2017. Změny v epidemiologii chřipky a nové pohledy na očkování. *Praktikus*. 16(6), 25-27. ISSN 1213-8711
42. JESEŇÁK, M. et al., 2013. *Očkovanie v špeciálnych situáciách*. Praha: Mladá fronta. 239 s. ISBN 978-80-204-2805-9.
43. JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K., 2008. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele* [online]. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [cit. 2017-04-21]. ISBN 80-86552-45-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>.
44. KENYON, A., 2017. *Legal and Ethical Problems with Mandatory Vaccine Policies in the Workplace*. Pronoun. 61 p. ISBN 9781537898018
45. KRUTILOVÁ, D. et al., 2009. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Vydáno ve spolupráci s APSSČR. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
46. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-802-4720-692.
47. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
48. KYNČL, J., HAVLÍČKOVÁ, M., 2011. Chřipka. *Postgraduální medicína*. 11(4), 42-46. ISSN 1212-4184.

49. KYNČL, J., HAVLÍČKOVÁ, M., 2013. Chřipka je preventabilní onemocnění. *Medicína pro praxi*. 10(8-9), 279-281. ISSN 1214-8687.
50. MAŘAR, R., 2013. Jak překonat nízkou proočkovanost proti chřipce v ČR. *Vakcinologie*. 7(4), 165-168. ISSN 1802-3150.
51. MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
52. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
53. MAREŠOVÁ, V., 2017. Novinky o nemoci zvané chřipka [online]. *Medicína pro praxi* [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/41707-novinky-o-nemoci-zvane-chripka>
54. MARX, D., VLČEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro následnou péči*. 2. vydání. Praha: Tigis. 148 s. ISBN 978-80-905886-0-8.
55. MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
56. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
57. MEDITORIAL, 2006. *Chřipka a pandemie: ptačí hrozba?* Praha: Mladá fronta. 174 s. ISBN 80-204-1358-8.
58. *Metodika zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*, 2006. [online]. MPSV [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>
59. MPSV, 2012. *Změny, které přináší Sociální reforma v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, s účinností od 1. ledna 2012* [online]. MPSV [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8108>
60. MUSIL, L., 2004. *Ráda bych vám pomohla, ale--; dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. 243 s. ISBN 80-903070-1-9
61. MZČR, 2011. *Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce* [online]. MZČR [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/narodni-akcni-plan_5329_1092_5.html

62. MZČR, 2016. *MZ informuje o přínosech očkování proti sezónní chřipce* [online]. MZČR. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-informuje-o-prinosech-ockovani-proti-sezonni-chripce-_8289_2778_1.html
63. NEUWIRTH, J., 2004. Chřipka ve stáří a obrana proti ní. *Česká geriatrická revue*. 2(3), 5-10. ISSN 1801-8661.
64. NHS England , 2013. *Vaccination of health and social care workers against flu* [online]. NHS England [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/244941/13_09_25_-_Seasonal_flu_letter_on_HCW_FINAL.pdf
65. NHS England , 2016. *Who should have the flu jab?* [online]. NHS England [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/pages/who-should-have-flu-vaccine.aspx>
66. PAPEŽOVÁ, E., 2012. Odvrácená tvář sociální práce. Proměny sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. [online]. *Sociální práce/Sociální práca*. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf.
67. PETRÁŠ, M., 2012. Co by měli rodiče vědět o očkování. *Informace pro lékařské praxe*. 2(2), 35-39. ISSN 1214-486X.
68. PRATTINGEROVÁ, J., 2013. Prevence infekčních onemocnění *Zdravotní politika Libereckého kraje* [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.khslbc.cz/politika/politika13.pdf>
69. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. 566 s. ISBN: 978-80-246-2932-2.
70. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V., 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. 424 s. ISBN: 978-80-7357-316-4.
71. SSPCR, 2006. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR* [online]. SSPCR [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf
72. STRAKOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K., 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: příručka pro uživatele* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2017-05-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf.

73. SUKL, 2017. [online]. [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
74. SZÚ, 2011. *Prevence chřipky – obecná preventivní hygienická opatření* [online]. SZÚ [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/prevence-chripky-obecna-preventivni-hygienicka-opatreni>
75. SZÚ, 2014. *Očkovací kalendář v ČR* [online]. SZÚ [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>
76. SZÚ, 2017. *Očkování při cestách do zahraničí* [online]. SZÚ [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/cestovni-medicina/ockovani-pri-cestach-do-zahranici>
77. TOMEK, V., 2010. Novela vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem ruší od 1. listopadu 2010 povinné očkování proti chřipce [online]. *Bulletin* [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2010/35.html
78. UHART, M. et al., 2016. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe [online]. *Hum Vaccin & Immunother.* 12(9): 2259-2268 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1080/21645515.2016.1180490>
79. VAVERKOVÁ, R., 2011. Nejčastější chyby a omyly v hygieně pracovníků v sociálních službách [online]. *Ošetrovatelská péče* [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2011/nejcastejsi-chyby-a-omyly-v-hygien-pracovniku-v-socialnich-sluzbach-.515/>
80. Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 174, s. 7282-7287. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
81. Vyhláška č. 299/2010 kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 110, s. 4244-4246. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
82. VZP, 2016. *Chřipka a nachlazení stojí VZP ročně přes 700 milionů* [online]. VZP [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/leceni-chripky-a-nachlazení-stoji-vzp-rocne-pres-700-milionu>

83. WHO, 2017a. *Check the source: WHO-validated websites provide trustworthy information on vaccine safety* [online]. WHO [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/features/2017/vaccine-safety-website/en/>
84. WHO, 2017b. *Vaccination* [online]. WHO [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/vaccination>
85. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 108, s. 3260-3303. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
86. 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). In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
87. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
88. Zdravotnický deník, 2015. *Krize v domovech pro seniory: více nemocných, méně sester, nedostatek peněz* [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/krize-v-domovech-pro-seniory-vice-nemocnych-mene-sester-nedostatek-penez/>

8. Přílohy

Seznam příloh

Dotazník

Výsledky statistického testování hypotéz

8.1 Příloha č. 1: Dotazník o očkování proti sezónní chřipce

Dotazník o očkování proti sezónní chřipce

Vážená paní, vážený pane,

v souvislosti s vypracováním diplomové práce na téma „*Problematika očkování zaměstnanců v sociálních službách se zaměřením na domovy pro seniory*“, se na vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou sloužit k vypracování diplomové práce.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku, za Váš čas a spolupráci.

Bc. Vladimíra Olivová
JCU ČB, Zdravotně sociální fakulta

1. Pohlaví:

muž žena

2. Věk:

18-25 26-35 36-45 46-55 56 a více

3. Dosažené vzdělání:

ZŠ ÚSO SŠ VOŠ (Dis) VŠ

4. Pozice, na které pracujete:

- pracovník v sociálních službách (přímá obslužná péče)
- sociální pracovník
- zdravotnický pracovník
- jiná

5. Délka praxe v sociálních službách:

0-5 let 6-10 let 11-15 let více než 15 let

6. Využíváte možnost očkování proti chřipce?

- ano, pravidelně každý rok
- ano, nepravidelně
- ne, ale uvažuji o tom
- ne, nevím o této možnosti
- ne, nemám o toto očkování zájem

7. Do roku 2010 bylo očkování proti chřipce pro zaměstnance v Domovech pro seniory povinné a hrazené státem. Po roce 2010 byla tato povinnost zrušena.

Ovlivnila tato změna váš postoj k tomuto očkování?

- ano, po zrušení povinnosti jsem se přestal/a očkovat
- ne, očkuji se i po zrušení této povinnosti
- před změnou zákona jsem nepracoval/a v soc. službách

8. Pokud jste se někdy očkoval proti chřipce, jaký důvod bylo pro vaše rozhodnutí nejdůležitější? (vyberte pouze jednu odpověď)

- chřipku považuji za závažné onemocnění
- očkování mi doporučil lékař
- nechci nákazu přenést na rodinu a přátele
- nechci nákazu přenést na klienty a kolegy
- nechci být v pracovní neschopnosti
- očkování bylo povinné
- očkování bylo hrazené státem
- jiný důvod (vypište)

.....

9. Pokud se neočkujete proti chřipce, jaký je hlavní důvod? (vyberte pouze jednu odpověď)

- chřipku nepovažuji za závažné onemocnění
- po předchozím očkování jsem stejně onemocněl/a
- po předchozím očkování jsem měl/a nežádoucí reakci
- mám obavu z nežádoucích účinků
- nevěřím, že je očkování proti chřipce účinné

- nechci za očkování platit
 - jiný důvod (vypište)
-

10. Jak často onemocníte chřipkou?

- téměř každý rok
- přibližně 1x za 2-3 roky
- posledních 5 let jsem nebyl/a nemocný/á

11. Musel/a jste někdy vykonávat práci kolegů, kteří onemocněli chřipkou a byli v pracovní neschopnosti?

- ano, opakovaně
- ano, výjimečně
- ne

12. Měla dle vašeho názoru někdy vaše organizace v období chřipkových epidemií potíže se zajištěním péče o klienty z důvodu zvýšené nemocnosti zaměstnanců?

- ano
- ne
- nevím, nedokážu to posoudit

13. Domníváte se, že onemocnění zaměstnanců chřipkou má dočasně vliv na kvalitu poskytovaných služeb?

- ano
- ne
- nevím, nedokážu to posoudit

14. Domníváte se, že díky vaší práci máte vyšší riziko nákazy chřipkou?

- ano
- ne
- nevím

15. Máte představu, kolik stojí očkování proti chřipce?

- méně než 200 Kč
- 200 – 400 Kč
- více než 400 Kč
- nevím

16. Hradí vám zaměstnavatel očkování proti chřipce v rámci zaměstnaneckých benefitů?

- ano
- ne
- nevím

17. Víte o možnosti využití příspěvku zdravotních pojišťoven na nepovinná očkování?

- ano ne

18. Které tvrzení o chřipce je podle vás správné?

- chřipka se projevuje několikadenní rýmou, mírným kašlem, lehce zvýšenou teplotou, trvá cca 2-3 dny a pak odezní
- chřipka se projevuje suchým dráždivým kašlem, horečkou, bolestmi svalů a kloubů, hrozí zápal plic, poškození srdce, pacient může i zemřít

19. Kde získáváte nejvíce informací o očkování proti chřipce? (vyberte pouze jednu odpověď)

- od svého praktického lékaře
- z letáků v ordinaci a čekárně
- z internetu
- v časopisech, v televizi, v rádiu
- od přátel, známých, příbuzných
- od svého zaměstnavatele
- nezajímám se o toto očkování

20. Jaké důvody by vás vedly k tomu nechat se v budoucnu očkovat proti chřipce?

- dostatečná informovanost o závažnosti a komplikacích onemocnění chřipkou
- dostatečná informovanost o významu a bezpečnosti očkování
- úhrada očkování od zaměstnavatele
- zařazení tohoto očkování mezi povinná očkování
- ochrana své rodiny a blízkých před přenesením nákazy
- zabránění přenosu nákazy na klienty
- ochrana před finanční ztrátou v důsledku pracovní neschopnosti
- žádné

8.2 Příloha č. 2: Statistické testování hypotéz

H0: není statisticky významný rozdíl v proočkovanosti proti chřipce pracovníků v soc. službách před a po změně zákona o povinném očkování

H1: existuje statisticky významný rozdíl v proočkovanosti proti chřipce pracovníků v soc. službách před a po změně zákona o povinném očkování

Vstupní hodnoty:

Očkovali před a po změně zákona

The FREQ Procedure

Frequency	Table of Kdy by AnoNe			
	Kdy	AnoNe(Před a po změně zákona)		
		Očkovali	Neočkovali	Total
	Před změnou	55	0	55
	Po změně	8	47	55
	Total	63	47	110

Pro otestování rozložení těchto dvou výběrů ze souboru respondentů je možno použít dvouvýběrový t-test a Mcnemarův symetrický test.

Výsledky testů:

Two sample t-test of Ockovali pred a po zmene zakona

The TTEST Procedure

Variable: count

N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
3	48.1636	88.1449	8.4043	8.0000	55.0000

Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev
48.1636	12.0029	84.3244	88.1449
	45.8934		554.0

DF	t Value	Pr > t
2	5.73	0.0291

McNemar's Test

Statistic (S)	8.0000
DF	1
Asymptotic Pr > S	0.0047
Exact Pr >= S	0.0078

Výsledek dvouvýběrového t-testu i McNemarova testu zamítají hypotézu H₀ na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Přijímáme tedy hypotézu H₁ jako statisticky významnou na hladině spolehlivosti 95%.

V proočkování proti chřipce pracovníků v soc. službách před a po změně zákona o povinném očkování existuje statisticky významný rozdíl.

H0: počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS narušuje chod organizace a kvalitu poskytované péče.“ je statisticky stejný.

H1: počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS narušuje chod organizace a kvalitu poskytované péče.“ je statisticky významně rozdílný.

Vstupní hodnoty:

Mela organizace potize pri onemocneni zamestnancu

The FREQ Procedure

Mela_org_potize	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
ano	62	45.59	62	45.59
ne	74	54.41	136	100.00

Výsledky testů:

Chi-Square Test for Equal Proportions	
Chi-Square	1.0588
DF	1
Pr > ChiSq	0.3035

Test of H0: Proportion = 0.5	
ASE under H0	0.0429
Z	1.0290
One-sided Pr > Z	0.1517
Two-sided Pr > Z	0.3035

Výsledky Binomického i Chí-sqr testu přijímají Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS narušuje chod organizace.“ je statisticky stejný.

H0: počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS má vliv na kvalitu poskytované péče.“ je statisticky stejný.

H1: počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS má vliv na kvalitu poskytované péče.“ je statisticky významně rozdílný.

Vstupní hodnoty:

Ma nemocnost zamestnancu vliv na kvalitu sluzeb				
The FREQ Procedure				
Vliv_na_kvalitu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
ano	69	47.26	69	47.26
ne	77	52.74	146	100.00

Výsledky testů:

Chi-Square Test for Equal Proportions	
Chi-Square	0.4384
DF	1
Pr > ChiSq	0.5079

Test of H0: Proportion = 0.5	
ASE under H0	0.0414
Z	0.6621
One-sided Pr > Z	0.2540
Two-sided Pr > Z 	0.5079

Výsledky Binomického i Chí-sqr testu přijímají Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Počet pozitivních a negativních názorů lidí, zda: „Nemocnost zaměstnanců v DS má vliv na kvalitu poskytované péče.“ je statisticky stejný.

H0: počet pozitivních a negativních odpovědí lidí, zda: „Při nemoci kolegy za něj museli zastupovat“ je statisticky stejný.

H1: počet pozitivních a negativních odpovědí lidí, zda: „Při nemoci kolegy za něj museli zastupovat“ je statisticky významně rozdílný.

Vstupní hodnoty:

Zastupovali někdy za nemocného kolegu

The FREQ Procedure

Zastupoval	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
ano	159	77.94	159	77.94
ne	45	22.06	204	100.00

Výsledky testů:

Chi-Square Test for Equal Proportions	
Chi-Square	63.7059
DF	1
Pr > ChiSq	<.0001

Test of H0: Proportion = 0.5	
ASE under H0	0.0350
Z	7.9816
One-sided Pr > Z	<.0001
Two-sided Pr > Z	<.0001

Výsledky Binomického i Chí-sqr testu nepřijímají Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Přijímáme tedy hypotézu H1 jako statisticky významnou na hladině spolehlivosti 95%.

Počet pozitivních a negativních odpovědí lidí, zda: „Při nemoci kolegy za něj museli zastupovat“ je statisticky významně rozdílný.

H0: počet respondentů, kteří mají důvěru a těch kteří nemají důvěru v účinnost očkování proti chřipce je statisticky stejný.

H1: počet respondentů, kteří mají důvěru a těch kteří nemají důvěru v účinnost očkování proti chřipce je statisticky významně rozdílný.

Vstupní hodnoty:

Duvera_v_ucinnost	Frequency	Percent
neni_zav	16	9.52
po_onemo	34	20.24
mel_reak	18	10.71
obavu_ne	23	13.69
neveri_u	65	38.69
nechce_p	5	2.98
jiny_duv	7	4.17

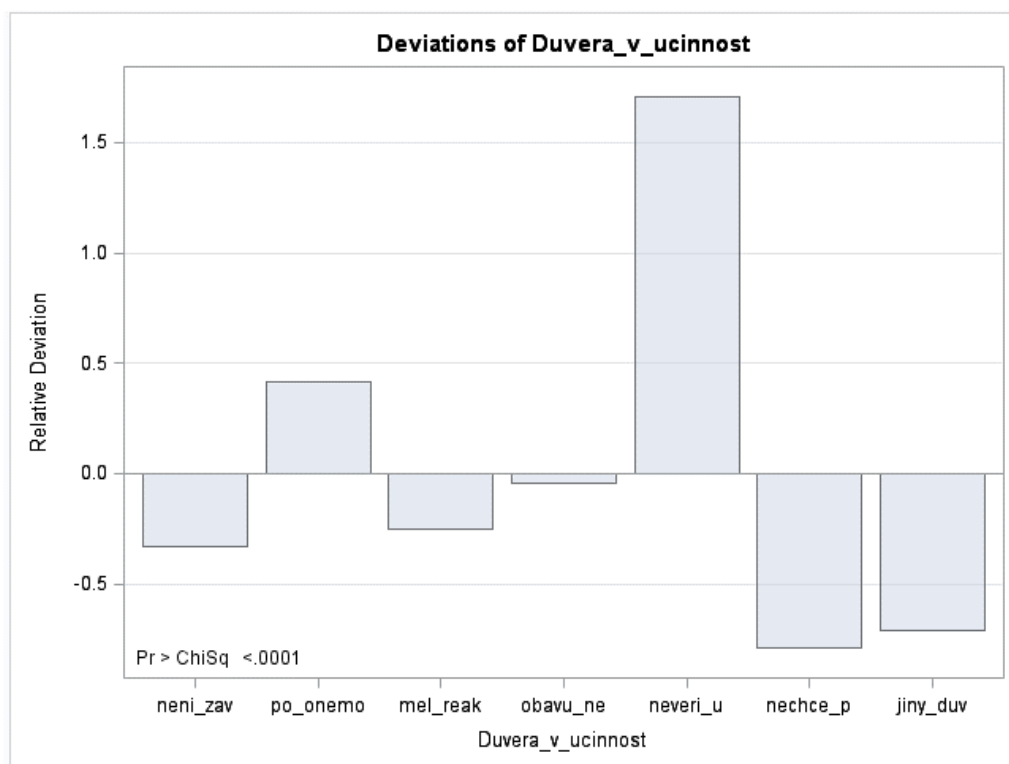
Nejprve ověříme, zda je rozdíl v rozložení počtu odpovědí statisticky významně rozdílný.

H0: rozložení počtu odpovědí je statisticky významně rovnoměrný na hladině spolehlivosti 95%

H1: rozložení počtu odpovědí je statisticky významně rozdílné na hladině spolehlivosti 95%

Výsledky testu:

Chi-Square	105.5000
DF	6
Pr > ChiSq	<.0001



Výsledek Chí-sqr testu rovnoměrného rozložení Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Přijímáme tedy hypotézu H1 jako statisticky významnou na hladině spolehlivosti 95%.

Rozložení počtu odpovědí je statisticky významně rozdílné na hladině spolehlivosti 95%

Počty odpovědí v jednotlivých kategoriích mají tedy vypovídající hodnotu a v dalším testu ověříme, zda je počet odpovědí reprezentující skupinu lidí nedůvěřujících účinnosti očkování statisticky významný. Pro tyto účely sloučíme počty v kategorii „neveri_ucinnost“ a „po-onemocněl“ a posoudíme, zda je tento počet statisticky stejný jako součet zbylých kategorií nebo zda jsou statisticky rozdílné.

Vstupní hodnoty:

Neveri ucinnosti ockovani proti chripce

The FREQ Procedure

Neveri_ucin	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
neveri	99	58.93	99	58.93
ostatni	69	41.07	168	100.00

Výsledky testů:

Chi-Square Test for Equal Proportions	
Chi-Square	5.3571
DF	1
Pr > ChiSq	0.0206

Test of H0: Proportion = 0.5	
ASE under H0	0.0386
Z	2.3146
One-sided Pr > Z	0.0103
Two-sided Pr > Z	0.0206

Výsledky Binomického i Chí-sqr testu nepřijímají Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Přijímáme tedy hypotézu H1 jako statisticky významnou na hladině spolehlivosti 95%.

Počet respondentů, kteří mají důvěru a těch kteří nemají důvěru v účinnost očkování proti chřipce je statisticky významně rozdílný.

H0: počet respondentů, kteří mají správné informace o příznacích a průběhu chřipky a těch kteří nemají správné informace o příznacích a průběhu chřipky je statisticky stejný.

H1: počet respondentů, kteří mají správné informace o příznacích a průběhu chřipky a těch kteří nemají správné informace o příznacích a průběhu chřipky je statisticky významně rozdílný.

Vstupní hodnoty:

Znalost priznaku onemocneni chripkou
The FREQ Procedure

Onemocneni_chripkou_je	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
mirne	19	9.31	19	9.31
zavazne	185	90.69	204	100.00

Výsledky testů:

Chi-Square Test for Equal Proportions	
Chi-Square	135.0784
DF	1
Pr > ChiSq	<.0001

Test of H0: Proportion = 0.5	
ASE under H0	0.0350
Z	-11.6223
One-sided Pr < Z	<.0001
Two-sided Pr > Z	<.0001

Výsledky Binomického i Chí-sqr testu nepřijímají Hypotézu H0 na hladině spolehlivosti 95% jako statisticky významnou.

Přijímáme tedy hypotézu H1 jako statisticky významnou na hladině spolehlivosti 95%.

počet respondentů, kteří mají správné informace o příznacích a průběhu chřipky a těch kteří nemají správné informace o příznacích a průběhu chřipky je statisticky významně rozdílný.

9. Seznam zkratk

ACIP	Poradní výbor pro imunizační postupy (Advisory Committee on Immunization Practices)
APSSČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
ASVSP	Asociace vzdělavatelů v sociální práci
CDC	Centrum pro kontrolu nemocí (Centre for Disease Control)
ČNB	Česká národní banka
ČR	Česká republika
ČVS	Česká vakcinologická společnost
DS	Domov pro seniory
ECDC	Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (European Centre for Disease Prevention and Control)
EU	Evropská unie
HICPAC	Poradní výbor pro kontrolu infekce v oblasti zdravotní péče (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee)
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
KHS	Krajská hygienická stanice
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
NAP	Národní akční plán
NHS	Národní zdravotní služba (National Health Service)
OÚ	Okresní ústav
OÚSS	Obvodní ústav sociálně-zdravotnických služeb
SAK	Spojená akreditační komise
SSPCR	Společnost sociálních pracovníků České republiky
SUKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZÚ	Státní zdravotní ústav
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)
apod.	a podobně
cca	přibližně
č.	číslo
obr.	obrázek
vs.	versus